

Miedo a hablar en público y aceptación psicológica: un protocolo de intervención mediante realidad virtual basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso

Public speaking fear and psychological acceptance: an intervention protocol through virtual reality based on Acceptance and Commitment Therapy

Francisco Montesinos, Christian Calderón y David Lobato
Universidad Europea de Madrid

RESUMEN

Se describe un protocolo de intervención de 5 sesiones basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) dirigido a estudiantes universitarios que presentan miedo a hablar en público (MHP) y promueve los procesos centrales de ACT para el fomento de la flexibilidad psicológica. Dichos procesos son abordados durante la intervención a través de un entrenamiento que combina la exposición en vivo o mediante realidad virtual (RV) desde la perspectiva de la aceptación psicológica. Se presentan los resultados de la aplicación de las dos modalidades del protocolo en sendas estudiantes universitarias que reflejaron reducciones clínicamente significativas del MHP y la ansiedad social. Se concluye que la adaptación de los métodos clínicos de ACT en el ámbito del MHP en combinación con la RV puede suponer un avance significativo en el abordaje de este problema en el ámbito académico.

PALABRAS CLAVE

Miedo a hablar en público, ansiedad, ACT, Terapia de Aceptación y Compromiso, flexibilidad psicológica, exposición en vivo, realidad virtual.

ABSTRACT

A 5-session intervention protocol based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is described. This protocol is aimed at university students with public speaking fear (PSF) and promotes the central processes of ACT in order to improve psychological flexibility. These processes are addressed through acceptance-based training integrated into in vivo exposure or exposure through virtual reality (VR). The implementation of both modalities of the protocol with two university students showed clinically significant reductions in PSF and social anxiety. It is concluded that the adaptation of the clinical methods of ACT in the field of the PSF in combination with VR can lead to a significant advance in the approach of PSF in the academic field.

KEYWORDS

Public speaking fear, anxiety, ACT, Acceptance and Commitment Therapy, psychological flexibility, in vivo exposure, virtual reality.

Recibido: 02/02/2023; aceptado: 23/02/2023

Correspondencia: Francisco Montesinos. Universidad Europea de Madrid. C/Tajo, s/n. Villaviciosa de Odón. 28670 Madrid.
E-mail: francisco.montesinos@universidadeuropea.es

El miedo a hablar en público (MHP) es el miedo a la evaluación negativa que una persona siente cuando se enfrenta a situaciones sociales, donde se sobrestima la posibilidad del juicio negativo de los demás y se subestiman las propias capacidades personales, llegando a incapacitar a nivel de la vida laboral, académica y social (Brandrick et al., 2021; Ebrahimi et al., 2019; Takac et al., 2019). Las oportunidades disponibles para recibir un moldeamiento eficaz de la competencia de hablar en público a través de los planes de estudio académicos resultan insuficientes (Boetje & Van Ginkel, 2021; Van Ginkel et al., 2015) y las quejas de las empresas al respecto son frecuentes (Observatorio de Innovación en el Empleo, 2017), siendo el MHP un temor muy extendido entre los estudiantes universitarios, que en su mayoría son partidarios de que la formación para hablar en público se incluya en los currículos académicos (Ferreira et al. 2017).

Los abordajes psicológicos en el marco de la terapia cognitivo-conductual (TCC) se han consolidado desde hace años como intervenciones terapéuticas eficaces de elección para el tratamiento del MHP (Bados, 2009; Taylor, 1996). Dichos abordajes sitúan el foco de intervención en la eliminación o reducción de las respuestas de miedo o ansiedad y de los pensamientos desadaptativos asociados al MHP, esto es, se busca el control de síntomas que se conceptualizan como los responsables del sufrimiento en la vida de la persona. Estas intervenciones tradicionales se centran en la exposición en vivo (EV) con prevención de respuesta de manera intensiva al estímulo fóbico (Foa & Kozak, 1986), la activación simul-

tánea de respuestas emocionales incompatibles con la ansiedad (Wolpe, 1958), y el manejo de los pensamientos negativos mediante técnicas como la reestructuración cognitiva, donde se cuestiona la credibilidad, la lógica y la utilidad de pensamientos considerados distorsionados. Diferentes estudios (Fedoroff & Tylor, 2001; Feske & Chambless, 1995; Gould et al., 1997; Hope et al., 1995; Salaberría & Echeburúa, 1995; Scholing & Emmelkamp, 1993; Taylor, 1996) se han planteado si los beneficios de las intervenciones cognitivo-conductuales deben atribuirse al efecto de la exposición o bien al componente cognitivo que se aborda a través de técnicas como la reestructuración cognitiva. La evidencia apunta, por un lado, que resulta fundamental la contribución de las técnicas de exposición en el tratamiento del MHP. Por otro lado, no está claro que el citado componente cognitivo contribuya a conseguir una eficacia y tamaños del efecto superiores a las técnicas de exposición por sí solas. Estos hallazgos hacen pensar en la necesidad de explorar nuevas intervenciones que contribuyan a incrementar el potencial terapéutico de los métodos cuya eficacia ya ha sido mostrada en el tratamiento del MHP, contribuyendo así a la evolución y el avance de los métodos clínicos basados en la evidencia disponible.

Desde los años 90, se han ido desarrollando procedimientos innovadores en el ámbito cognitivo-conductual que giran el foco de la intervención orientándose hacia la aceptación psicológica. Las terapias de tercera generación o terapias contextuales (Hayes, 2004) no se han centrado, como otras terapias mediacionales, en generar protocolos orientados al

control o reducción de síntomas, sino que se focalizan en procesos basados en la evidencia comunes a diferentes trastornos, y se orientan más hacia la prosperidad psicológica y el crecimiento personal (Hayes et al., 2011; Hayes & Hofmann, 2017; Hayes & Hofmann, 2021). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una de las intervenciones contextuales que acumulan mayor evidencia para el abordaje de múltiples problemas psicológicos (Brown et al., 2016; Feliu-Soler et al., 2018; Gloster et al., 2020; Ruiz, 2010; Ruiz, 2012; Smout et al., 2012; Veehof et al., 2016) y específicamente para el tratamiento del MHP (Block, 2002; Block & Wulfert, 2000; Brandrick et al., 2021; England et al., 2012; Glassman et al., 2016; Goldfarb et al., 2009; Hofmann et al., 2009; Kim & Kim, 2012; Spencer et al., 2019;). El principal objetivo en ACT es el fomento de la flexibilidad psicológica, entendiéndose esta como un conjunto de habilidades comportamentales que permiten a la persona tomar contacto con eventos privados con funciones aversivas de manera plena y consciente, mientras se orienta el comportamiento hacia valores (Hayes et al., 2014). La flexibilidad psicológica está constituida por los seis conocidos procesos centrales en ACT: defusión, yo como contexto, valores, compromiso con la acción, atención flexible al momento presente y aceptación (Hayes et al., 2014).

Por tanto, en la aplicación de ACT en el tratamiento del MHP, lo importante sería entrenar la habilidad de estar en contacto con el momento presente y el malestar que lo acompañe mientras se actúa en sintonía con los valores y se persevera en dichas acciones comprometidas. Así, si para el/la cliente es importante conectar con la

audiencia en una presentación oral, transmitir interés, o comunicar el mensaje de forma efectiva, tendría, por ejemplo, que aprender a mantenerse lo más presente posible en el curso de dicha presentación oral, mirando a los ojos de las personas del público mientras habla, observando sus reacciones, ajustando el discurso, mientras nota las sensaciones físicas y los pensamientos difíciles que acompañan la ansiedad, sin dejarse arrastrar por ellos. De este modo, en ACT, el componente de exposición adquiere una dimensión diferente, ya que se comprende como una acción de valor que permite ir aprendiendo a relacionarse con eventos privados difíciles (miedo, ansiedad, anticipaciones, pensamientos catastrofistas, recuerdos dolorosos...) sin esperar ni pretender que dichos eventos privados se reduzcan o desaparezcan. También se entrenaría al paciente para que aprenda a enmarcar el malestar psicológico a través de claves contextuales de diferenciación y distancia con el deíctico "yo", es decir, a desarrollar la experiencia de verse como distinto de su malestar, aprendiendo a verlo con perspectiva, notando que él es más que su ansiedad al hablar en público, y a notar sus pensamientos de miedo o anticipación de consecuencias negativas como tales sin "fusionarse" con la literalidad de sus contenidos, es decir, tomando los pensamientos como "productos de la mente". Dicho en otras palabras, se trataría de ampliar el rango de respuestas funcionales necesarias para afrontar el MHP, enseñándole a relacionarse de manera más flexible y efectiva con el miedo, poniendo el foco en la acción en lugar de en la ansiedad.

Por otro lado, entre las innovaciones tecnológicas que han ampliado el arsenal terapéutico del psicólogo clínico o sanitario en los últimos

años, destaca el uso de la RV, cuya aplicación en el ámbito del MHP aporta múltiples ventajas como la disminución del riesgo de abandono, una mayor probabilidad de generalización de los aprendizajes adquiridos a otros contextos, un mayor control del/la terapeuta sobre la exposición, y el consiguiente ahorro de tiempo y eficiencia, entre otros motivos, al no depender de la disponibilidad de público para realizar la exposición (Anderson et al., 2005; Harris et al., 2002; Wallach et al., 2009). Si bien se ha acumulado evidencia del uso de la exposición a través de RV para el tratamiento del MHP (Anderson et al., 2005; Anderson et al., 2013; Anderson et al., 2017; Boetje & Van Ginkel, 2021; Bouchard et al., 2017; García et al., 2011; Harris et al., 2002; Klinger et al., 2005; Wallach et al., 2009; Wechsler et al., 2019; Wörtwein et al., 2015), hasta la fecha, solo se han encontrado dos estudios piloto donde se explora la efectividad de la aceptación psicológica en combinación con la exposición a través de RV. Sus autores, Yuen et al. (2019), utilizaron una muestra con un número reducido de participantes y los resultados reflejaron descensos en los niveles de ansiedad autoinformada y mostraron la viabilidad del uso de este tipo de intervención. La ausencia de estudios publicados que aúnen ACT y RV en MHP plantea la necesidad de desarrollar nuevos protocolos de intervención desde la perspectiva de la aceptación psicológica en combinación con RV que permitan una mayor fundamentación empírica de estas alternativas terapéuticas. El objetivo del presente trabajo es describir una propuesta de protocolo de intervención en el marco de la flexibilidad psicológica en combinación con presentaciones orales en el ámbito académico,

tanto en vivo como a través de RV, y aportar datos preliminares de sus efectos. La comprensión completa de este protocolo y su administración de forma efectiva se beneficiarán de un conocimiento de la terapia (recomendamos la lectura del manual de Hayes et al., 2014) y de las habilidades terapéuticas que la sustentan (ver por ejemplo Páez & Montesinos, 2016).

Protocolo de intervención en miedo a hablar en público

El protocolo está diseñado para ser implementado en un contexto universitario y consta de cinco sesiones con una periodicidad semanal. La primera de ellas, más extensa, incluye una evaluación funcional, la clarificación de valores y la introducción del contexto de la aceptación psicológica y de la práctica de la defusión. Las cuatro sesiones restantes proporcionan un entrenamiento sistemático centrado en la exposición mediante una tarea que requiere realizar una presentación oral. En la Tabla 1 se recogen las técnicas y su correspondencia con los procesos terapéuticos de ACT.

El trabajo en sesión se complementa con un cuaderno de trabajo para el/la cliente donde este responde a preguntas que ayudan a discriminar acerca de su experiencia en cada sesión y registra sus tareas para casa. El protocolo puede ser administrado en dos modalidades. En la modalidad EV, el/la cliente realiza su presentación oral en un aula en presencia de alumnos desconocidos que actúan como público y que previamente han firmado un compromiso de confidencialidad. En la modalidad a través de RV, el/la cliente hace su presentación en una sala con

Tabla 1
Descripción protocolo de intervención

| Métodos terapéuticos | Procesos terapéuticos | | | | | | Sesiones | | | | | |
|---|-----------------------|---------|------------|----------|--------------------------|---------------------------------------|------------------|---|---|---|---|---|
| | Análisis funcional | Valores | Aceptación | Defusión | Compromiso con la acción | Atención flexible al momento presente | Yo como contexto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| El profesional soñado | | X | | | | | | X | | | | |
| Metáfora del "Capitán del Barco" | | | X | X | X | | X | X | | | | |
| Fisicalización | | | | X | | | X | X | X | X | X | X |
| Ejercicio de ver pensamientos como grafitis | | | | X | | | X | X | X | X | X | X |
| Evaluación funcional y uso de autorregistro | X | | | | | | | X | X | X | X | X |
| Exposición en imaginación a escenarios de hablar en público | | | | | X | X | | X | X | X | X | X |
| Exposición EV a conductas de aproximación a valores personales (p.ej., mirar al terapeuta a los ojos mientras habla, hablar de manera pausada...) | | | | | X | X | | X | X | X | X | X |
| Exposición EV o mediante RV | | | | | X | X | | X | X | X | X | X |

unas gafas de RV y el *software* asociado. En nuestro caso, el protocolo ha sido testado usando el entorno "miedo a hablar en público" de la plataforma Psious distribuida por TEA y unas gafas Samsung Gear VR. A continuación, se describen los procesos y métodos terapéuticos introducidos en cada sesión.

Sesión 1

Clarificación de valores. La primera parte del protocolo está dirigida a ayudar al cliente a explorar el significado que tiene para él o ella hablar en público, con el objetivo dotar de sentido el trabajo terapéutico y el esfuerzo que estará invitado a hacer para permanecer

en presencia de emociones y pensamientos incómodos. La sesión comenzará con preguntas como “¿Por qué quieres superar tu miedo a hablar en público? ¿Qué tipo de graduado/a o profesional te gustaría llegar a ser cuando hayas acabado la carrera? ¿Mejorar tu habilidad de hablar en público puede ser un paso importante que te acerque al graduado/a o profesional que quieres llegar a ser? ¿Cómo te ayudará hablar en público para ser un buen... (mencionar la profesión o carrera que esté estudiando)?”. A continuación, se introducirá una variación del ejercicio del funeral (Hayes et al., 2014, p. 446), que hemos denominado el ejercicio de asistir a la propia graduación. El/la alumno/a tendrá que imaginar, con los ojos cerrados y guiado por el/la terapeuta, el día de su graduación en la universidad, y escuchar de los labios de personas significativas que conocen su MHP (profesores, compañeros, familiares, amigos) aquello que le encantaría escuchar en ese día tan especial y que proporcionen “luz” acerca del profesional soñado. Las instrucciones podrían ser las siguientes. “Te proponemos un breve ejercicio con los ojos cerrados que quizás te ayude a encontrar sentido al trabajo que vamos a hacer aquí con el miedo a hablar en público. (Damos instrucciones para que se concentre en la respiración). Imagínate el día de la graduación. Imagina al/la rector/a, la ceremonia, mucha gente presente, los padres emocionados, tus compañeros/as, todos con mucha ilusión... Tras la ceremonia, imagina que vas escuchando de las personas más significativas para ti aquello que te encantaría que dijeran de ti como estudiante sabiendo que tuviste miedo a hablar en público... No digas

nada ahora, simplemente escúchalos. Primero escucha a tus padres... Te felicito por... Estoy orgulloso de ti porque... Te admiro porque... Imagina también que escuchas lo que te encantaría que dijeran cuando hablaran entre ellos, como si los estuvieras escuchando sin que se enteraran... Ahora repite lo mismo con tus compañeros/as más cercanos/as... Ahora con tus profesores/as, los que tú más valores, los que más te hayan enseñado... Ahora imagina a un empresario/a que está pensando en contratarte y le pide referencias a tu profesor/a, imagina que tú estás cerca y puedes escuchar lo que te encantaría que dijeran de ti sin que te vean...”. Tras el ejercicio, el/la terapeuta recogerá cuáles han sido las principales constataciones del alumno/a a través del ejercicio que apunten a los valores, tal como se entienden desde ACT, e irá esclareciendo las direcciones de valor que podrían servir de guía a la intervención, como “profesionalidad”, “superación”, “comunicar eficazmente”, explorando la relación de estas direcciones que nunca se agotan con la habilidad de hablar en público.

Análisis funcional y presentación de la aceptación psicológica.

El/la terapeuta formulará preguntas para completar el análisis funcional de la conducta que permitan identificar las conductas con clara función evitativa o de escape que contribuirán a la conceptualización del caso, identificando como es habitual en ACT las situaciones asociadas al MHP (presentación oral, preguntar en clase, participar en una conversación en grupo...) y los eventos privados aversivos que elicitaban los comportamientos problemáticos

(sensaciones físicas, recuerdos de experiencias anteriores, anticipaciones relacionadas con lo que harán o pensarán los demás...). Asimismo se identificarán las diferentes topografías que conforman la clase operante y/o de escape (evitar el contacto visual, hablar rápido, leer la presentación, poner excusas para no acudir...), y las consecuencias a corto plazo que mantienen dichas conductas al funcionar como contingencias de reforzamiento positivo (por ejemplo provenientes del entorno social o relacionadas con la necesidad de coherencia al hacer lo que se supone que hay que hacer en presencia del malestar) o negativo (habitualmente el alivio del malestar) y los efectos a largo plazo de dichas conductas (la persona se siente insatisfecha, la dificultad y el malestar aumentan, se aleja del profesional en el que anhela convertirse...). El análisis funcional permite identificar el patrón de evitación o inflexibilidad psicológica que se pretende alterar mediante la terapia. Al mismo tiempo, la manera de preguntar al cliente permitirá que este/a comience a discriminar la función que cumplen sus propios comportamientos. Algunas preguntas que guían el proceso serán las siguientes. “¿Qué sueles sentir o pensar cuando tienes que hablar en público? ¿Qué sensaciones notas? ¿Dónde las notas? ¿Haces algo para “controlar” o reducir estas sensaciones, emociones o pensamientos? ¿Cómo te ha ido haciendo todo esto? ¿Qué te dice tu experiencia? ¿Has conseguido que el miedo desaparezca o que disminuya de forma importante, de manera definitiva? Si te miraras con perspectiva y fueras tú el/la que estuviera viéndote cómo hablas en público, ¿consigues, haciendo lo

que haces, acercarte al profesional que quieres ser (reflejar los valores que ha dicho anteriormente)? ¿Qué tiene en común todo lo que sueles hacer? ¿Y si tratar de controlar el miedo o la ansiedad a veces no funciona? ¿Y si existe una alternativa mejor para mejorar tu manera de afrontar las situaciones de hablar en público, en lugar de intentar controlar el miedo? ¿Y si lo que has creído hasta ahora que son las soluciones fueran parte del problema? ¿Y si intentar... (enumerar las conductas de evitación) para estar más tranquilo/a o quitarte el miedo fuera el problema? ¿Y si hubiera otra forma de gestionar o convivir con la ansiedad?”.

Este momento de la intervención está relacionado con lo que en los manuales se ha denominado “desesperanza creativa” (Hayes et al., 2014) y resulta clave para preparar el proceso de defusión cognitiva. Se busca generar las condiciones necesarias para que la persona, a través de múltiples ejemplos, pueda contactar con que el problema no está en el propio malestar o ansiedad derivados de diferentes situaciones relacionadas con hablar en público, sino más bien en lo que hace con el malestar, ya que lo que hace para eliminar la ansiedad agrava el problema a la larga, no le permite desarrollar competencias para hablar en público y le aleja del profesional en el que anhela convertirse. Esta reformulación cuestiona los objetivos que trae el/la cliente, puesto que este/a consideraba que el problema estaba en la ansiedad, y prepara el camino para ofrecer la alternativa de “actuar aún con el malestar experimentado en dirección a lo importante o valioso para uno/a”.

Reformulación del problema.

Llegados a este punto, el/la terapeuta pasará a reformular el problema y presentar la aceptación psicológica como alternativa terapéutica con la ayuda de la “metáfora del capitán del barco” (adaptada de Harris, 2010) que será retomada a lo largo de la terapia. A continuación, se presenta una propuesta de introducción de esta metáfora adaptada para el tratamiento del MHP, si bien conviene recordar que en ACT las metáforas no deben ser leídas y deben introducirse de manera flexible adaptándolas al repertorio del cliente. “Imagina que tú eres el/la capitán/a de un barco y quieres aprender a llevar tu barco, cuando hace buen tiempo y también cuando hay temporal, en mitad del vendaval y la lluvia y con unas olas enormes. Como eres el/la capitán/a, quieres llevar tu barco al puerto, al destino con el que siempre has soñado. Dime, ¿cuál es tú destino soñado cuando piensas en ti como profesional que tendrá que hablar en público?... Fíjate que tú estás en el puente de mando, tú llevas el timón agarrado, y de repente, nada más zarpar, un temporal... Ves la lluvia allá arriba, sientes el viento soplar muy fuerte, y allí abajo están las olas que zarandean el barco y te hacen perder el equilibrio... el agua de la lluvia y las olas te golpean con fuerza en la cabeza, en el pecho, en el estómago... por todo el cuerpo. Dime, ¿cuáles son tus olas...? Imagina que tú que eres el/la capitán/a, al ver la tormenta, cambias de rumbo y buscas una ruta en la que no haya tormenta, pero entonces, ¿qué ocurre? Si después de un mes navegando cambias de dirección cada vez que hay tormenta y no mantienes el rumbo, ¿dónde llegas? ¿Eres dueño/a y

señor/a de tu barco? ¿Y si a lo largo de cuatro años de carrera cambias de dirección cada vez que hay tormenta, adónde llegas? Y si, por el contrario, a lo largo de cuatro años de carrera mantienes el rumbo y atraviesas tormentas, ¿dónde puedes llegar? ¿En qué graduado/a o profesional te vas a convertir? ¿Qué te estás viendo hacer últimamente en presencia de tus olas y tus tormentas? ¿Qué sería en tu caso ser un/a buen/a capitán/a del barco? ¿Te ayudaría esto a alcanzar tu destino soñado? ¿Te gustaría aprender a navegar la travesía de hablar en público en mitad del temporal de tu ansiedad? ¿Te gustaría aprender a recibir las olas, atravesarlas y mantener el rumbo?”.

Como habitualmente se hace en ACT al presentar las metáforas, no se explicará, sino que se procurará promover la elaboración relacional por parte del cliente, es decir, que sea él/ella quien derive o establezca las conexiones entre la metáfora y la manera en que habitualmente se relaciona con la ansiedad y el miedo.

Entrenamiento en defusión cognitiva.

Recuérdese que la fusión cognitiva con los eventos privados es el proceso mediante el cual la persona se cree de manera literal el contenido de sus eventos privados, de manera que actúa conforme al contenido de sus pensamientos y sin establecer distancia con dichos eventos privados. De esta manera, al estar “fusionándose” a sus pensamientos, no distingue la narración cognitiva de la propia realidad misma, debido a que tanto pensamiento como la propia persona están unidos/as o “pegados/as” (Hayes et al., 2014). Se trata de un proceso en el cual las funciones verbales

de los eventos ejercen un fuerte control estimular sobre las respuestas (Páez & Montesinos, 2016). Por el contrario, el proceso de defusión está destinado a alterar los procesos verbales en los que la persona se encuentra envuelta, sin cambiar necesariamente la forma en la que piensa acerca de su experiencia (Blackledge, 2007), es decir, pretende promover la aceptación, apertura y conciencia de los eventos privados sin intentar modificarlos, de manera que uno mismo pueda flexibilizar su repertorio de conducta incluso en su presencia (Páez & Montesinos, 2016).

El entrenamiento en defusión con emociones y pensamientos en este protocolo se realizó respectivamente a través del “ejercicio de fisicalización” (Hayes et al., 2014, p. 417) y del “ejercicio de observar pensamientos como grafitis” (variación del “ejercicio Soldados Desfilando”, Hayes et al., 2014, p. 374), descritos a continuación. “Vamos a hacer un ejercicio para buscar las olas, para practicar navegar en mitad del oleaje, para mantener el rumbo en mitad de la tormenta (damos instrucciones para cerrar los ojos y concentrarse en la respiración, a la vez que pedimos al/la estudiante que se imagine en alguna situación de hablar en público donde lo haya pasado verdaderamente mal). Identifica las sensaciones de ansiedad que te están viniendo ahora al recordar aquella situación difícil. Dime qué estás notando. ¿A qué te está invitando esta sensación? ¿A mantener el rumbo y ajustarlo o a soltar el timón, a cambiar de rumbo, a dejarte llevar? Elige una sensación concreta que estés notando y céntrate en ella. Localízala. Dime dónde la estás sintiendo, en qué parte del cuerpo. Observa y nota como

es... ¿a qué se parece esta sensación? Si fuera un objeto, ¿qué objeto sería? Imagina que la pones enfrente, a un metro de ti. ¿Qué forma/color/tamaño/textura/temperatura... tendría? Nota que estás tú aquí y tu emoción ahí enfrente... ¿Puedes notar que estás tú y que eres más que tus pensamientos? ¿Puedes elegir mantenerla ahí enfrente, sostenerla, sin intentar huir de ella...? Fíjate que es como mantener el rumbo, agarrar el timón y notar el viento y el agua golpeando su cuerpo.” (Vamos guiando para que vaya contactando una a una con las diferentes manifestaciones de la ansiedad e invitándole a que se vea eligiendo mantenerse en situación de hablar en público en presencia de las olas que le golpean, centrando su energía en comunicar eficazmente, mirar al público, enfocarse en el contenido de la presentación, etc.). “Ahora, nota los pensamientos que van viniendo a tu mente cuando haces una presentación... los vamos a ir imaginando escritos en las paredes del aula, como si fueran pintadas o grafitis... dime cuál es el primero... *escríbelo*... da un paso atrás y obsérvalo... fíjate en el tamaño de la letra, el color, el tipo de letra... (repetimos con varios pensamientos). Míralos escritos como pensamientos, como palabras, como productos de tu mente... Nota que estás tú aquí y tus pensamientos ahí en la pared... Fíjate cómo has notado sensaciones y pensamientos (enumerar), nota que tú eres más que todas esos pensamientos y emociones, tú eres la persona que los contiene, que los observa... Te invito a elegir continuar con tu presentación mientras notas los pensamientos, enfocándote en el público y en la presentación en lugar de enfocarte en las olas que te golpean.” Las

instrucciones deben llevar al/la cliente a exponerse a aquellas emociones y pensamientos que le resulten más incómodos o aversivos, introduciendo siempre claves de perspectiva y jerarquía que permitan tomar distancia con respecto a los eventos privados y diferenciarse de ellos, así como la reorganización de las acciones en torno a los valores. Tras el ejercicio se preguntará al/la alumno/a por su experiencia con el ejercicio, y se le pedirá que reflexione en torno a para qué cree que puede servirle este ejercicio. Se le invitará a practicar en la próxima sesión agarrando el timón y manteniendo el rumbo mientras hace su presentación oral, poniendo el foco en la dirección mientras nota las olas y el viento, sin dejarse arrastrar por ello.

También se le propondrá como tarea para casa que se observe en situaciones sociales que le generan ansiedad, que se mantenga consciente de los pensamientos, emociones o sensaciones difíciles que le visitan y que note si cambia de rumbo y evita el malestar o bien se mantiene firme en la dirección deseada mientras convive con el malestar, y que registre todo esto en el cuaderno de trabajo.

Sesiones 2 a 5

Exposición.

Tanto en la modalidad de exposición EV como en la modalidad de RV, el propósito será proporcionar oportunidades de entrenamiento para que el/la alumno/a se exponga a la situación de hablar en público y se mantenga enfocado en la tarea en presencia del malestar sin tratar de controlarlo. En ambas modalidades, la sesión comenzará con un ejercicio de defusión similar al de la sesión inicial donde

el/la cliente se expondrá en la imaginación a la situación de hablar en público que va a tener lugar en unos minutos. Asimismo, si es necesario, en caso de observar conductas de evitación persistentes como la ausencia de contacto visual o hablar demasiado rápido, se diseñarán pequeños ejercicios de exposición EV en la interacción con el/la terapeuta, como el ejercicio de contacto visual (Wilson & Luciano, 2002, p. 199) o hablar durante dos minutos de manera pausada, mientras nota sus eventos privados. El/la alumno/a de esta manera dispone de un espacio para prepararse y refrescar las habilidades de defusión que se están entrenando, y empezar a contactar con los eventos privados aversivos que probablemente ya están presentes ante la inminencia de la situación de exposición. Igualmente se estaría trabajando de este modo la habilidad de prestar atención flexible al momento presente. Después, el/la terapeuta hará preguntas para que el/la alumno/a describa los eventos privados con los que está contactando y para que tenga la oportunidad de elegir si desea mantener el rumbo en presencia de sus olas, y ser consciente de dónde va a poner el foco, y qué herramientas de las que está aprendiendo va a utilizar para ello. A continuación, el/la alumno/a será informado/a del tema concreto sobre el que deberá improvisar una presentación oral durante doce minutos. Dispondrá de tres minutos para pensar acerca del contenido de su presentación. En ambas modalidades, se habrá establecido previamente una jerarquía de exposición, elaborada con la información recogida en la evaluación inicial sobre la dificultad de los temas y las situaciones poten-

cialmente aversivas y distractoras. En concreto, en dicha evaluación se habrá ofrecido un listado de categorías temáticas (medio ambiente, actualidad, cultura y arte, ciencia, igualdad, educación, salud, relaciones humanas...) y el/la alumno/a deberá indicar el grado de ansiedad de 1 a 10 que le generará cada una de las categorías y ordenarlas de mayor a menor. Asimismo, se le habrá leído un listado de posibles distractores (cuchicheos, risas, tos, bostezo, móvil sonando, móvil vibrando, persona que se levanta y se marcha, alguien hace una pregunta fácil/difícil), y se le pedirá igualmente que indique el grado de ansiedad asociado a cada distractor y que las ordene. De esta forma, la exposición se realizará de forma gradual comenzando por los ítems de la jerarquía que elicitaban niveles más bajos de ansiedad y se diseñarán las situaciones de exposición incrementando progresivamente la dificultad a través de la elección de temas específicos relacionados con las categorías temáticas evaluadas y los distractores. En el caso de la exposición EV, la introducción de los distractores se preparará antes de la llegada del alumno con ayuda del público asistente. En el caso de la exposición a través de RV, el entorno "miedo a hablar en público" de la plataforma Psious permite la manipulación por parte del/la terapeuta de los distractores citados. Tras la exposición en ambas modalidades, el/la terapeuta dedicará tiempo a reforzar positivamente las conductas de aproximación del alumno, señalando y valorando los avances, y formulará preguntas que permitan discriminar cuál ha sido su experiencia, si se ha visto evitando el malestar o manteniendo el rumbo, qué ha aprendido, qué

más podría serle útil en la próxima sesión y le propondrá que trate de practicar lo aprendido en situaciones sociales cotidianas y que continúe con el autorregistro. El/la terapeuta sugerirá tareas concretas que permitan exponerse a la ansiedad social en situaciones cotidianas, como plantear sus dudas o responder a las preguntas del profesor en clase.

A continuación, se muestran dos estudios de caso único para ilustrar el efecto del protocolo de intervención en las condiciones de exposición mediante RV y EV. Los dos casos forman parte de un estudio piloto previo a un ensayo clínico aleatorizado desarrollado en la Universidad Europea de Madrid.

Dos estudios de caso

Participantes

Dos estudiantes universitarias, mujeres con 22 y 20 años de edad, respectivamente, fueron asignadas a dos condiciones de intervención diferentes (RV y EV). Ambas fueron seleccionadas para el estudio tras constatar que cumplían los criterios de inclusión, esto es, mostraban niveles de intensidad e interferencia subjetivas del miedo superiores a 5 puntos en una escala de 10 y niveles clínicamente significativos de ansiedad social evaluados a través de la escala LSAS (Bobes et al., 1999) y los puntos de corte establecidos por varios autores (González et al., 2001; Zubeidat et al., 2006). Ambas se sentían insatisfechas consigo mismas a la hora de hacer presentaciones. La primera de ellas indicó que experimentaba el MHP desde siempre, que le impedía ser espontánea, abrirse con la gente y hacer amigos, aprobar los exámenes orales. Sus conductas de evitación habituales

eran dejar la preparación para el último momento, hablar rápido para acabar lo antes posible y hacer paradas para intentar calmarse. La segunda manifestó que empezó a notar el MHP en segundo de la secundaria a raíz de una ocasión en que se quedó en blanco durante una presentación, y que desde entonces solía tener pesadillas y dormir mal la noche antes de las presentaciones. En este caso las conductas de evitación identificadas fueron hacer paradas durante la presentación, llevar todo escrito en papeles y apoyarse en la lectura de la pantalla.

Instrumentos

Para la evaluación se utilizaron las siguientes medidas de autoinforme. "Cuestionario de aceptación y acción" (Ruiz et al., 2013), versión española del "Acceptance and Action Questionnaire" (AAQ-II; Bond et al., 2011), que incluye 7 ítems con una escala tipo Likert de 1 a 7 puntos, cuyas puntuaciones elevadas reflejan mayores niveles de inflexibilidad psicológica; "Cuestionario de Fusión Cognitiva" (Ruiz et al., 2017), versión española del "Cognitive Fusion Questionnaire" (CFQ; Gillanders et al., 2014), con 7 ítems con una escala tipo Likert del 1 al 7, cuyas puntuaciones más elevadas indican un mayor grado de fusión cognitiva; "Cuestionario de confianza para hablar en público" (Méndez et al., 2004) versión breve del "Personal Report of Confidence as Speaker" (PRCS; Paul, 1966), que incluye 12 ítems con una escala tipo Likert de 6 puntos, puntuaciones elevadas reflejan mayor grado de miedo a hablar en público; "Escala de Ansiedad Social de Liebowitz" (Bobes et al., 1999), adap-

tación española de "Liebowitz Social Anxiety Scale" (LSAS; Liebowitz, 1987), con 24 ítems que corresponden a situaciones sociales en las que se mide el grado de miedo y evitación mediante una escala tipo Likert de 0 a 3, en el que las puntuaciones elevadas sugieren niveles elevados de ansiedad social. Los estudios psicométricos de los instrumentos han mostrado niveles satisfactorios de validez, fiabilidad, consistencia interna y sensibilidad a los efectos del tratamiento de todos los instrumentos utilizados.

Además, después de cada presentación se recogieron valoraciones subjetivas en una escala del 1 al 10 de ansiedad global, interferencia con la ejecución durante la presentación y satisfacción al hablar en público.

Por último, se utilizó un cuestionario de satisfacción ad hoc que recogía en una escala del 1 al 10, por un lado, el grado de utilidad de las técnicas empleadas en el protocolo de intervención y, por otro, el nivel de dificultad, utilidad y satisfacción de la intervención recibida.

Procedimiento

Tras firmar el consentimiento informado las participantes completaron los instrumentos de evaluación. Una de ellas fue asignada al protocolo de exposición EV y la otra al protocolo de RV. Las medidas de autoinforme se administraron en tres momentos, antes y después de la intervención y en el seguimiento a los 3 meses. El protocolo descrito en la primera parte de este artículo fue administrado por el segundo autor de este trabajo bajo la supervisión del primero, ambos expertos en terapias contextuales.

Análisis estadístico

Se contrastó la significación clínica de los cambios obtenidos como resultado de la aplicación del protocolo a partir del método propuesto por Jacobson y Truax (1991), el cual permite observar si el cambio en las variables recogidas es clínicamente significativo y fiable. Jacobson y Truax consideran que el cambio clínicamente significativo se produce cuando existe un retorno al funcionamiento normal, pasando a ser parte de la población funcional (Iraguri, 2010). Atendiendo a la población normal, los autores proponen tres criterios diferentes con sus respectivos puntos de corte, donde el primero de los criterios es el que mejor se adapta a los dos estudios de caso que se plantean a continuación. Este criterio recoge que las puntuaciones tras la intervención deben situarse dos desviaciones típicas (DT) fuera de la amplitud disfuncional. Además, para comprobar que el cambio observado es fiable, propusieron lo que los autores denominan como Índice de Cambio Fiable (“Reliable Change Index”; RCI), el cual es establecido en cantidad de desviaciones típicas. Si el RCI presenta valores absolutos ma-

yores o igual a 1,96 (valor de las puntuaciones Z equivalentes a dos DT), se puede estimar que el cambio es fiable. El método de Jacobson y Truax (1991) clasifica a un paciente como *recuperado* si el valor RCI es mayor que 1,96 y se supera el punto de corte, *mejorado* si el valor de RCI es mayor a 1,96 pero no se supera el punto de corte, *sin cambios* si el valor RCI no es mayor a 1,96 y *empeorado* si la puntuación supone un cambio que supera el valor RCI de 1,96 pero de manera inversa, en dirección al empeoramiento (Sanz & García-Vera, 2005).

Resultados

Las dos participantes completaron todas las sesiones de intervención y mostraron una completa adherencia al protocolo. El índice de cambio fiable (ver tabla 2) muestra cambios clínicamente significativos (recuperación) en ambas pacientes tanto al postratamiento como en el seguimiento a los tres meses en miedo a hablar en público (PRCS) y ansiedad social (LSAS). Solo la estudiante en la condición EV mostró también recuperación en inflexibilidad psicológica y fusión cognitiva.

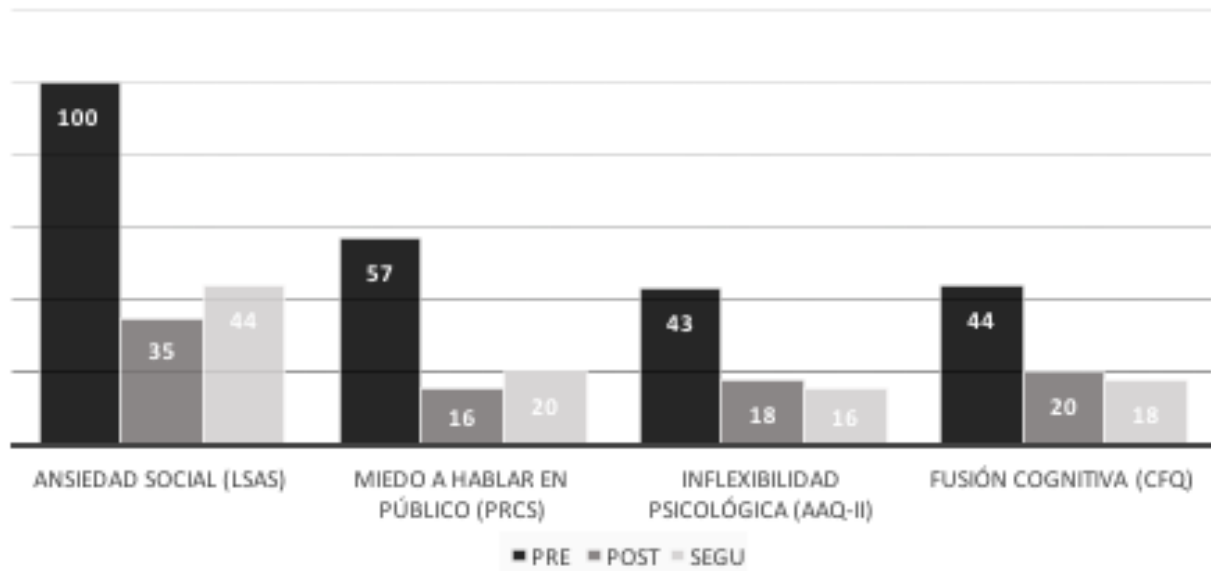
Tabla 2
Significación clínica de los cambios individuales tras la aplicación del protocolo de intervención

| Participante | Inflexibilidad psicológica (AAQ-II) | | | Fusión cognitiva (CFQ) | | | Miedo a hablar en público (PRCS) | | | Ansiedad social (LSAS) | | |
|--------------|-------------------------------------|---------|----------|------------------------|---------|----------|----------------------------------|---------|----------|------------------------|---------|----------|
| | Pre-Post | Pre-Seg | Post-Seg | Pre-Post | Pre-Seg | Post-Seg | Pre-Post | Pre-Seg | Post-Seg | Pre-Post | Pre-Seg | Post-Seg |
| EV | Rec | Rec | Sin | Rec | Rec | Sin | Rec | Rec | Sin | Rec | Rec | Sin |
| RV | Sin | Sin | Sin | Sin | Sin | Sin | Rec | Rec | Sin | Rec | Rec | Sin |

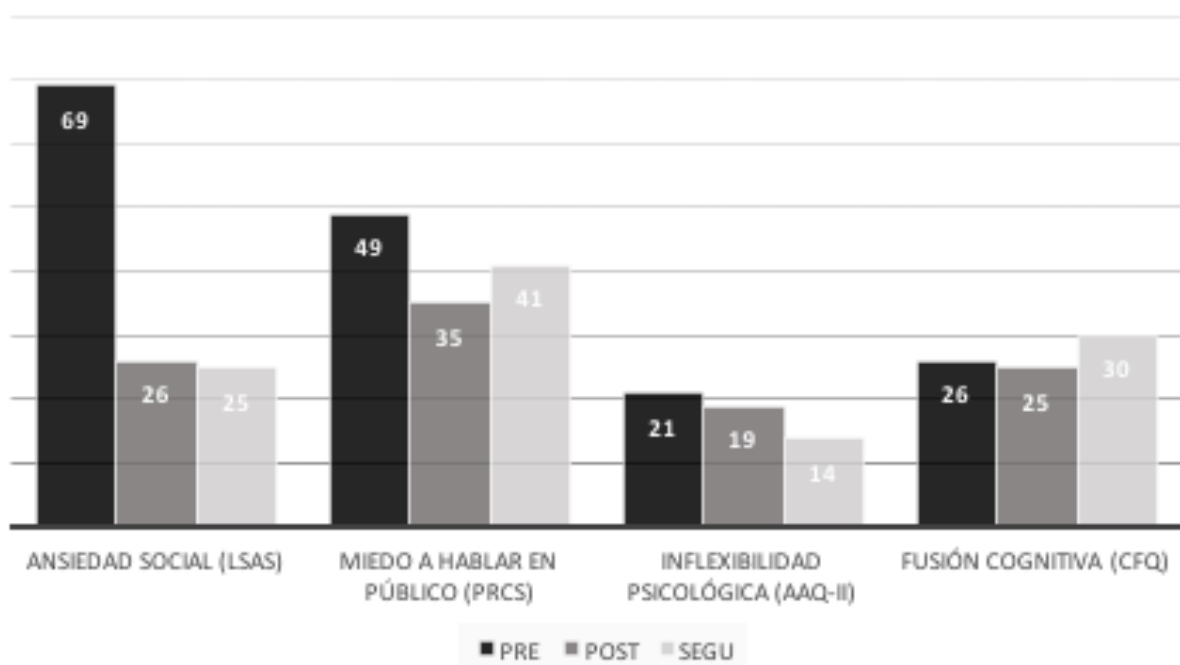
Nota: Pre-post= Comparación pretratamiento-postratamiento; Pre-Seg= comparación pretratamiento-seguimiento; Post-Seg= Comparación postratamiento-seguimiento; Seg=Seguimiento; EV= exposición en vivo; RV= realidad virtual; Rec= Recuperado; Sin= Sin cambios observados.

No obstante, en las gráficas 1 y 2, donde se muestra la variabilidad de las puntuaciones directas de las medidas autoinforme, se puede observar tendencias descendentes en la dirección esperada también en la variable inflexibilidad psicológica en la participante RV,

si bien en este caso la disminución es menos acusada. Por tanto, en ambos casos se puede afirmar que se ha producido una reducción clínicamente significativa en miedo a hablar en público y ansiedad social tras el tratamiento que se mantiene tras la intervención.



Gráfica 1. Puntuaciones directas de las medidas de autoinforme en la participante EV
Nota: Pre: pre-tratamiento; Post: postratamiento; Segu: seguimiento

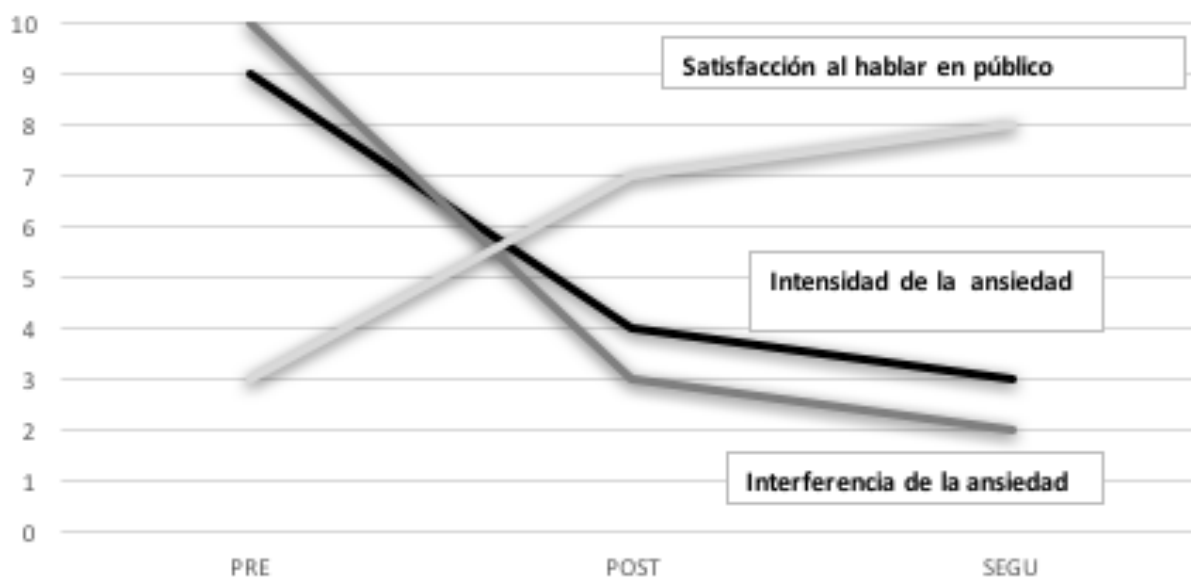


Gráfica 2. Puntuaciones directas de las medidas de autoinforme en la participante RV
Nota: Pre: pre-tratamiento; Post: postratamiento; Segu: seguimiento

En las gráficas 3 y 4 se aprecia el descenso en las valoraciones subjetivas de intensidad e interferencia de la ansiedad y el aumento de la satisfacción al hablar en público en ambas participantes, si bien el descenso en la interferencia es más acusado para la partici-

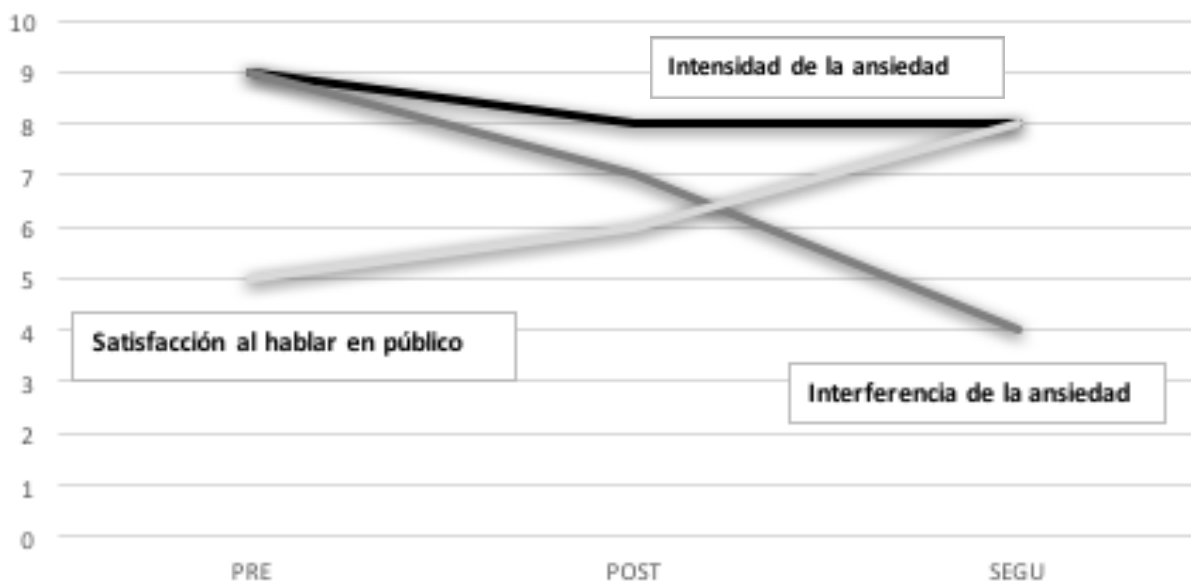
pante EV, aumentando en ambas las mejoras en el seguimiento.

Finalmente, ambas participantes valoraron muy positivamente su satisfacción con la intervención (9 y 10 sobre 10 respectivamente), y la utilidad (10 en ambos casos). Las metáforas,



Gráfica 3. Evolución de las puntuaciones subjetivas en la participante EV

Nota: Pre: pre-tratamiento; Post: postratamiento; Segu: seguimiento



Gráfica 4. Evolución de las puntuaciones subjetivas en la participante RV

Nota: Pre: pre-tratamiento; Post: postratamiento; Segu: seguimiento

ejercicios experienciales, la exposición y el feedback del terapeuta recibieron valoraciones entre 9 y 10. La dificultad de la intervención fue valorada como elevada (7 y 9 respectivamente). Las participantes informaron de que con el entrenamiento habían aprendido “a ver los pensamientos como una parte de mí y no como un todo”, “a separar mis emociones y pensamientos de mí, centrándome más en lo que quiero decir y tener más confianza en lo que digo”, y a “mantener el rumbo aun cuando hay muchas tormentas”.

Discusión

Se ha presentado la adaptación de un protocolo al ámbito del MHP con resultados de dos participantes que muestran su viabilidad a través de dos modalidades de exposición diferentes (RV y EV). El tratamiento se realizó en el contexto académico por lo que puede servir de modelo para futuras intervenciones implementadas por equipos de orientación en centros de educación superior. Los resultados prometedores de este estudio piloto se mostraron útiles para que los autores desarrollaran posteriormente un ensayo clínico aleatorizado con una muestra más amplia. El protocolo es una muestra de cómo adaptar los métodos clínicos de ACT al ámbito del MHP para promover la flexibilidad psicológica y producir cambios individuales clínicamente significativos en la dirección esperada. Como es habitual en ACT, el análisis funcional de la conducta es el eje que vertebra todo el proceso terapéutico, centrándose la intervención en las conductas de evitación y/o escape específicas mostradas por las estudiantes con MHP y que son habitualmente

mantenidas por contingencias fundamentalmente de reforzamiento negativo. El esclarecimiento de valores desde el inicio de la intervención de manera explícita es una aportación relevante de ACT, ausente en los enfoques cognitivo-conductuales, y permitirá enmarcar las experiencias aversivas asociadas a la exposición en una dirección de valor. Un momento clave también al inicio del proceso es la experiencia de desesperanza creativa, que permite al estudiante contactar con la paradoja de que la evitación potencia las funciones aversivas del malestar, reduce la tolerancia a la ansiedad, impide desarrollar competencias efectivas y le aleja de lo verdaderamente significativo e importante para él/ella. Igualmente, se ilustra la utilidad del uso de metáforas, ejercicios experienciales y paradojas como el ejercicio de asistir a la propia graduación o la metáfora del capitán del barco para abordar procesos como la clarificación de valores, la aceptación psicológica o la defusión cognitiva. La defusión es promovida a través de los ejercicios de fiscalización y “ver los pensamientos como grafitis”, ofreciendo una práctica que puede ayudar a desactivar las funciones de evitación de los eventos privados (pensamientos, sensaciones, imágenes...) al enmarcarlos en el contexto de la persona a través del deíctico “yo” con claves de diferenciación y distancia (p. ej., “yo diferente a mi pensamiento de lo voy a hacer mal” o “yo aquí y ahora con mi pensamiento voy a fracasar allí en la pared escrito como un grafiti”), lo que estará promoviendo la perspectiva del yo observador o yo como contexto. Esto hará que se genere un espacio necesario desde el cual elegir realizar acciones comprometidas

de valor. Así, estos métodos permiten que el cliente enmarque el malestar en coordinación con las acciones comprometidas, o dicho de otra de manera, que la ansiedad deje de verse como un enemigo y empiece a contemplarse como una puerta que permite acceder a la posibilidad de convertirse en mejor profesional. Por último, la exposición tiene un papel central en este protocolo. Hay que insistir en que, si bien ACT se considera un tipo de terapia fundamentada en la exposición (Hayes, 1987), la exposición no persigue reducir la activación emocional como en las intervenciones más mediacionales, sino, siguiendo a Hayes et al. (2014), aprender a permanecer en presencia del malestar al tiempo que se actúa de una manera más libre, flexible y guiada por los propios valores, lo cual permite ampliar el repertorio en presencia de elementos que anteriormente restringían dicho repertorio. Entre las limitaciones de este estudio piloto cabe citar el reducido número de participantes y la especial motivación de las participantes que puede no ser representativa del universitario medio con MHP. Posteriores estudios deberían aportar evidencia adicional con muestras más amplias y representativas, así como explorar hasta qué punto la exposición mediante ACT y RV supone una eficacia equivalente a la que proporciona ACT sumada a la exposición EV.

En definitiva, el diseño de programas de intervención desde una perspectiva innovadora y transdiagnóstica como la que plantea la promoción de la flexibilidad psicológica, puede contribuir a un acercamiento útil al afrontamiento del MHP, alternativo a las propuestas tradicionales orientadas al control o elimina-

ción de síntomas, que supone una evolución al no requerir necesariamente una disminución de la frecuencia o intensidad de la ansiedad, habituales y característicos de la experiencia humana en contextos académicos, y que al orientarse más bien a la transformación de funciones en un contexto de valor para el estudiante, permiten alentar la curiosidad, el entrenamiento y el aprendizaje sin que sea necesario esperar a que descendan las emociones difíciles que forman parte del proceso de mejorar las competencias para hablar en público. Por último, la viabilidad de la realidad virtual en combinación con la aceptación psicológica aporta la posibilidad de un uso más refinado y ajustado de nuevas herramientas tecnológicas que pueden facilitar enormemente las intervenciones desde el punto de vista práctico al no depender de la disponibilidad de una audiencia para programar la exposición.

Bibliografía

- Anderson P. L., Edwards, S. M., & Goodnight, J. R. (2017). Virtual Reality and exposure group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive Therapy Research, 41*, 230-236. DOI: 10.1007/s10608-016-9820-y
- Anderson P. L., Price M., Edwards S. M., Obasaju M. A., Schmertz S. K, Zimand, E. & Calamara, M. R. (2013). Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(5), 751-760. DOI: 10.1037/a0033559
- Anderson, P. L., Zimand, E., Hodges, L. F., & Rothbaum, B. O. (2005). Cognitive behavioral therapy for public-speaking anxiety using virtual reality for exposure. *Depression and Anxiety, 22*(3), 156-158. DOI: 10.1002/da.20090
- Bados, A. (2009). *Miedo a hablar en público: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Bar-

- celona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/6323>
- Block, J., & Wulfert, E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *The behavior analyst today*, 1(2), 3-28. DOI:10.1037/h0099879
- 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.
- Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M. P., Dal-Ré, R., Soria, J., Martínez, R., de la Torre, J., Doménech, R., González-Quirós, M., Bascarán, M. T., González, J. L. & Martínez de la Cruz, F. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios *Liebowitz Social Anxiety Scale*, *Social Anxiety and Distress Scale* y *Sheehan Disability Inventory* para la evaluación de la fobia social. *Medical Clinical*, 112, 530-538. https://www.researchgate.net/publication/285820981_Validacion_de_las_versiones_en_espano_de_los_cuestionarios_Liebowitz_Social_Anxiety_Scale_Social_Anxiety_and_Distres_Scale_y_Sheehan_Disability_Inventory_para_la_evaluacion_de_la_fobia_social
- Boetje, J., & Van Ginkel, S (2021). The added benefit of an extra practice session in virtual reality on the development of presentation skills: A randomized control trial. *Journal of Compute Assisted Learning*, 37, 253-264. DOI:10.1111/jcal.12484
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K. & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. DOI: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Bouchard, S., Dumoulin, S., Robillard, G., Guillard, T., Klinger, E., Forget, H., Loranger, C. & Roucaut, F. X. (2017). Virtual reality compared with in vivo exposure in the treatment of social anxiety disorder: a three-arm randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 210, 276-283. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.184234
- Brandrick, C., Hooper, N., Roche, B., Kanter, J. & Tyndall, J. (2021). A comparison of ultra-brief cognitive defusion and positive affirmation interventions on the reduction of public speaking anxiety. *The psychological Record*, 71, 109-117. DOI:10.1007/s40732-020-00432-z
- Brown, M., Glendenning, A. C., Hoon, A. E., & John, A. (2016). Effectiveness of web-delivered acceptance and commitment therapy in relation to mental health and well-being: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 18(8), e221. DOI: 10.2196/jmir.6200
- Ebrahimi, O. V., Pallesen, S., F.Kenter, R. & Noordgreen, T. (2019). Psychological Interventions for the Fear of Public Speaking: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-27. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00488
- England, E. L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Rabin, S. J., Juarascio, A., & Goldstein, S. P. (2012). Acceptance-based exposure therapy for public speaking anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.07.001>
- Fedoroff, I., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-324. DOI: 10.1097/00004714-200106000-00011
- Feliu-Soler, A., Montesinos, F., Gutiérrez-Martínez, O., Scott, W., McCracken, L. M., & Luciano, J. V. (2018). Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a narrative review. *Journal of pain research*, 11, 2145-2159. DOI: 10.2147/JPR.S144631
- 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), 7-11. DOI:10.1016/j.jvoice.2015.12.012
- Feske, U. & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment

- for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80040-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80040-1)
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- García, E. S., Rosa, A. I. & Olivares, J.P. (2011). Terapia de exposición mediante realidad virtual e internet en el trastorno de ansiedad/fobia social: Una revisión cualitativa. *Terapia Psicológica*, 29(2), 233-243. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000200010>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L. & Masley, S. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy*, 45(1), 83-101. DOI: 10.1016/j.beth.2013.09.001
- 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. DOI: 10.1177/0145445516629939
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M.E., Twohig, M. P & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. DOI:10.1016/j.jcbs.2020.09.009
- Goldfarb, J. A. (2009). *Effects of acceptance versus cognitive restructuring on public speaking anxiety in college students*. Hofstra University.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W. & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00123.x>
- Harris, R. (2010). *La trampa de la felicidad*. Barcelona: Planeta.
- Harris, S. R., Kemmerling, R. L. & North, M. M. (2002). Brief virtual reality therapy for public speaking anxiety. *Cyberpsychology & behavior*, 5(6), 543-550. DOI: 10.1089/109493102321018187
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- 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. & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245. DOI: 10.1002/wps.20442
- Hayes, S. C., & Hofmann, S.G. (2021). "Third-waves" cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World psychiatry*, 20, 363-375. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K.G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*, 7, 141-168. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A.T. & Asnaani, A. (2009). How to Handle Anxiety: The Effects of Reappraisal, Acceptance, and Suppression Strategies on Anxious Arousal. *Behavioral Research Therapy*, 47(5), 389-394. DOI: 10.1016/j.brat.2009.02.010
- Hope, D. A., Herbert, J. D. & White, A. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia.

- Cognitive Therapy and Research*, 19, 399-417. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF02230408>
- Iraguri, I. (2010). Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. *Norte de Salud Mental*, 36(3), 105-122. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830423>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. DOI: 10.1037//0022-006x.59.1.12
- Kim, H. E., & Kim, D. Y. (2012). The Effects of Acceptance and Commitment therapy on Anxiety Thought, Anxiety Sensitivity, and Acceptive Attitude: Focused on Public Speaking Anxiety. *The Korean Journal of Health Psychology*, 17(17), 299-310. <https://doi.org/10.17315/kjhp.2012.17.2.001>
- Klinger, E., Bouchard, S., Légeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I. & Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *CyberPsychology & Behavior*, 8, 76-88. DOI: 10.1089/cpb.2005.8.76
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern problems of pharmacopsychiatry*, 22, 141-173. <http://dx.doi.org/10.1159/000414022>
- Méndez, F. X., Inglés, C. J., & Hidalgo, M. D. (2004). La versión española abreviada del "Cuestionario de Confianza para Hablar en Público" (*Personal Report of Confidence as Speaker*): fiabilidad y validez en población adolescente. *Psicología Conductual*, 12(1), 25-42. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Mendez_12-10a-1.pdf
- Observatorio de Innovación en el Empleo (2017). Informe OIE sobre jóvenes y mercado laboral: El camino del aula a la empresa. https://oie.es/wp-content/uploads/2015/07/oie_estudio_2017.pdf
- Páez, M., & Montesinos, F. (2016). *Tratando con Terapia de Aceptación y Compromiso. Habilidades terapéuticas centrales para la aplicación eficaz*. Madrid: Pirámide.
- Paul, G.L. (1966). *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Stanford University Press.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162. <https://www.ijpsy.com/volumen10/num1/256.html>
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International journal of psychology and psychological therapy*, 12(3), 333-358. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4019738>
- Ruiz, F. J., 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. DOI: 10.7334/psicothema2011.239
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., & Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.09.006>
- Salaberría, K., & Echeburúa, E. (1995). La exposición como tratamiento psicológico en un caso de fobia social de tipo generalizado. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 305-326. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7073829>
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- Scholing, A., & Emmelkamp, P.M.G. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects

- of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681. DOI: 10.1016/0005-7967(93)90120-j
- Smout, M. F., Hayes, L., Atkins, P. W., Klausen, J., & Duguid, J. E. (2012). The empirically supported status of acceptance and commitment therapy: An update. *Clinical Psychologist*, 16(3), 97-109. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9552.2012.00051.x>
- Spencer, S. D., Buchanan, J. A., & Masuda, A. (2020). Effects of Brief Acceptance and Cognitive Reappraisal Interventions on Experiential Avoidance in Socially Anxious Individuals: A Preliminary Investigation. *Behavior modification*, 44(6), 841-864. DOI: 10.1177/0145445519854321
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9. DOI: 10.1016/0005-7916(95)00058-5
- Takac, M., Collet, J., Blom, K. J., Conduit, R., Rehm, I. & De Foe, A. (2019). Public speaking anxiety decreases within repeated virtual reality training sessions. *Plos One*, 14(5), 1-17. DOI:10.1371/journal.pone.0216288
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(95\)00058-5](https://doi.org/10.1016/0005-7916(95)00058-5)
- Van Ginkel, S., Gulikers, J., Biemans, H. & Mulder, M. (2015). Towards a set of design principles for developing oral presentation competence: A synthesis of research in higher education. *Educational Research Review*, 14, 62-80. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2015.02.002>
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T. & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance-and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive behaviour therapy*, 45(1), 5-31. DOI: 10.1080/16506073.2015.1098724
- Wallach, H. S., Safir, M. P., & Bar-Zvi, M. (2009). Virtual reality cognitive behavior therapy for public speaking anxiety: a randomized clinical trial. *Behavior modification*, 33(3), 314-338. DOI: 10.1177/0145445509331926
- Wechsler, F. T., Kümpers, F. & Mühlberger, A. (2019). Inferiority or Even Superiority of Virtual Reality Exposure Therapy in Phobias? *Frontiers in Psychology*, 10, 1-25. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01758
- Wörtwein, T., Morency, L. P. & Scherer, S. (2015). Automatic Assessment and Analysis of Public Speaking Anxiety: A Virtual Audience Case Study. *International Conference on Affective Computing and Intelligent Interaction: 21-24 de septiembre*. Xi'an, China: IEE Xplore. <https://www.semanticscholar.org/paper/Automatic-assessment-and-analysis-of-public-A-case-Wörtwein-Morency/2fefdd6a5cb7efc840d978e5f79ee32fae463c3f>
- Wilson, K. G. & Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press.
- Yuen, E. K., Goetter, E. M., Stasio, M. J., Ash, P., Mansour, B., McNally, E., & 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. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jcbs.2019.01.006>