

Intervención cognitivo conductual en los problemas de ansiedad de evaluación. Tratamiento de un caso.

I. Iruarrizaga*, M. E. Salvador Manzano**

* Departamento de Psicología Básica (Procesos Cognitivos).
Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid (España).

** Máster en Intervención en la Ansiedad y el Estrés.
Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid (España).

Correspondencia:

Itziar Iruarrizaga.
Departamento de Psicología Básica (Procesos Cognitivos).
Facultad de Psicología.
Universidad Complutense de Madrid
Campus de Somosaguas, s/n.
28223 Madrid (España).
Tel.: +34 91 394 31 11 - Fax: +34 91 394 31 89
E-mail: pscog25@sis.ucm.es

CASO CLÍNICO

[\[Resumen\]](#) [\[Abstract\]](#)

- ▶ [1. Introducción.](#)
- ▶ [2. Datos personales y familiares.](#)
- ▶ [3. Historia del problema.](#)
- ▶ [4. Evaluación.](#)
- ▶ [5. Principales conductas problema.](#)
- ▶ [6. Hipótesis explicativa.](#)
- ▶ [7. Diagnóstico.](#)
- ▶ [8. Objetivos terapéuticos.](#)
- ▶ [9. Plan de tratamiento.](#)
- ▶ [10. Resultados.](#)

1. Introducción

Todo ser humano, en algún momento de su vida se ve inmerso en una situación donde va a ser evaluado. En las situaciones de evaluación se someten a valoración las cualidades personales del individuo, pudiéndose cuestionar sus capacidades y conocimientos, lo que normalmente genera un considerable nivel de ansiedad.

La ansiedad de evaluación es un concepto amplio que engloba todas aquellas situaciones en las que una persona percibe de forma amenazante el hecho de que se evalúe su nivel de competencia, sobre todo si ésta anticipa las consecuencias negativas derivadas de un mal desempeño. La autoeficacia percibida, concepto clave para la teoría del aprendizaje social, se define como los juicios de cada individuo sobre sus propias capacidades, de cara a alcanzar un cierto nivel de ejecución. Por tanto, este concepto no hace referencia a los recursos de que dispone la persona realmente, sino a cómo los valora ([Fernández Abascal y Cano Vindel, 1995](#)).

Las actuaciones en público, los exámenes académicos o las entrevistas de selección de personal son importantes exponentes de las situaciones que suelen evitar las personas con ansiedad de evaluación.

La situación de hablar en público es comúnmente temida por las personas con fobia social, aunque este temor aparece también en otros trastornos. Diversos estudios realizados en población general ponen de manifiesto que un 25% de las personas adultas

dicen experimentar "mucho" temor a hablar ante un grupo ([Borkovec, y O'Brien, 1976](#)). Sin embargo, sólo un 2% de las personas con miedo a hablar en público experimentan a consecuencia del mismo la suficiente interferencia en su funcionamiento social, laboral o académico como para recibir un diagnóstico de fobia social ([American Psychiatric Association, 1994](#)).

No es siempre fácil diferenciar la fobia social de la ansiedad social y la timidez. Un aspecto que caracteriza a la fobia social es su curso más crónico frente a la timidez, que puede mejorar con el paso de la adolescencia a la vida adulta. Para realizar un diagnóstico diferencial, también hay que tener en cuenta el grado de interferencia del comportamiento evitativo en el rendimiento académico o laboral y/o en las interacciones sociales habituales. Las personas tímidas pueden encontrarse incómodas en las relaciones interpersonales, pero su funcionamiento social, académico o laboral no estar gravemente afectado ([Echeburúa, 1993](#)).

La prevalencia del problema de la ansiedad a hablar en público entre los estudiantes universitarios es de, al menos, un 20-30% ([Bados, 1992](#); [Gil, 1981](#) ; [Granell y Feldman, 1987](#); [Lane, y Borkovec, 1984](#); [Lang, Levin, Miller, y Lozak, 1983](#)), siendo una población especialmente afectada, dado que sus actividades académicas habituales, tales como la participación en clases, exposición de trabajos o intervención en congresos, frecuentemente requieren enfrentarse ante una audiencia.

Otra de las situaciones calificadas como ansiógenas por las personas con ansiedad de evaluación es la realización de exámenes. Se estima que aproximadamente el 15-25% de los estudiantes presentan elevados niveles de ansiedad ante los exámenes ([Escalona, y Miguel-Tobal, 1992](#)).

La activación producida en una situación de evaluación, en principio es positiva, porque facilita y motiva el logro de una adecuada actuación. Sin embargo, si esta ansiedad llega a ser excesiva en frecuencia o intensidad se puede convertir en un serio obstáculo.

En [1908](#), [Yerkes y Dodson](#) establecieron que existe una relación de U invertida entre el grado de activación de una persona y su nivel de ejecución ante una determinada tarea, alcanzándose el nivel óptimo de rendimiento con un grado medio de activación, y disminuyendo el nivel de desempeño, a medida que el grado de activación de la persona se aleja de ese nivel óptimo.

Posteriormente, y continuando con las investigaciones en este tema, se llegó a la conclusión de que existe una relación negativa entre ansiedad y rendimiento ante tareas difíciles, y una facilitación de la ejecución en los sujetos con alta ansiedad cuando la tarea es sencilla ([Spence, Farber, y McFann, 1956](#)).

De un modo u otro, las personas que experimentan ansiedad cuando van a ser evaluadas presentan un handicap de cara al desarrollo normal de su vida personal y profesional. Esto hace que cada vez más, se busque ayuda psicológica para poner fin a este problema.

La ansiedad de evaluación ha representado una línea de investigación bastante prolífica que ha propiciado un gran abanico de posibilidades de intervención psicológica. El conjunto de técnicas utilizadas en el tratamiento de la ansiedad ante los exámenes es muy amplio, incluyendo técnicas de relajación, desensibilización sistemática, y más recientemente, técnicas cognitivas como el entrenamiento en autoinstrucciones o en solución de problemas.

En un estudio realizado por Escalona y Miguel-Tobal (1996) se comparan dos programas de intervención de carácter grupal, para el tratamiento de la ansiedad ante los exámenes. El primero, incluye una sesión informativa, seguida de la aplicación de las siguientes técnicas: relajación muscular, entrenamiento en autoinstrucciones y desensibilización sistemática. El segundo, se compone de las mismas fases que el primero, pero en lugar de la desensibilización sistemática, se realiza un entrenamiento en solución de problemas. Los resultados muestran que aunque ambos programas son eficaces tanto en la reducción del nivel de ansiedad, como en la mejora del rendimiento, el segundo programa potencia más que el primero este segundo aspecto.

Respecto a las técnicas de intervención escogidas para tratar la ansiedad a la hora de hablar en público, algunas de las más utilizadas han sido: relajación muscular, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, Bio-feedback, entrenamiento en hablar en público, modelado, exposición imaginada y práctica en vivo (Bados, 1990; Gil, 1983; Granell, y Feldman, 1987; Hayes, y Marshall, 1984).

Hasta los años 60, la investigación sobre el tema de las emociones suponía la existencia de un único proceso de activación, en el que el organismo respondía emocionalmente de forma coordinada, manteniéndose una concepción unidimensional de la emoción. Sin embargo, en diversas investigaciones aparecían resultados contradictorios a este supuesto, encontrándose repetidamente una escasa correlación entre los cambios fisiológicos, subjetivos y comportamentales (Miguel-Tobal, 1996).

Lang en 1968 propuso que las emociones, y como tal, la ansiedad, se manifiestan mediante un conjunto de respuestas que él ordena en tres clases: cognitivas, fisiológicas y conductuales, dando lugar a la Teoría Tridimensional de la Ansiedad. Así, cada persona presentará su propio perfil de respuesta de ansiedad, que deberá tenerse en cuenta de cara a elegir las técnicas de tratamiento en cada caso. Cuando predominen los componentes cognitivos, se seleccionarán unas técnicas específicas y diferentes de las que se escogerán cuando el predominio sea fisiológico o motor.

En esta línea, Lang, Melaned y Hart (1970) hallaron que los sujetos con mayor reactividad fisiológica mejoraban más con la técnica de desensibilización sistemática. Öst, Jerremalm y Johansson (1981) trabajando con sujetos fóbicos sociales, encontraron que los que mostraban mayor reactividad fisiológica resultaban más beneficiados por la relajación que por el entrenamiento en habilidades sociales, mientras que en los sujetos que mostraban más respuestas motoras de ansiedad, la eficacia de los tratamientos se invertía.

Actualmente se ha llegado a intervenciones que aglutinan diversas técnicas en programas combinados de carácter cognitivo-conductual, de manera que se intente actuar de forma más completa y eficaz sobre los diferentes componentes de la respuesta de ansiedad.

2. Datos personales y familiares

El diagnóstico y tratamiento de este caso clínico se ha llevado a cabo en el marco del Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

La paciente es una mujer de 18 años que estudia primero de licenciatura. Vive con sus padres y sus dos hermanas, de 10 y 17 años respectivamente. Su padre, de 43 años es funcionario del Estado. La madre, de 45 años, actualmente trabaja como agente de

seguros.

La paciente ha tenido, durante su trayectoria escolar, un buen rendimiento académico. No ha presentado problemas en el área de las relaciones sociales, durante su infancia y adolescencia, aunque ella se considera una persona tímida. Sus hobbies son hacer deporte, y salir los fines de semana con sus amigas.

La relación con sus padres y hermanas es buena. La paciente tiene en común con su padre un elevado nivel de autoexigencia, tendencia al perfeccionismo, alto sentido de la responsabilidad y elevadas expectativas de éxito. La figura paterna parece tener gran influencia en la vida de la paciente. Además de las características mencionadas anteriormente, La paciente comparte con su padre la necesidad de estar implicada en múltiples actividades, entre ellas el deporte. Este es un dato importante, ya que para su padre es de crucial importancia mantener una buena figura corporal y una condición física adecuada. Con su madre, parece compartir su carácter introvertido y una alta necesidad de aprobación.

El motivo que trae a consulta a la paciente es su elevada ansiedad ante las situaciones en que exista la posibilidad de tener que hablar en público. Acude por decisión propia a consulta y tiene bastante motivación de cara al tratamiento.

3. Historia del problema

El problema de ansiedad ante las situaciones de evaluación que presenta actualmente la paciente parece haber tenido un punto de inflexión cuando cursaba 3º de BUP. Antes, refiere haber sido siempre algo tímida, pero las situaciones en que tenía que hablar en público no eran especialmente temidas por ella.

Durante aquél curso, un día tuvo que leer en voz alta en clase unos ejercicios que había mandado la profesora como tarea para casa del día anterior. Mientras leía se empezó a angustiar y paró de leer para decirle a la profesora que no podía continuar. Ésta le dijo que se sentara y continuara otro. Inmediatamente, la paciente sintió un gran alivio, aunque acompañado de sentimientos de desvaloración y vergüenza. Este episodio se repitió posteriormente en varias ocasiones y su ansiedad ante este tipo de situaciones ha ido aumentando progresivamente.

La paciente refiere, por ejemplo, sentir mucha angustia cuando tiene que hablar en clase o pregunta algo al profesor. Cuando surge alguna situación similar a las anteriores, intenta tranquilizarse "cogiendo aire".

Respecto a su respuesta de ansiedad, hay algo que le preocupa especialmente, y es la posibilidad de quedarse sin voz cuando esté hablando en público, dado que "siempre" está afónica, al igual que le ocurre a su padre.

El repertorio de conductas evitativas mostradas por la paciente es bastante amplio. Algunos ejemplos son: sentarse en clase en lugares donde es menos probable que el profesor le pregunte, quedarse con dudas por no atreverse a preguntar en voz alta al profesor, no ofrecerse voluntaria para exponer algún trabajo en clase, perdiendo así la oportunidad de ganar puntos de cara a la nota final, faltar deliberadamente a las clases de una determinada profesora, por el hecho de que ésta suele obligar a los alumnos a salir a la pizarra a corregir los ejercicios, e incluso sentirse incapaz de entrar en el aula una vez llegado a la puerta de la misma.

El problema parece circunscribirse a la situación de tener que hablar ante un grupo de personas, en clase o en algún medio similar, no siendo especialmente problemático hablar con el profesor a solas, o ante varios de sus amigos o conocidos en cualquier situación social.

4. Evaluación

Con el propósito de obtener una información lo más detallada posible, acerca de las características de su respuesta de ansiedad, las situaciones que la provocan y los factores implicados en su aparición y mantenimiento, de cara a la elaboración del análisis funcional, se utilizaron los siguientes instrumentos y técnicas de evaluación:

1. Cuestionario autobiográfico (Material facilitado en el Mater de Intervención en la Ansiedad y el Estrés).
2. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA (Miguel Tobal, y Cano Vindel, 1986, 1988, 1994).
3. Entrevista.
4. Autorregistros.
5. Autoinforme sobre la Seguridad de Hablar en Público -PRCS (Paul, 1966).

Tras integrar los datos de la evaluación, se llegó a la conclusión de que la paciente presenta una marcada ansiedad de evaluación, destacando entre las situaciones más ansiógenas para ella, las situaciones de examen y de hablar en público. Junto a esto, también experimenta bastante ansiedad de carácter interpersonal, especialmente ante personas del sexo opuesto.

Para evaluar objetivamente el nivel de ansiedad de la paciente se utilizó el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA, ya que es un instrumento que posibilita, mediante el análisis de respuestas específicas dadas ante situaciones concretas (situaciones de evaluación, interpersonales, con estímulos de carácter fóbico o de la vida cotidiana), establecer las áreas más problemáticas para el sujeto y su perfil de reactividad en el triple sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor).

Las puntuaciones obtenidas en el ISRA confirman lo dicho anteriormente, obteniendo en el factor de Ansiedad de Evaluación un centil 99, en el de Ansiedad Interpersonal un centil 90, en Ansiedad Fóbica un centil 80 y en Ansiedad ante Situaciones Cotidianas un centil 90. En cuanto al triple sistema de respuestas de ansiedad de la paciente, destaca su reactividad a nivel fisiológico con una puntuación centil de 95. En el sistema cognitivo y motor, la puntuación centil obtenida fue de 85 ([ver tabla 1](#)).

Tabla 1 - Medidas obtenidas en la evaluación pretratamiento		
	Puntuación directa	Puntuación centil
<i>Sistemas de respuesta</i>		
	Bien Clasificados	Falsos positivos
Cognitivo	110	90
Fisiológico	91	95
Motor	72	85

Ansiedad Total	273	95
Rasgos Específicos		
Ans. Evaluación		
Ans.	152	99
Interpersonal	36	90
Ans. Fóbica	57	80
Ans. Vida Cotidiana	32	90

En el Autoinforme sobre la Seguridad de Hablar en Público -PRCS, cuestionario compuesto por 30 ítems de respuesta verdadero/falso, la paciente refirió que en 28 de los 30 ítems de dicho cuestionario manifestaba ansiedad a hablar en público, y en sólo dos, su respuesta se consideraba adaptativa ([ver tabla 3](#)).

Para que la paciente fuera más consciente de su propia respuesta de ansiedad, y al mismo tiempo pudiéramos obtener información más precisa sobre las situaciones que provocan dicha respuesta, desde la sexta sesión se le encomendó la realización de autorregistros. En éstos se debía reflejar el momento y la situación en que aparece la respuesta de ansiedad, la intensidad de la misma, los pensamientos negativos antecedentes y la conducta posterior.

Tras el entrenamiento en reestructuración cognitiva, se incluyó otra columna en el autorregistro, donde además debía anotar pensamientos alternativos, más adaptativos para la situación provocadora de ansiedad.

El formato de los autorregistros fue el siguiente:

Día / Hora	Situación	Pensamiento negativo	Ansiedad de 0 a 100	Pensamiento alternativo	Conducta posterior
------------	-----------	----------------------	---------------------	-------------------------	--------------------

5. Principales conductas problema

Ante cualquier situación de evaluación, la paciente expresa su ansiedad a nivel cognitivo anticipando evaluaciones negativas por parte de los demás, sobre su actuación e infravalorando así sus propios recursos de cara a un buen desempeño. Ejemplos de este tipo de pensamientos son: "tengo miedo de hacer el ridículo", "no pregunto en clase por si mi pregunta es un poco absurda", "no voy a saber hacer el ejercicio si me sacan a la pizarra", "voy a hacerlo mal".

Sin embargo, los pensamientos de autodescalificación no cesan cuando finaliza la situación de evaluación, sino que continúan en forma de rumiaciones tales como: "he sido muy cobarde por no atreverme a ir a la clase", o pensamientos acerca de los errores cometidos en su actuación anterior, con la consiguiente disminución de autoestima.

A su vez, toma gran importancia la ansiedad manifestada por la paciente ante su propia respuesta de ansiedad, lo cual hace que se forme un círculo vicioso, donde la respuesta ansiosa se realimenta a sí misma. Así, la paciente empieza a pensar: "me va a fallar la voz", "se me nota en la cara que me estoy poniendo nerviosa", "me voy a quedar afónica"...

A nivel fisiológico, la activación de la paciente ante situaciones que le generan ansiedad,

es expresada a través de las siguientes respuestas: sequedad de boca y dificultad para tragar, dolor de cabeza, palpitaciones, tensión muscular, dificultad para respirar y temblor en manos y piernas.

Las conductas de evitación manifestadas por la paciente ante la situación de hablar en público, son un elemento fundamental a tener en cuenta, tanto en el mantenimiento del problema como de cara a la intervención. Otras respuestas de ansiedad destacables, a nivel comportamental, son los movimientos repetitivos de las piernas experimentados por la paciente y una conducta de ingesta superior a lo habitual.

Cabe destacar, también como conducta problema, la dificultad que presenta para planificar adecuadamente su poco tiempo disponible, de cara a preparar la materia de estudio, lo cual ayuda a incrementar su nivel de ansiedad ante los exámenes. El hecho de disponer de poco tiempo para estudiar se debe a que la paciente realiza múltiples actividades extra-académicas. Esto podría hacernos pensar en un mecanismo de evitación utilizado para no enfrentarse a la tarea del estudio, lo que provoca que se acumule a última hora, todo el material a estudiar.

En el terreno interpersonal, sobre todo referido a las relaciones heterosociales, la paciente parece presentar ciertos déficit, lo cual también será tenido en cuenta de cara al tratamiento.

6. Hipótesis explicativa

El problema de exceso de respuestas cognitivas en torno al temor de ser evaluada, podría explicarse, al menos en parte, por la continua exposición al modelo Aperfeccionista que representa su padre. Esto, podría haber facilitado, gracias a un proceso de aprendizaje vicario, que la paciente haya adoptado un estilo de pensamiento donde la autoevaluación esté excesivamente presente y el nivel de autoexigencia sea demasiado elevado.

Las situaciones estímulares relacionadas con la probabilidad de ser evaluada, funcionan como estímulos discriminativos, incrementando la posibilidad de que se desencadene una valoración negativa de los propios recursos para hacer frente a las demandas del medio, lo que provoca que la interpretación de la situación sea amenazante. Como consecuencia, la actividad fisiológica de la paciente se incrementa, siendo esto interpretado a su vez como una amenaza.

Los pensamientos negativos, junto con la sobreactivación, desempeñan un papel de estimulación aversiva, que desaparece mediante comportamientos de evitación, produciéndose así, un proceso de reforzamiento negativo de dicha conducta.

Tras la conducta de evitación, además del alivio de los síntomas de ansiedad, aparece un sentimiento de fracaso personal y consecuentemente una disminución de la autoestima de la paciente. Este último eslabón puede estar contribuyendo a su vez a fomentar las valoraciones negativas de la paciente sobre su propia capacidad para afrontar satisfactoriamente las situaciones de evaluación.

7. Diagnóstico

La paciente presenta un problema de ansiedad de evaluación, que se hace especialmente evidente a la hora de hablar en público.

Aunque podría pensarse que se trata de un trastorno de Fobia social, por las características del caso, no se cumple uno de los criterios del DSM IV para diagnosticar este trastorno. Así, los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en las situaciones temidas, no interfieren, por el momento, acusadamente con la rutina normal de la paciente.

De no recibir tratamiento, posiblemente, en un futuro la paciente hubiera podido llegar a desarrollar un cuadro de Fobia social, debido a que en su futura profesión, la ansiedad de evaluación podría coartar a la paciente salidas profesionales que exigieran intervenciones en público. La evitación de las situaciones donde existe la posibilidad de hablar en público, conducta que es reforzada inmediatamente, podría llegar a generalizarse cada vez a más situaciones, lo cual podría terminar constituyendo un problema para la paciente en el terreno laboral.

Junto al problema de ansiedad de evaluación, la paciente presenta también ansiedad de carácter interpersonal, expresada a través de ciertos déficit en habilidades sociales, especialmente en el terreno de las relaciones heterosociales.

8. Objetivos terapéuticos

1. Conseguir que la paciente realice una valoración menos amenazante de las situaciones de evaluación.
2. Lograr una adecuada valoración de sus recursos personales a la hora de afrontar dichas situaciones.
3. Entrenar a la paciente en el manejo de técnicas de relajación para que logre el control de su respuesta de ansiedad a nivel fisiológico.
4. Reducir y eliminar la frecuencia de las conductas de evitación a las situaciones en las que la paciente tiene la posibilidad de hablar en público.
5. Fomentar que planifique adecuadamente el tiempo de que dispone, de manera que pueda instaurar hábitos de estudio.
6. Entrenar a la paciente en el manejo de habilidades sociales.

9. Plan de tratamiento

De acuerdo con la hipótesis explicativa y los objetivos terapéuticos planteados, se inició un programa terapéutico integrado por los siguientes procedimientos: reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, entrenamiento en respiración abdominal, desensibilización sistemática, exposición gradual, entrenamiento en planificación del estudio y entrenamiento en habilidades sociales. El tratamiento se desarrolló a lo largo de 19 sesiones semanales de una hora de duración.

Puesto que la paciente presentaba pensamientos distorsionados a la hora de evaluar las demandas de la situación y los propios recursos, la técnica utilizada en primer lugar fue la *reestructuración cognitiva*, con el doble objetivo de:

Conceptualizar la respuesta de ansiedad, en sus tres sistemas de respuesta, destacando, de acuerdo con el modelo de Ellis, las variables cognitivas como mediadoras entre la situación y nuestras emociones.

Enseñar a la paciente a identificar y cuestionar la validez de sus creencias irracionales, mediante el método socrático. Para ello, ante cada uno de sus pensamientos desadaptativos, la paciente debía aprender a formularse las siguientes preguntas: ¿qué

evidencia hay a favor y en contra de este pensamiento?, ¿pensar así me ayuda a lograr mis objetivos?, y si lo que pienso fuera cierto, ¿qué es lo peor que podría ocurrir?

Una vez que la paciente lograba hacer una interpretación más correcta de la realidad, pasábamos a realizar un entrenamiento para romper esas cadenas de pensamientos negativos, y a sustituirlos por otros más objetivos y orientados al afrontamiento de la situación, mediante la técnica de *autoinstrucciones*.

Aunque esta técnica se aplicó de forma intensiva durante las tres primeras sesiones, estuvo presente a lo largo de todo el tratamiento, cada vez que revisábamos los autorregistros realizados entre sesiones.

Con el objetivo de enseñar a la paciente a disminuir su activación fisiológica en las situaciones ansiógenas, realizamos un entrenamiento en *respiración abdominal* en la tercera sesión de tratamiento y, a partir de éste momento, se convirtió en una tarea diaria a realizar en casa.

Para lograr que la paciente asociara la situación de hablar en público y todo lo que le rodea, a una sensación de relajación, utilizamos la técnica de *desensibilización sistemática*. En primer lugar, comenzamos con un entrenamiento en *relajación muscular progresiva*. Este se llevó a cabo en cinco sesiones, desde la cuarta hasta la octava sesión de tratamiento.

El entrenamiento en relajación duraba la mitad de la sesión, aproximadamente, por lo que el resto de la misma lo usábamos para confeccionar la jerarquía de ítems que posteriormente utilizaríamos para realizar la desensibilización sistemática. La paciente confeccionó un total de 25 ítems, de los que, tras varias valoraciones, se escogieron 15 para la jerarquía final. Antes de comenzar la desensibilización sistemática, hicimos un pequeño *entrenamiento en imaginación*, para aumentar la capacidad de visualización de la paciente.

Tras la presentación del primer ítem, la paciente comunicó que el tiempo que le ofrecía para imaginar la situación era escaso (5 seg. en la primera presentación y 7 seg. en la segunda), por lo que a partir de la siguiente sesión dimos un tiempo de 15 seg. y 20 seg. respectivamente, prolongando también los tiempos de relajación correspondientes. El proceso de aplicación de esta técnica incluyó doce sesiones, finalizando en la 17ª sesión.

Teniendo en cuenta la utilidad de la *planificación del tiempo de estudio* para eliminar los inconvenientes asociados a la preparación apresurada de los exámenes, consideramos oportuno realizar un entrenamiento en este área. Ello se realizó en la 11ª sesión. El motivo de elegir este momento fue la cercanía de los exámenes de Junio, hecho que comenzaba a generar cierta ansiedad en la paciente. El objetivo perseguido con este entrenamiento fué establecer hábitos de funcionamiento estables, por lo que se sugirió a la paciente que planificara tanto la semana de estudio, un plazo medio de tiempo, como cada sesión individual de estudio.

Dado que teníamos la oportunidad de integrar a la paciente en un grupo de *entrenamiento en habilidades sociales* que existía dentro de su facultad, optamos por la terapia grupal, dadas las ventajas que tiene sobre la intervención individual en este área. Asistiendo a este grupo, quedaban cubiertas las necesidades de intervención de la paciente en cuanto a asertividad, estrategias de relación interpersonal, y habilidades para hablar en público.

El siguiente paso fué trabajar el componente evitativo de la conducta de la paciente

mediante *exposición gradual*. Fueron programadas cuatro exposiciones graduadas en nivel de dificultad, según se iban manipulando diferentes variables: número de personas presentes en el auditorio, sexo de los mismos y presencia de la figura del profesor entre los espectadores. En la primera exposición, la paciente debía hablar durante aproximadamente 15 minutos, sobre un tema elegido por ella misma (al igual que en las demás exposiciones) y como única espectadora estaba la terapeuta, que también estuvo presente en el resto de las exposiciones. En la segunda exposición, variaba el número de espectadores, que en esta ocasión éramos cuatro, todas mujeres y desconocidas para la paciente. En la tercera exposición, además del número de espectadores se manipuló la variable sexo de los mismos, contando así con una audiencia formada por dos hombres y cinco mujeres. En la cuarta exposición, estuvieron presentes, además de la terapeuta, tres profesoras de la paciente en sus estudios de licenciatura y dos alumnos de doctorado, entre los que se encontraba un varón.

Tras cada una de las exposiciones y después de hacer a la paciente alguna pregunta sobre el tema expuesto, se le daba *feedback* sobre su actuación, ofreciendo reforzamiento positivo y si la ocasión lo requería, sugerencias de mejora

Esta técnica se llevó a cabo en cinco sesiones, de la 15ª a la 19ª, realizándose durante las cuatro primeras, las exposiciones mencionadas anteriormente. La última sesión consistió en la asistencia de la paciente a una conferencia, acompañada de su terapeuta, con el objetivo de que al finalizar la misma, realizara una pregunta al ponente. Con ello se persiguió generalizar los logros conseguidos en el aula donde se realizaron las exposiciones, a otras condiciones ambientales, procurando incrementar la validez ecológica de los resultados.

Al margen de la aplicación sistemática de esta técnica, la paciente ha ido exponiéndose espontáneamente a situaciones en las que tenía que hablar en público, saliendo, por ejemplo voluntaria a hacer role-playing en el grupo de Habilidades sociales al que acude. Además, se ha apuntado a clase de teatro, antes de finalizar la terapia, lo que constituye un magnífico índice del logro de los resultados obtenidos.

10. Resultados

Tras finalizar la intervención, se realizó una evaluación postratamiento para observar la eficacia del tratamiento. Las medidas pre y postratamiento obtenidas en el ISRA pueden observarse en la [tabla 2](#) y en los gráficos [1](#) y [2](#), y las obtenidas en el PRCS en la [tabla 3](#).

Tabla 2 - Medidas obtenidas en la evaluación post-tratamiento.		
	Puntuación directa	Puntuación centil
<i>Sistemas de respuesta</i>		
Cognitivo	99	85
Fisiológico	76,5	90
Motor	74	85
Ansiedad Total	249,5	90
<i>Rasgos Específicos</i>		

Ans. Evaluación		
Ans.	120	90
Ans. Interpersonal	23	75
Ans. Fóbica	36	60
Ans. Vida Cotidiana	47	95

Gráfico 1. Comparación de la evaluación pre y pos-tratamiento en los Sistemas de Respuesta del I.S.R.A.

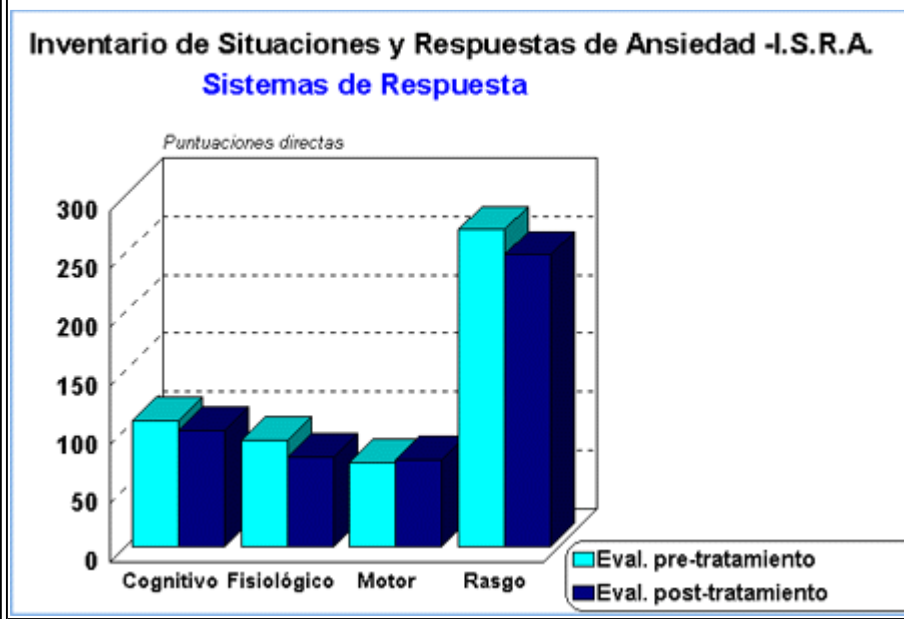
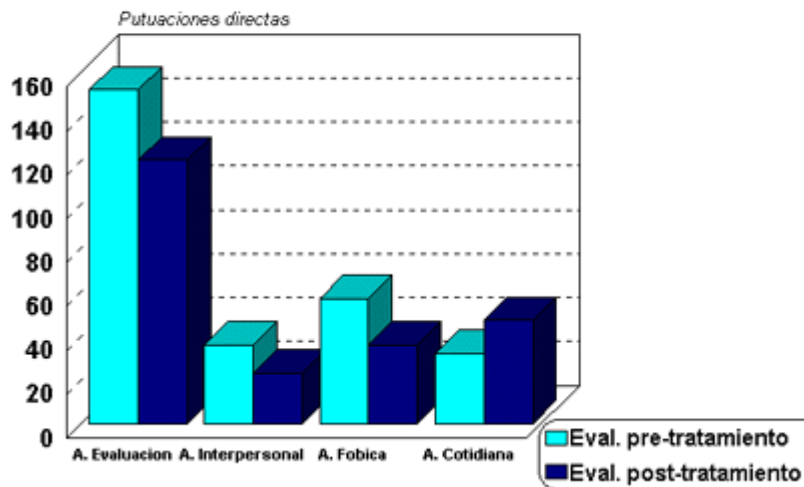


Gráfico 2. Comparación de la evaluación pre y pos-tratamiento en los Rasgos Específicos del I.S.R.A.

**Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -I.S.R.A.
Rasgos Especificos**



**Autoinforme sobre la Seguridad de Hablar en Público -P.R.C.S.
Tabla 3. Medidas pre y post-tratamiento del P.R.C.S.**

	PRE	POST
1. Me alegra encontrar una oportunidad para hablar en público	F	V
2. Me tiemblan las manos cuando trato de coger algo estando en la tarima	V	F
3. Tengo un miedo constante de olvidarme lo que voy a hablar	V	F
4. La gente que me escucha me parece amable cuando me dirijo hacia ella	F	V
5. Mientras preparo la charla me encuentro en un constante estado de ansiedad	V	V
6. Al final de la charla siento que he tenido una experiencia agradable	F	V
7. Me desagrada utilizar el cuerpo y la voz de forma expresiva	F	F
8. Cuando hablo delante de gente, los pensamientos se me confunden y mezclan	V	F
9. No tengo miedo de enfrentarme a gente que me escucha	F	V
10. Aunque estoy nervioso justamente antes de ponerme de pie, pronto olvido mis temores y me agrada la experiencia	F	V

11. Afronto con completa confianza la situación de dar una charla	F	V
12. Siento que me controlo totalmente mientras hablo	F	V
13. Prefiero tener anotaciones a mano por si olvido mi charla	V	V
14. Me alegra observar las reacciones de la gente a mi charla	F	V
15. Aunque hablo con fluidez con mis amigos, no encuentro palabras para expresarme en la tarima	V	F
16. Me siento relajado y a gusto mientras estoy hablando	F	F
17. Aunque no me gusta hablar en público, no le tengo particular temor	F	V
18. Siempre que sea posible evito hablar en público	V	F
19. Al mirar a la gente cuando estoy hablando, sus caras se desfiguran	F	F
20. Me siento disgustado conmigo mismo después de dirigirme a un grupo	V	F
21. Me agrada preparar una charla	F	F
22. Tengo la cabeza despejada cuando estoy delante de gente dando una charla	F	F
23. Tengo, más bien, fluidez verbal	F	V
24. Sudor y tiemblo antes de levantarme para hablar	V	F
25. Mi postura parece forzada y poco natural	V	F
26. Tengo miedo y estoy tenso todo el tiempo que estoy hablando en público	V	F
27. La posibilidad de hablar en público me parece relativamente agradable	F	V
28. Me resulta difícil buscar con calma en mi cabeza las palabras adecuadas para expresar mis pensamientos	V	F
29. Me siento aterrorizado ante la idea de hablar ante un grupo de personas	V	F
30. Tengo la sensación de estar alerta al hablar en público	F	V

Si observamos y comparamos las respuestas dadas por la paciente antes y después del tratamiento, al PRCS, test que evalúa de forma específica la ansiedad a hablar en

público, podemos advertir cómo la valoración que la paciente hace de esta situación es mucho menos amenazante tras finalizar la terapia. En la primera aplicación del test consideró ansiógenos 28 de los 30 ítems que lo componen, y al finalizar la intervención tan sólo 6 ([ver tabla 3](#)).

En cuanto a los resultados obtenidos en el ISRA, hay que destacar que se ha producido un descenso en los sistemas de respuesta cognitivo y fisiológico, así como en el nivel general de ansiedad. En relación a las áreas situacionales, cabe señalar que también se han producido descensos considerables en los niveles de ansiedad experimentados ante situaciones de evaluación, situaciones de carácter interpersonal y situaciones en las que aparecen estímulos fóbicos.

A pesar de que las puntuaciones centiles en ansiedad a nivel cognitivo y motor no han variado desde la evaluación pre hasta la evaluación post-tratamiento, un análisis detallado de los ítems que componen la evaluación de las respuestas cognitivas y motoras ante la situación de hablar en público o ante situaciones interpersonales, vemos que la puntuación en ansiedad ha descendido bastante de la primera a la segunda aplicación.

Por último, no podemos obviar el incremento sufrido en ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana, desde la primera a la segunda aplicación del ISRA. Este resultado, puede ser explicado por dos motivos fundamentales, por un lado, la paciente ha dejado de evitar las situaciones generadoras de ansiedad, por lo que es esperable que su ansiedad se vea incrementada en las primeras fases de afrontamiento, y por otro, en el momento de realizar la evaluación postratamiento la paciente se encontraba en el periodo de exámenes finales, máxima situación de evaluación para un estudiante, por lo que se ha podido incrementar su respuesta de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana.

A nivel clínico, la mejoría es muy significativa. Los progresos que ha ido obteniendo la paciente han sido decisivos en su autoeficacia percibida, de cara al afrontamiento de situaciones de evaluación. Su grado de satisfacción, tras finalizar el tratamiento, es elevado, tal y como ella misma manifiesta a la terapeuta.

La técnica de intervención que la paciente ha encontrado de mayor utilidad en todo el proceso ha sido la exposición gradual. Es importante destacar la repercusión que esta técnica ha tenido a nivel cognitivo, facilitando el poder modificar ciertos pensamientos distorsionados que favorecían las conductas de evitación de la paciente ante situaciones de evaluación. Así, ha sido un complemento ideal para la técnica de Reestructuración cognitiva, que también formaba parte del tratamiento.

La combinación de terapia individual y grupal para abordar el tema de la ansiedad interpersonal, ha dado también un resultado favorable, dotando a la paciente de las habilidades sociales necesarias para afrontar este tipo de situaciones, sin experimentar un elevado grado de ansiedad. E incluso, actualmente, la paciente comienza a dar sus primeras respuestas de interacción con personas del sexo opuesto, es decir, "comienza a ligar", algo de lo que hasta el momento se había sentido incapaz.

Al margen del ambiente terapéutico, la paciente ha ido exponiéndose espontáneamente a la situación de hablar en público, lo que resulta es un hecho importante de cara a la generalización de los resultados.

En la actualidad, nos encontramos en la fase de seguimiento, de cara a garantizar el mantenimiento y generalización de los resultados de la intervención.

Referencias

- American Psychological Association (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (40 de.). Washington : APA.
- Bados, A. (1990). Afrontamiento y prevención del estrés: Intervención sobre las dificultades para hablar en público. En J.M. Buceta, y A.M. Bueno (Eds.), *Modificación de Conducta y Salud* . (pp. 63-84). Eudema Universidad Manuales.
- Bados, A. (1992). Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público. Barcelona: Publicaciones de la Universidad de Barcelona. (Tesis doctoral microfichada original de 1996)
- Borkobec, T. D., y O'Brien, G. T. (1976). Methodological and target issues in analogue therapy outcome research. En M. Hersen, E. Eisler, y P. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. (vol.3). New York: Academic Press.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Escalona, A., y Miguel-Tobal, J. J. (1992). Ansiedad y rendimiento. En J. J. Miguel-Tobal (Ed.), *Psicología de la Ansiedad*. Madrid: Facultad de Psicología UCM : Mimeo.
- Escalona, A., y Miguel-Tobal, J. J. (1996). Ansiedad ante los exámenes: evolución histórica y aportaciones prácticas para su tratamiento. *Ansiedad y Estrés*, 2(2-3),195-209.
- Fernández-Abascal, E. G., y Cano Vindel, A. (1995). Actividad cognitiva. En E. G. Fernández Abascal (Coord.), *Manual de Motivación y Emoción*. (pp.112-160). Madrid: Editorial Centro de estudios Ramón Areces.
- Gil, F. (1981). *Eficacia de distintos métodos en el entrenamiento de la habilidad social de hablar en público*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- Gil, F. (1983). Dificultad en las relaciones interpersonales. Eficacia de distintos procedimientos aplicados a la dificultad experimentada al hablar en público. Revisión de estudios. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1,199-215.
- Granell, E., y Feldman, L. (1987). Temor a hablar en público: Un programa para su autocontrol. *Boletín de la AVEPSO*, X(3),3-11.
- Hayes, B.J., y Marshall, W.L. (1984). Generalization and treatment effects in training public speakers. *Behavior Research and therapy*, 22,519-533.
- Lane, T. W., y Borkovec, T. D. (1984). The influence of therapeutic expectancy / demand on self efficacy ratings. *Cognitive Therapy and Research*, 8,95-106.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J. M. Shleien (Ed.), *Research in psychotherapy*. (vol III). Washington: American Psychological Association.
- Lang, P. J., Levin, D. N., Miller, G. A., y Lozak, M. J. (1983). Fear behavior, fear imagery and the psychotherapy of emotion: the problem of affective response integration. *Journal of Abnormal Psychology*, 92,276-306.

- Lang, P. J., Melamed, B. G., y Hart, J. (1970). A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure. *Journal of Abnormal Psychology*, 76,220-234.
- Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Aguilar.
- Öst, L.G., Jerremalm, A., y Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 19,1-16.
- Spence, K.W., Farber, I. E., y McFann, M. H.(1956). The relation of anxiety in (drive) level to performance in competitive and non-competitive paired associates learning. *Journal of Experimental Psychology*, 25,226-233.
- Yerkes, R. M., y Dodson, J. D. (1908). The relation of strength to stimulus to rapidity of habit formation. *Journal of Comparative Neurology*, 18,459-482.

Referencia a este artículo según el estilo de la APA:

Iruarrizaga, I., Salvador Manzano, M. E. (1999). Intervención cognitivo conductual en los problemas de ansiedad de evaluación. Tratamiento de un caso. *Psicología.COM* [Online], 3 (1), 82 párrafos. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art_7.htm [1 Febrero 1999]

NOTA: la fecha indicada entre corchetes será la del día que se haya visualizado este artículo.



info@psiquiatria.com



[Sumario](#)



[Principio de página](#)



[Página principal](#)

© **INTERSALUD, 1999**. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito del titular del copyright.