

# Trabajo Fin de Grado

**Propuesta de un programa de intervención grupal para el miedo a hablar en público en estudiantes universitarios basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso**

**Proposal for a group intervention program for public Speaking fear in college students based on Acceptance and Commitment Therapy**

Autor

Carcavilla Palma, Daniel

Director

González Robles, Vicente Alberto

Grado en Psicología

Curso 2023

## Índice

Introducción.....	4
Objetivos .....	7
Beneficiarios.....	7
Material y método.....	7
Participantes .....	7
Instrumentos .....	8
Procedimientos .....	8
Intervención.....	8
Recursos .....	15
Resultados esperados .....	16
Conclusiones .....	17
Referencias .....	18

## **Resumen**

El trabajo que se presenta es un programa de intervención propuesto para ser impartido a jóvenes universitarios que padecen miedo a hablar en público. El programa tiene un formato breve, de 8 sesiones semanales y se imparte en formato grupal. La intervención psicológica tiene sus bases en la Terapia de Aceptación y Compromiso, y al final de la sesión se espera que se hayan producido cambios en puntuaciones relacionadas con flexibilidad cognitiva, confianza para hablar en público y fusión cognitiva. La ansiedad a hablar en público se caracteriza por la evitación de situaciones que implican hablar frente a una audiencia, algo que los universitarios deben hacer con frecuencia. El programa se impartirá a seis participantes con mayoría de edad que serán elegidos voluntariamente y las sesiones se desarrollarán en un aula proporcionada por la Universidad de Zaragoza. La intervención está formada por sesiones con ejercicios y metáforas características de este modelo, además de dos sesiones diferentes con actividades relacionadas con oratoria y mindfulness. Los resultados que se esperan de la terapia apuntan hacia una mejora en la calidad de vida del paciente y en la adherencia al tratamiento, además de haber sido una terapia eficaz en trastornos de ansiedad social.

**Palabras clave:** Terapia de aceptación y compromiso, intervención, universitarios, miedo a hablar en público.

## **Abstract**

The work presented is an intervention program proposed to be imparted to university students who suffer from fear of public Speaking. The program has a short format, with 8 weekly sessions and is taught in a group format. The psychological intervention is based on Acceptance and Commitment Therapy, and at the end of the session, it is expected that changes in scores related to cognitive flexibility, confidence in public Speaking, and cognitive fusion have occurred. Fear of public Speaking is characterized by avoidance of situations that involve Speaking in front of an audience, something that university students most do frequently. The program will be taught to six adult participants who will be chosen voluntarily, and the sessions will take place in a classroom provided by the University of Zaragoza. The intervention consists of sessions with exercises and metaphors characteristic of this model, in addition to two different sessions with activities related to public Speaking and mindfulness. The expected results of the therapy point toward an improvement in the patient's quality of life and

treatment adherence, in addition to having been an effective therapy for social anxiety disorders.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, intervention, university students, fear of public Speaking.

## Introducción

El trastorno de ansiedad social (TAS), también conocido como fobia social, se caracteriza por un sentimiento de miedo ante la presencia de una o más situaciones sociales en las que la percepción de la amenaza no se corresponde con la realidad sino que se sobredimensiona, sintiendo vergüenza y humillación exageradas (Rose & Tadi, 2022). Este trastorno genera una evitación hacia las situaciones sociales por el temor del individuo a ser evaluado por otros y puede llegar a ser muy angustiante cuando interfiere con la vida académica, profesional o social (Schneier & Goldmark, 2015). El estudio de Alonso et al. (2004) muestra que el TAS es uno de los trastornos mentales más comunes y que entra dentro de los 5 trastornos psiquiátricos que más deterioran al individuo.

Conviene diferenciar entre ansiedad social específica y generalizada, la primera hace referencia a hechos concretos que producen ansiedad como hablar en público, escribir o comer delante de otros, y en cambio, la segunda se refiere a cuando se presenta en una gran variedad de situaciones sociales (Zubeidat, Fernández-Parra, Sierra, & Salinas, 2007). El miedo a hablar en público, por tanto, es un trastorno de ansiedad social específico, y está considerado como el más frecuente dentro de la población (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2014). En los últimos años ha crecido la literatura científica respecto a la categorización de estos trastornos pero aun así se necesita de una mayor investigación para aclarar algunas controversias sobre los subtipos del TAS (Furtmark et al., 2000).

Se ha demostrado que un 70,3 % de los individuos que padecen TAS también tienen ansiedad por hablar en público, que se trata de un subtipo de ansiedad social (Li, 2020). La ansiedad a hablar en público implica un sentimiento ansioso de un individuo ya sea en la preparación o durante el discurso dirigido a otros y se caracteriza principalmente por una respuesta de evitación ante la situación de exponerse frente a una audiencia (American Psychiatric Association, 2013). La presencia de un público al

que dirigirse y las expectativas que tiene el individuo sobre su rendimiento es lo que la diferencia de otro tipo de ansiedades con base social.

Algunos metaanálisis como el de Ebrahimi, Pallesen, Kenter & Nordgreen (2019) o estudios como el de Dwyer y Davidson (2012) concluyen que hablar en público se trata de la situación más temida en la población general y confirman una alta tasa de prevalencia en el trastorno. Este último estudio muestra que el 61% de los universitarios estadounidenses tienen temor a hablar en público. Además uno de cada tres estudiantes Finlandeses manifestó que hablar en público les suponía un problema grave (Kunttu et al., 2017).

El trastorno provoca una serie de síntomas de naturaleza fisiológica, cognitiva y conductual. Dentro del sistema fisiológico, exponerse a situaciones de hablar en público puede provocar cambios en nuestro sistema nervioso autónomo en cuanto a la presión arterial, la frecuencia cardiaca, la sequedad en la boca y el sudor palmar (Bodie, 2010). Los síntomas cognitivos se refieren a los pensamientos negativos que se desarrollan antes y durante estas situaciones, ya que las personas con miedo a hablar en público tienen autopercepciones negativas y suelen ser más críticas al evaluarse a ellas mismas (Hofmann&DiBartolo, 2000). En cuanto a la parte conductual, el principal síntoma que se registra es la evitación de estas situaciones, aunque para ello se requiera invertir mucha energía o pueda provocar un mal mayor. Si en cambio ya se encuentra en la situación, pueden darse desde temblores o tartamudez, hasta incapacidad para hablar o incluso la fuga, con el único objetivo de escapar de la situación temida (Simon, 2023).

Este tipo de miedo puede producirse en muchas situaciones, pero donde más predomina es en el contexto académico. Muchos estudiantes universitarios manifiestan que sienten miedo al tener que exponer un trabajo o hablar frente a una audiencia (Marinho, de Medeiros, Gama & Teixeira, 2017). Actualmente, un gran número de asignaturas de las carreras incluyen presentaciones en la que los estudiantes tienen que elaborar un trabajo, y posteriormente contárselo al resto de alumnos de la clase, como método de evaluación para mejorar el aprendizaje y entrenar las capacidades de oratoria (Grieve, Woodley, Hunt, & McKay, 2021). Este método ayuda a preparar a los alumnos a la vida que van a enfrentar después de la graduación, ya que desde hace tiempo numerosas empresas han empezado a valorar esta cualidad a la hora de contratar empleados (Hancock, Stone, Brundage, & Zeigler, 2010).

A lo largo de los últimos años, desde la psicología clínica se han desarrollado diferentes enfoques terapéuticos para combatir el miedo a hablar en público. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) cuenta con una extensa recopilación de literatura científica y ha sido adoptada por muchos países como el principal enfoque de tratamiento (Dobson, McEpplan, & Dobson, 2019). Existe evidencia de que esta terapia, basada en la reestructuración cognitiva y la exposición a situaciones sociales que producen temor, produce muy buenos resultados en las personas que tienen fobia social (Ponniah & Hollon, 2008). Además un estudio de Anwar, Haq, Salma & Wang (2022) demostró que la TCC es una técnica eficaz para el miedo a hablar en público y desarrollar autoeficacia, confianza y una buena salud mental en general.

Un enfoque alternativo a la TCC es el de las terapias contextuales, entre las cuales se encuentra la Terapia de Aceptación y Compromiso que comparte características y forma parte de la tercera ola de la TCC, aunque tengan principios teóricos distintos(Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). La ACT tienen sus fundamentos en que la enfermedad, el dolor o la ansiedad son inherentes al ser humano, por lo que conviene aceptarlo y adaptarse a las dificultades de manera productiva y desarrollando flexibilidad psicológica, en vez de buscar eliminar las experiencias negativas y que esto cause un problema mayor(Dindo, Van Liew & Arch, 2017).

El metaanálisis que realizaron Coto-Lesmes, Fernández-Rodríguez, & González-Fernández (2020)analiza los estudios publicados sobre la utilidad de la ACT aplicada de forma grupal, en el tratamiento de la ansiedad y la depresión pero no hay ninguno que se enfoque en personas con miedo a hablar en público. Otros estudios como el de England, Herbert, Forman, Rabin, Juarascio & Goldstein (2012) o el de García Fernández-Tresguerres (2022) han investigado procedimientos que utilizan intervenciones para el miedo a hablar en público basados en la ACT, pero las muestras tomadas para el estudio no fueron de universitarios y no hay referencias de ninguno en formato grupal.

Por ello, con el presente estudio se pretende elaborar un programa de intervención breve y grupal para el miedo a hablar en público (MHP) en universitarios que esté basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

## **Objetivos**

El objetivo de este estudio es el diseño de un programa de intervención grupal y breve para afrontar el miedo a hablar en público en universitarios, que esté basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso. Como objetivos específicos, se plantea que los participantes reduzcan las puntuaciones en fusión cognitiva, es decir, que logren hacer una separación clara entre los pensamientos y sentimientos y la realidad, y por otro lado, que ganen flexibilidad psicológica y así puedan adaptarse de una mejor manera a las situaciones cambiantes y desafíos de la vida.

## **Beneficiarios**

Los beneficiarios del programa serán estudiantes que se encuentren cursando el grado universitario y tengan puntuaciones altas en cuestionarios que miden la ansiedad a hablar en público por lo que presentaran síntomas como aumento de la presión y frecuencia cardiaca, sudoración, sequedad en la boca cada vez que enfrentan una exposición u otra situación de hablar en público, además de otros que acaban interfiriendo con su calidad de vida.

## **Material y método**

### **Participantes**

El programa está pensado para administrarlo a personas mayores de edad, que se encuentran estudiando un grado universitario. El estudio se realiza en Zaragoza. El método de selección que se ha seguido esta bajo los criterios de inclusión de ser estudiante universitario y tener puntuaciones más altas de 120 en la versión española abreviada del “Cuestionario de Confianza para Hablar en Público” (Méndez, Inglés & Hidalgo, 2004). Los criterios de exclusión incluyen los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), cuadro de ansiedad generalizada, potencial de suicidio agudo, trastornos psicóticos y estar tomando medicación o sustancias que alteran la percepción.

El programa será impartido por un psicólogo. Los participantes de este deberán firmar antes un consentimiento informado que indique aspectos como la voluntariedad, la posibilidad de retirarse en cualquier momento y la declaración de haber recibido la información del estudio. Se puede encontrar en el anexo 1.

## **Instrumentos**

El diagnóstico clínico se establecerá por medio de la Entrevista MINI Neuropsiquiátrica Internacional (Ferrando, Bobes, Gibert, Soto & Soto 2000).

Además se aplicaran los siguientes instrumentos pre y post- intervención. El “Cuestionario de Confianza para Hablar en Público” (Méndez, Inglés & Hidalgo 2004) que es la versión española abreviada del “Personal ReportofConfidence as Speaker”(Paul, 1967) y mide el miedo a hablar en público con 12 ítems compuestos por una escala tipo Likert de 1 a 6 puntos,el “Cuestionario de Aceptación y Acción” (Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas & Beltrán 2013) que es la versión española del cuestionario “Acceptance and Action Questionnaire”(Bond, Hayes, Baer. et al., 2011) que contiene 7 ítems con una escala tipo Likert de 1 a 7 puntos y mide la flexibilidad psicológica y el “Cuestionario de Fusión Cognitiva”(Ruiz, Suárez-Falcón, Riano-Hernández &Gillanders, 2017) versión española del “Cognitive FusionQuestionnaire” (Gillanders, Bolderston, Bond, et al., 2014) formado por 7 ítems con una escala tipo Likert del 1 al 7 y que mide el grado de fusión cognitiva.

## **Procedimiento**

El procedimiento para captar los participantes consistirá en pegar carteles por las diferentes facultades de la Universidad de Zaragoza, además de mandar un correo vía Gmail donde se especifican las condiciones y objetivos del estudio, y la fecha, hora y lugar donde se efectuara el proceso de selección para los participantes del programa. Todos los participantes que acudan a la cita y cumplan los criterios de selección firmaran en físico un consentimiento informado. Se administrarán cuestionarios en la primera sesión y en la última para comprobar la efectividad del programa.

## **Intervención**

La estructura del programa que se propone se divide en ocho sesiones de dos horas cada una, excepto la segunda, dónde el terapeuta se reunirá con cada uno de los participantes de manera individual, la séptima y la octava o última, que tendrán las tres una duración de una hora. Las sesiones serán semanales, de manera que el programa habrá finalizado a lo largo de ocho semanas. En la tabla 1 se muestra un cronograma con la estructura de las sesiones, su duración, el tema y los contenidos.

## **Tabla 1**

*Diseño de las sesiones del programa de intervención*

Sesión	Tema	Contenido	Duración
1	Introducción y contextualización del proceso terapéutico	Cuestionarios Fundamentos ACT	2 horas
2	Análisis funcional	Análisis funcional de la conducta	1 horas
3	Identificación de valores personales y compromiso hacia ellos	Metáfora de la tortuga Metáfora de apostar entre dos caballos Variación de ejercicio del funeral	2 horas
4	Ejercicios de Mindfulness y atención plena	Respiración consciente Ejercicio de revivir una situación del pasado Body Scan	2 horas
5	Control de la experiencia privada como problema	Metáfora de la pantalla del ordenador Regla 95-5 Detección de situaciones con y sin control	2 horas
6	Ejercicios para la mejora de habilidades comunicativas y presentaciones	Juego de roles Exposición	2 horas
7	Posibles recaídas y reflexión	Ejercicio de posibles futuros fracasos Metáfora del Jinete	1 hora
8	Evaluación post-tratamiento	Cuestionarios Feedback del terapeuta	1 hora

**Diseño de las sesiones**

A continuación se describe el contenido de cada sesión, que tendrá que guiar el terapeuta en consulta, de manera más detallada.

## **Sesión 1. Introducción y contextualización del proceso terapéutico**

Una vez hecha la presentación, se explica y firma el consentimiento informado y el terapeuta comienza a recoger información útil para el análisis funcional de los integrantes del grupo a la vez que atiende, no solo a sus historias personales, sino al comportamiento que muestran durante la sesión de terapia.

Se pasa la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Ferrando, Bobes, Gibert, Soto & Soto 2000), el “Cuestionario de Confianza para Hablar en Público” (Méndez, Inglés & Hidalgo 2004), el “Cuestionario de Aceptación y Acción” (Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas & Beltrán 2013) y el “Cuestionario de Fusión Cognitiva”(Ruiz, Suárez-Falcón, Riano-Hernández & Gillanders, 2017). Más tarde, el terapeuta hará un resumen sobre lo que se va a trabajar en las sesiones y desarrollará de manera breve y general en qué consisten los fundamentos de la ACT, para así aligerar la comprensión de los participantes sobre este modelo y facilitar su adherencia al mismo.

Tal como enuncian Wilson & Soriano (2014) en su libro “Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores” los objetivos para preparar el contexto de la terapia se pueden resumir en que el cliente sepa que el terapeuta busca entenderle a él y su experiencia con el problema, que lo fundamental y lo que va a posibilitar el tratamiento son sus valores y la importancia de que comience a darse cuenta de que la incomodidad psicológica es un paso más que nos acerca al objetivo final, siempre que esté ligada a los valores del individuo. Además hay unas características principales que tienen que estar a lo largo del proceso del tratamiento y el terapeuta debe nombrarlas y mostrarlas mediante su conducta. Estas son los valores, la exposición, la desactivación y el fortalecimiento (Madriz, & Henderson, 2012).

Como final de sesión y para afianzar la relación terapéutica entre pacientes y terapeuta, y el lugar de cada individuo dentro de consulta, se narra la metáfora de los escaladores (Hayes, Strosahl& Wilson, 1999). Se puede encontrar en el anexo 2.

## **Sesión 2. Análisis funcional**

Esta sesión es la única del programa que se hace de manera individual. El terapeuta a lo largo de la segunda semana se reunirá con cada uno de los seis participantes durante una hora para llevar a cabo el análisis funcional con objetivo de buscar cuál es el patrón evitativo o de inflexibilidad psicológica que se da y que se pretenderá modificar en las posteriores sesiones (Marín, Calderón & Lobato, 2023).

Por tanto, se elabora un análisis funcional de la conducta a raíz del motivo de consulta: miedo a hablar en público. Los participantes cuentan cómo han lidiado con este temor a lo largo del tiempo, como les ha limitado a hacer cosas y como han sido afectados sus sentimientos, emociones y comportamiento.

Se trabajan las ideas irrationales que surgen cuando se piensa en la conducta de hablar en público como “no soy capaz”, las emociones del individuo, como sentir inseguridad o malestar, y el comportamiento que se da al enfrentar la situación, que puede ir desde que se le olvide todo hasta la sudoración extrema. También se preguntará cual fue el inicio dónde se empezó a padecer el miedo a hablar en público para ver cuáles fueron los posibles desencadenantes y que intentos han tenido de solución del problema. Una vez que tenemos estos datos de todos los participantes ya podemos empezar a trabajar desde una línea base en las posteriores sesiones.

### **Sesión 3. Identificación de valores personales y compromiso hacia ellos**

Al principio de la sesión, el terapeuta ayudará a los pacientes a identificar el significado que tiene para ellos el hablar en público, para poder darle sentido a todo el proceso terapéutico y trabajo que queda por hacer, de manera que les motive y sientan que no hacerlo les aleja de la persona en quien se quieren convertir y de sus valores.

Para ello, el terapeuta hará preguntas como ¿Por qué quieres superar el miedo a hablar en público? ¿Es importante para llegar a ser la persona que quieres mejorar tus habilidades comunicativas? ¿Qué te va a permitir en tu vida poder hablar en público sin problemas? o ¿Entre tus valores, se encuentra una persona capaz de superar miedos como el de hablar en público?

Una vez hayan identificado que el miedo a hablar en público va en contra de sus valores como personas, y que no exponerse a situaciones de hablar en público es incompatible con los objetivos a los que quieren dirigirse, pasamos a realizar la metáfora de la tortuga desarrollada en el anexo 3. El objetivo de esta es explicar el coste

de conseguir lo que uno quiere, aceptando que habrá momentos difíciles, además del valor que tiene la práctica y el fortalecimiento del cliente al enfrentarse a contenidos privados dolorosos.

Las preguntas de la primera parte de la sesión han servido para clarificar los valores. Una vez logrado, el siguiente paso es comprometerse con ellos y para ello se usara la metáfora de apostar entre dos caballos. Esta actividad puede encontrarse en el anexo 3.

Por último se hará una variación del ejercicio del funeral extraída del estudio de Marín, Calderón & Lobato (2023) en la que se lleva a los clientes a imaginar su graduación. Les pedimos que, con los ojos cerrados, concentrándose en su respiración y guiados por el terapeuta imaginen todo lo respectivo a la ceremonia, además de toda la gente que estará presente incluyendo sus padres emocionados, los compañeros del curso, el rector, etc. El terapeuta les pedirá que se imaginen, una vez terminada la ceremonia, lo que las personas más significativas y que conocían su miedo a hablar en público les encantaría que le dijeran. Una vez experimentado esto se comparará con lo que creen que dirían ahora si les dieran el título sin superar su miedo a enfrentarse a una audiencia. Con este ejercicio se busca que los integrantes comiencen desde ya a caminar en la dirección deseada, y les sirva como impulso una vez habiendo identificado los valores y habiéndose comprometido con ellos.

#### **Sesión 4:Ejercicios de Mindfulness y atención plena**

La ACT defiende la intervención basada en atención plena para los trastornos psicológicos (Hofmann & Asmundson, 2008) por lo que se ha dedicado una sesión exclusiva para ejercicios de mindfulness orientados a combatir la ansiedad que puede surgir en los momentos previos a la situación de temor.

El primer ejercicio consiste en una respiración consciente de manera profunda y diafragmática, llenando los pulmones al completo y permitiendo que la mente se calme y se enfoque en el presente. Con este ejercicio se logran disminuir los niveles de ansiedad, algo que puede servir de gran ayuda antes de una presentación en las personas con miedo a hablar en público (Ramel Goldin, Carmona & McQuaid, 2004).

El segundo ejercicio consiste en que cada miembro de la consulta haga un esfuerzo en revivir una situación del pasado relacionada con exponerse a una audiencia,

que la ponga en común y experimente ese momento, y que después sea consciente de que su identidad sigue siendo la misma (Miró, 2006). Esto permitirá ver a los clientes que sin importar lo que suceda, su sentido de identidad se va a preservar.

Por último, se realizará el ejercicio de contemplación de las sensaciones corporales o “Body Scan” (Miró, 2006). Para ello, el terapeuta les pedirá a los pacientes que elijan una posición cómoda, ya sea sentados o tumbados, y vayan explorando las diferentes partes de su cuerpo comenzando por los dedos del pie. Deben hacerlo lentamente, centrando la atención en la parte que corresponda y sintiendo como es la sensación que se da en ese momento presente en esa parte específica del cuerpo. No hace falta contraer y relajar cómo en otros ejercicios de relajación, sino solo observar. Si al llegar a una parte concreta del cuerpo el paciente siente dolor, es conveniente que la observe detenidamente descubriendo como es esa sensación, en el caso de que no haya, se pasa a la siguiente parte del cuerpo. Al acabar el ejercicio, hay una puesta en común de las experiencias, dónde los pacientes pueden ver sin juzgar los obstáculos que les surgen cómo las sensaciones de picor, las distracciones, el aburrimiento etc. Todas se ven como oportunidades para trabajar la observación sin opinión crítica, la vuelta al presente cuando la atención se pierde y la aceptación de la experiencia. El terapeuta les recomendará a los pacientes que practiquen este ejercicio una vez al día, con intención de que aprendan a centrarse en el momento presente.

### **Sesión 5. Control de la experiencia privada como problema.**

La sesión consiste en explicar que el miedo que sentimos hacia hablar en público muchas veces no se puede controlar, viendo ejemplos de las experiencias de los participantes dónde a pesar de intentarlo no les ha funcionado. Para ello el terapeuta contará la “metáfora de la pantalla del ordenador” y la “regla 95-5” (Hayes et al., 1999). Ambas se incluyen en el anexo 4.

La intención de ambos ejercicios es provocar un cambio de perspectiva sobre el miedo a hablar en público, introduciendo la idea de que este va a estar presente en muchas situaciones y que no por eso hay que buscar evitarlo, es más, se puede llegar a ver como una oportunidad de crecer y avanzar en los valores personales. Esto les permitirá darse cuenta de lo que está bajo control, es decir, su comportamiento, y lo que muchas veces no podemos controlar e intentar hacerlo es contraproducente, como pasa en el caso de los pensamientos y emociones. Algunas personas tienen rechazo a

experimentar ese dolor, y puede dar lugar a que lo que es sufrimiento se convierta en trauma. Por ello, ante el dolor es mejor elegir la opción de no echarse para atrás sino enfrentarlo, ya que no tienes control sobre él pero sí sobre permitir que ese dolor termine convirtiéndose en trauma (Wilson& Soriano 2014).

La tarea de esta sesión concluye en que cada participante, con ayuda del terapeuta, pueda detectar dónde el control funciona y dónde no, y que este proceso dé como resultado actuar en base a sus valores, en estos casos en dirección a enfrentarse a hablar en público, a pesar de que los sentimientos de temor no acompañen.

## **Sesión 6.Ejercicios para la mejora de habilidades comunicativas y presentaciones**

El desarrollo de habilidades comunicativas puede presentar varias dificultades en los individuos que no han ido entrenándolas desde pequeños (Cisternas, Henríquez & Osorio, 2017). La exposición oral ha sido una de las competencias más utilizadas en el ámbito académico a lo largo de los últimos años (Ríos, 2019).

El primer ejercicio que propondrá el terapeuta es un juego de roles, una herramienta de participación activa que hace más fácil el aprendizaje cooperativo y a la vez desarrolla las habilidades comunicativas y la puesta en escena (Ortiz, Medina Salgado & Calle Durán, 2010). El terapeuta irá proponiendo diversos temas y por parejas tendrán que hablar sobre ello, mientras los demás escuchan. Es un ejercicio dinámico para que los pacientes se suelten y que sirve de preparación para el siguiente.

Para el segundo ejercicio se les dará alrededor de veinte minutos para preparar una exposición que tenga una duración de cinco minutos aproximadamente, sobre un tema que no conozcan. Luego tendrán que exponerla a sus cinco compañeros y el terapeuta, de manera que se exponen a una situación real de hablar en público, y en el contexto de terapia, podrán evaluarla de manera racional y comprobar que no es peligrosa (Niueto & Marie, 2019). El terapeuta al finalizar cada exposición dará al paciente feedback constructivo. Este ejercicio además les ayuda a desarrollar la capacidad de presentar información de forma efectiva sobre un tema del que no son expertos, algo común en las presentaciones a realizar en la universidad.

## **Sesión 7. Reflexión y posibles recaídas**

Desde la perspectiva de ACT, las recaídas indican que hay que estar alerta pero a la vez también una oportunidad nueva de aprendizaje acerca de lo que hay que cambiar y que sirve para volver a enfocar los valores del individuo (Wilson & Soriano, 2014). Es decir, se asume que van a ocurrir y deben servir para aprender de ellas.

Basándonos en la evidencia de que quitar a la fuerza los pensamientos destructivos, dando lugar al Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) puede provocar que sean peores (Luciano & Hayes, 2001) se propone un ejercicio de los descritos en el libro de Wilson & Soriano (2014). Durante veinte minutos los clientes tendrán que escribir en un papel posibles futuros fracasos respecto a hablar en público, analizando sus más profundos miedos, pensamientos y preocupaciones, y mientras lo escriben, intentarán experimentarlos como si se estuvieran dando realmente. Se les dice que si no quieren nadie leerá lo que escriban. El significado de estos pensamientos para los pacientes será que hay que eliminarlos, sin embargo, el terapeuta tratará de explorarlos en conjunto con una puesta en común libre y el contenido será tratado como algo a lo que estar abierto. Más tarde, como ejercicio reflexivo se les preguntará si las reacciones que tienen hacia ellos les conducen o no a sus valores.

Por último, se les contará la metáfora del jinete debido a que ejemplifica la manera de sobrellevar las recaídas en el proceso vital de cada individuo. Puede verse en el anexo 5.

### **Sesión 8. Evaluación post-tratamiento**

La última sesión es para la evaluación post-tratamiento por lo que se cumplimentará de nuevo todos los cuestionarios de la primera sesión. Por último, el terapeuta dará un pequeño feedback acerca del trabajo general durante todo el transcurso de la terapia, de cada uno de los integrantes, y se analizan en conjunto el logro de los objetivos terapéuticos.

### **Recursos**

Recursos humanos:

- Un psicólogo, para la implementación del programa

Recursos materiales

- Instrumentos de evaluación psicológica y recogida de datos

- Instalaciones: aula proporcionada por la Universidad de Zaragoza, mesas, sillas y pizarra
- Material fungible: folios y bolígrafos
- Material informático: ordenador, proyector, pantalla para el proyector e impresora.

## **Resultados esperados**

La evidencia científica demuestra la eficacia de la ACT en casos de ansiedad social a niveles similares de los resultados que se producen con la TCC, solo que la primera conlleva una mejora superior en cuanto a la calidad de vida del paciente y la adherencia al tratamiento (García-Pérez & Valdivia-Salas, 2018). Por esto y por la incidencia en la clarificación de valores de estas terapias de tercera generación, parte de la finalidad del programa es la búsqueda de una mejora general en la calidad de vida del paciente.

A raíz del estudio de Gallego, McHugh, Villatte, & Lappalainen (2020), se pudo observar en los resultados que existía correlación entre niveles altos de ansiedad por hablar en público con niveles altos de fusión cognitiva y también con niveles bajos de flexibilidad cognitiva. Lo que se busca al impartir este programa de intervención es que mientras se reduce la ansiedad por hablar en público, los pacientes tengan puntuaciones más altas en flexibilidad cognitiva y a la vez baje las de fusión cognitiva. Teniendo en cuenta las variables a evaluar, se espera que las puntuaciones de los participantes, en el “Cuestionario de Confianza por Hablar en Público”, una vez finalizado el programa, se encuentren entre 30, la puntuación mínima y 105, el valor central (Méndez, Inglés & Hidalgo, 2004).

En cuanto a flexibilidad psicológica, se espera que los resultados medidos con el Cuestionario de Aceptación y acción (Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas & Beltrán 2013) estén entre puntuaciones de 10 a 40, y por tanto los pacientes logren reducir la evitación experiencial y rigidez psicológica en comparación con el primer día del programa.

Por último, se espera que las puntuaciones en la dimensión fusión cognitiva total del “Cuestionario de Fusión Cognitiva” (Ruiz, Suárez-Falcón, Riano-Hernández & Gillanders, 2017) baje alrededor de 20 puntos entre la prueba que se pasó en la primera sesión y la debgh la última.

## **Conclusiones**

Este estudio tenía como principal objetivo diseñar un programa de intervención basado en Terapia de Aceptación y Compromiso para afrontar el miedo a hablar en público en universitarios. Estacaracterizado por tener una duración breve, en torno a ocho sesiones y por poder impartirse en formato grupal. Con este tipo de programas se busca reducir el coste de aplicar la terapia de manera individual y a la vez disminuir el tiempo al tratarse de una intervención breve, lo que puede beneficiar tanto al psicólogo como a sus pacientes. El miedo o ansiedad por hablar en público está muy extendido por lo que genera mucha demanda en las consultas de psicología, este programa puede servir como opción para afrontarlo y además en varias personas a la vez, algo que ya favorece la mejora del paciente al estar en un contexto social y tener que desenvolverse.

En ACT conviene incorporar metáforas y ejercicios que a lo largo del proceso terapéutico van a servir para clarificar conceptos que explicados de otra manera podrían resultar más complejos. Aunque se trata de una terapia grupal, varios ejercicios sirven para que el paciente clarifique sus valores y pueda orientarse hacia ellos, de manera que sepan que tren tomar porque tienen interés en llegar a una determinada estación (Wilson & Soriano, 2014).

El programa de intervención cuenta con algunas limitaciones. En primer lugar, en cuanto a que se trata de un programa ya establecido y que no cubre las demandas individuales que pueden surgir en el transcurso de la terapia. Cabe destacar también que no es un programa específico para un caso individual una vez que ya se conoce la historia clínica, sino para personas con un diagnóstico de ansiedad por hablar en público, lo que puede dificultar su efectividad. Por último, no se ha tenido en cuenta que si la ansiedad del paciente es muy fuerte podría ser que abandonase la terapia, al no sentirse cómodo abordando su problema junto con otros pacientes.

Se necesitan investigaciones futuras para acercarse más a un programa de intervención que cubra todas las necesidades de los pacientes y del que salgan con índices muy bajos en lo que se refiere a ansiedad por hablar en público. Una manera de rentabilizar aún más el proceso y que probablemente constituya la mayoría de intervenciones venideras haciendo el programa en formato online, como ya se encuentran casos en la literatura, aunque falte aún un largo camino por recorrer dentro de este ámbito.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author
- Anwar, M. K., Haq, M. I., Salma, D., & Wang, Z. (2022). Addressing Public Speaking Anxiety in Multicultural Counselling: The Use of Cognitive-Behavioural Therapy for International Students. *Jurnal Kajian Bimbingan dan Konseling*, 7(2).
- Bodie, G. D. (2010). A racing heart, rattling knees, and ruminative thoughts: Defining, explaining, and treating public speaking anxiety. *Communication education*, 59(1), 70-105.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2014). The role of social skills in social anxiety of university students. *Paidéia (RibeirãoPreto)*, 24, 223-232.
- 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.
- Cisternas, I., Henríquez, M., & Osorio, J. (2017). Énfasis y limitaciones de la enseñanza de la comunicación oral: un análisis del currículum chileno, a partir del modeloteóricodeclarado/Emphasis and limitations of teaching oral communication: an analysis of the Chilean curriculum based on its stated theoretical model. *Revista española de pedagogía*, 323-336.
- Codd III, R. T., Twohig, M. P., Crosby, J. M., & Enno, A. (2011). Treatment of three anxiety disorder cases with acceptance and commitment therapy in a private practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(3), 203-217.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of affective disorders*, 263, 107-120.
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, 14, 546-553.

Dobson, K. S., McEpplan, A. M., & Dobson, D. (2019). Empirical validation and the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 32–63). The Guilford Press.

Dwyer, K. K., & Davidson, M. M. (2012). Is public speaking really more feared than death?. *Communication Research Reports*, 29(2), 99-107.

Ebrahimi, O. V., Pallesen, S., Kenter, R. M., & Nordgreen, T. (2019). Psychological interventions for the fear of public speaking: A meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 10, 488.

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.

Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). Instrum. Detección Orientación Diagnóstica, 1-25.

Furmark, T., Tillfors, M., Stattin, H., Ekselius, L., & Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychological medicine*, 30(6), 1335-1344.

Gallego, A., McHugh, L., Villatte, M., & Lappalainen, R. (2020). Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 128-133.

García Fernández-Tresguerres, F. (2022). Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en una muestra de estudiantes con miedo a hablar en público.

García-Pérez, L., & Valdivia-Salas, S. (2018). Intervención en el trastorno de ansiedad social a través de la terapia de aceptación y compromiso: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(2), 379-393.

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... & Remington, B. (2014). The development and initial

validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy*, 45(1), 83-101.

Gorinelli, S., Gallego, A., Lappalainen, P., & Lappalainen, R. (2023). Virtual reality acceptance and commitment therapy intervention for social and public speaking anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 289-299.

Grieve, R., Woodley, J., Hunt, S. E., & McKay, A. (2021). Student fears of oral presentations and public speaking in higher education: a qualitative survey. *Journal of Further and Higher Education*, 45(9), 1281-1293.

Hancock, A. B., Stone, M. D., Brundage, S. B., & Zeigler, M. T. (2010). Public speaking attitudes: does curriculum make a difference? *Journal of voice*, 24(3), 302-307.

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), 1-25.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy (p. 6). New York: Guilford press.

Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat?. *Clinical psychology review*, 28(1), 1-16.

Hofmann, S. G., & DiBartolo, P. M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: Scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior therapy*, 31(3), 499-515.

Li, T. (2020). Analysis on the Causes and Treatment of Public Speaking Anxiety. In 2020 4th International Seminar on Education, Management and Social Sciences (ISEMSS 2020) (pp. 514-518). Atlantis Press.

Luciano, C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International journal of clinical and health psychology*.

Madriz, L. F. V., & Henderson, R. R. (2012). Terapia de aceptación y compromiso; descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista de ciencias sociales*, (138).

Marín, F. M., Calderón, C., & Lobato, D. (2023). Miedo a hablar en público y aceptación psicológica: un protocolo de intervención mediante realidad virtual basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 49(179).

Marinho, A. C. F., de Medeiros, A. M., Gama, A. C. C., & Teixeira, L. C. (2017). Fear of public speaking: perception of college students and correlates. *Journal of Voice*, 31(1), 127-e7.

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.

Miró, M. T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 31-76.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2013. (NICE Clinical Guidelines, No. 159.) 2, SOCIAL ANXIETY DISORDER. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327674/>

Niuet, K., & Marie, A. (2019). Aplicación de un protocolo de intervención para el temor a hablar en público en estudiantes universitarios. *Bachelor's thesis*, Pontificia Universidad Javeriana.

Oksanen, A., Laimi, K., Björklund, K., Löyttyniemi, E., & Kunttu, K. (2017). A 12-year trend of psychological distress: national study of Finnish university students. *Central European Journal of Public Health*, 25(2), 113-119.

Ortiz-de-Urbina Criado, M., Medina Salgado, S., & Calle Durán, C. D. L. (2010). Herramientas para el aprendizaje colaborativo: una aplicación práctica del juego de rol.

Paul, G. L. (1967). Insight versus desensitization in psychotherapy two years after termination. *Journal of Consulting Psychology*, 31(4), 333.

Ponniah, K, & Hollon, S. D. (2008). Intervenciones psicológicas con apoyo empírico para la fobia social en adultos: una revisión cualitativa de ensayos controlados aleatorios. *Medicina psicológica*, 38(1), 3-14.

Ramel1, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E., & McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive therapy and research*, 28, 433-455.

Ríos, C. B. (2019). Técnicas colaborativas implementadas por estudiantes universitarios en la preparación de una presentación oral. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*.

Rose GM, Tadi P. (2022). Social Anxiety Disorder. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555890/>

Ruiz, F. J., Herrera, Á. I. L., 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.

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riano-Hernández, D., & Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the cognitive fusion questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 80-87.

Schneier, F., Goldmark, J. (2015). Social Anxiety Disorder. In: Stein, D., Vythilingum, B. (eds) *Anxiety Disorders and Gender*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-13060-6\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-13060-6_3)

Simon, R. Glossophobia: symptoms, causes, treatment. ¿En cita para la pag web pongo fecha en que fue creada o fecha ultima de actualización?

Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. *Clinical psychology review*, 33(8), 965-978.

Wilson, K. G., & Soriano, M. C. L. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.

Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J. C., & Salinas, J. M. (2007). Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles. *Psicothema*, 19(4), 654-660.

## **Anexos**

### **Anexo 1**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Psicólogo responsable:

Fecha:

Objetivo del estudio: Evaluar la eficacia de una intervención psicológica breve y grupal basada en Terapia de aceptación y compromiso (ACT) para estudiantes universitarios.

Procedimiento:

- Sesiones grupales: A lo largo del transcurso de ocho semanas, se llevarán a cabo sesiones grupales semanales con una duración aproximada de dos horas cada una. Estas sesiones serán conducidas por un profesional de la salud mental entrenado en ACT. Durante ellas se discutirán y aplicarán técnicas basadas en aceptación, se realizarán actividades grupales y se fomentará la participación activa de los participantes.
- Evaluaciones: Antes y después de la intervención se realizarán evaluaciones psicológicas para medir la efectividad de la intervención. Estas evaluaciones incluirán cuestionarios y una entrevista inicial.

Derecho del participante:

1. Acceso a la información: Se proporcionará información completa y comprensible sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos asociados con la intervención psicológica basada en ACT. Se anima a los participantes a hacer preguntas y aclara cualquier duda que puedan tener antes, durante y después del estudio.
2. Confidencialidad: Toda la información proporcionada por los participantes se mantendrá confidencial. Los datos recopilados se utilizarán exclusivamente para fines de investigación y serán tratados de manera anónima y segura.
3. Voluntariedad y suspensión del tratamiento: La participación de este estudio es voluntaria. Los participantes tienen el derecho a retirarse en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones. Si algún paciente decide abandonar la

intervención se le ofrecerá la posibilidad de recibir una derivación a otro profesional adecuado para sus necesidades.

Al firmar este consentimiento, el participante confirma que ha leído y comprendido la información proporcionada, y acepta participar voluntariamente en la intervención psicológica basada en Terapia de Aceptación y Compromiso.

Firma del participante:

## Anexo 2

### Metáfora de los dos escaladores

“Es como si nosotros dos fuéramos escaladores, cada uno en su propia montaña, separadas por un gran valle. Yo puedo ser capaz de ver una vía por la que subir su montaña, no porque la haya escalado antes, ni porque yo esté en la cima gritándole a usted por donde tiene que subir, sino porque estoy situado en un punto desde el que puedo ver cosas que no pueden verse desde dónde está usted. Esta es su terapia, pero, ¿y si fuera la mía?... Yo tengo mi propia montaña que subir, y entonces usted podría decirme algo sobre la senda por la que estoy subiendo. Mi ventaja aquí no consiste en que yo sea más grande, mejor o más fuerte que usted. Es simplemente la ventaja de la perspectiva. Por otro lado, hay cosas respecto a su montaña que yo no puedo saber, cosas respecto a las cuales tendré que confiar en lo que usted me diga. Por ejemplo, si la montaña que usted está tratando de escalar es la montaña “correcta” o no, es sólo una cuestión de valores. Únicamente usted puede responder a eso. Asimismo, aunque yo sea capaz de aconsejarle acerca de la senda que veo, no puedo subir su montaña por usted. En realidad, es usted quien tiene la tarea más difícil.”(Luciano & Wilson, 2002).

Luciano, M. C., & Wilson, K. G. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso: Un tratamiento conductual orientado a los valore* (pp.113).Pirámide.

## Anexo 3

### Metáfora de la tortuga

“Imagínate una tortuga que se dirige hacia su cueva, dónde están sus crías, el resto de tortugas... Pero la tortuga, cada vez que llueve, cuando sopla el viento, cuando se topa con piedras, se mete en su caparazón. A veces sale del caparazón, avanza un poco, pero en cuanto ocurre a su alrededor algo inesperado (aparece una mariposa, ve un relámpago...) se mete dentro del caparazón... ¿Crees que de esta forma puede alcanzar lo que pretende? A lo mejor la alternativa es avanzar con todo el cuerpo fuera, en pleno contacto con el suelo, abierta a todo lo que pueda surgir en ese camino, notando todo lo que surja mientras avanza en dirección a sus crías, el resto de tortugas... Probablemente no le gusten muchas de las cosas que estén en ese camino, o tal vez sí, pero eso es absolutamente distinto de su compromiso de avanzar por el sendero...”

Luciano, M. C., & Wilson, K. G. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso: Un tratamiento conductual orientado a los valore* (pp.159).Pirámide.

### Metáfora de apostar entre dos caballos

“No querer establecer compromiso por miedo al fracaso, por ejemplo, es como apostar en una carrera de caballos en la que puede elegir únicamente entre dos caballos, sólo que uno de ellos está muerto y el otro vivo. Hacer un compromiso es apostar por el caballo vivo: puede que gane o puede que no gane. No hacer un compromiso es como apostar al caballo muerto.”(Luciano & Wilson, 2002).

Luciano, M. C., & Wilson, K. G. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso: Un tratamiento conductual orientado a los valore* (pp.165).Pirámide.

## Anexo 4

### Metáfora de la pantalla del ordenador

“Suponga una persona frente a la pantalla de un ordenador. Está en su trabajo y en la pantalla aparece “Eres una mala persona” “no sirves” “estas vacía” “volverás a fracasar” “no puedes” (el contenido se ajustaría a la lucha que el cliente mantenga). Una persona rápidamente se “pega” a la pantalla buscando en el teclado la forma de quitar aquello de la pantalla y lo consigue, pero queda pendiente de los mensajes del ordenador. Tan pronto aparece otro mensaje en la pantalla, rápidamente busca las teclas para eliminarlo, y así sucesivamente. Su vida es la vida de una persona “pegada” a la pantalla. Si los mensajes le gustan, se siente bien y se despega o se desentiende sólo un poco de la pantalla, pero en poco tiempo vuelven a aparecer los mensajes negativos. Vuelve a quitarlos y se desentiende un poco, pero no mucho realmente ya que ha de seguir pendiente para quitar los mensajes tan pronto aparezcan las primeras señales. Su vida transcurre así, pendiente de la pantalla, y ya ni los mensajes positivos resultan favorables, ya que siempre están cercanos a los negativos y estos son cada vez más insistentes en la pantalla. Su vida está muy limitada. Es una vida sin vivir. Sin embargo, otra persona cercana a ésta se ocupa de su trabajo, y cuando surgen mensajes como éstos en vez de pegarse al teclado para buscar la manera más rápida de dejar de ver aquello echa una silla hacia atrás y avisa a otros cercanos, les dice que miren lo que le dice la pantalla; no le gusta pero sigue con su trabajo. La pantalla va ofreciendo sus mensajes y esta persona no hace nada por cambiarlos, simplemente surgen, los mira y sólo los toma en serio si son útiles para seguir con su trabajo.”(Luciano & Wilson, 2002).

Luciano, M. C., & Wilson, K. G. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso: Un tratamiento conductual orientado a los valore* (pp.183).Pirámide.

### Regla del 95/5

“Para la mayor parte de las cosas de este mundo la regla es: “si no estás dispuesto a tenerlo, cámbielo”. Esto se aplica a aproximadamente el 95 por cien de las áreas de su vida. Pero existe una pequeña área de la vida en la que esta regla no parece que pueda aplicarse. De hecho, en el área de los pensamientos y emociones, por ejemplo, la regla se asemeja más a algo como: “Si usted no está dispuesto a tenerlo, lo tendrá”. Ahora

bien, no lo crea porque yo lo diga, no tiene importancia lo que yo piense, de verdad que no. Lo que importa es su propia experiencia. Y desde su experiencia ¿Qué regla parece más verdadera para esos pensamientos y emociones problemáticos que usted ha experimentado?”(Luciano & Wilson, 2002).

Luciano, M. C., & Wilson, K. G. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso: Un tratamiento conductual orientado a los valore* (pp.187).Pirámide.

## Anexo 5

### Metáfora del jinete

“Imagínate un jinete que lleva las riendas de su caballo. Cabalga en la dirección que le importa y lo hace por diferentes superficies y en diferentes temperaturas y situaciones atmosféricas. Cuando cabalga, a veces el caballo le hace ladearse, casi le tira al suelo aunque las riendas las lleve el jinete. El jinete tiene que hacer varios esfuerzos para volver a colocarse en el lomo del caballo y llevar las riendas de éste. Poco después se da cuenta de que está casi rozando el suelo mientras el caballo cabalga algo desbocado. Cree que nunca podrá volver a subirse al lomo del caballo, pero con ímpetu se vuelve a colocar a lomos de éste con las riendas nuevamente bien cogidas y en dirección. A veces, se encuentra tirado en el suelo sin que apenas se haya dado cuenta de cómo llegó allí. Otras veces recuerda bien cómo se fue ladeando, y en vez de ponerse en el lomo rápidamente lo fue dejando hasta que estaba muy ladeado y casi al borde de caer del caballo. En todas estas ocasiones, el jinete se incorporaba y retomaba las riendas. No le gustaba pasar por esto, pero o se quedaba en el suelo al albedrío del caballo o tomaba las riendas nuevamente cada vez que notaba que se ladeaba un poco. La práctica que adquirió ladeándose y levantándose fue mucha, así que cada vez se ladeaba menos y lo notaba antes, de manera que aunque en cualquier momento podía caer al suelo, ahora tenía mucha práctica semicayéndose del caballo y situándose en su lomo. Además adquirió mucha práctica en sujetar las riendas y valorar por dónde cabalgar.”(Luciano & Wilson, 2002).

Luciano, M. C., & Wilson, K. G. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso: Un tratamiento conductual orientado a los valore* (pp.257).Pirámide.