



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

CURSO 2021/2022

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**ADAPTACIÓN DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO
TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN UN CASO DE
ANSIEDAD SOCIAL**

Autor: Daniel Urios Miralles

Tutor: José Luis Carballo Crespo

Co-tutora: Clara Sancho Domingo

Código de la Oficina de la Investigación Responsable: 210925153823

Convocatoria: febrero 2022



Resumen

Teniendo en cuenta las elevadas tasas de prevalencia de los trastornos emocionales, su alta comorbilidad, así como la coexistencia de síntomas entre ellos, se requiere a día de hoy mayor investigación en cuanto a sus tratamientos. Por ello, el objetivo del presente trabajo fue evaluar la efectividad de un tratamiento basado en una adaptación del Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales en una paciente con ansiedad social, partiendo de la hipótesis de que su aplicación producirá cambios en las variables evaluadas; ansiedad social, asertividad, y regulación emocional. La intervención se realizó bajo la supervisión del centro de referencia de la participante, el Centro de Rehabilitación e Integración Social Doctor Esquerdo, con una duración de 8 sesiones. Tras la intervención se halló una disminución en las puntuaciones pre y post de ansiedad social (25 frente a 11), asertividad (40 frente a 28), y en los 5 factores regulación emocional, en especial, en los factores de aceptación/rechazo (28 frente a 20) y funcionamiento/interferencia (70 frente a 60). Estos resultados sugieren que el Protocolo Unificado puede ser efectivo para este caso de ansiedad social y las variables asociadas. Así pues, se pone de manifiesto que se deben ampliar las líneas de investigación en la práctica clínica en este y otros trastornos emocionales que son ampliamente demandados a nivel social.

Palabras clave: *Protocolo Transdiagnóstico, ansiedad social, trastornos emocionales, estudio de caso.*

Abstract

Considering the high prevalence rates of emotional disorders, their high comorbidity, and the coexistence of symptoms between them, current literature lacks more research on their treatments. Therefore, the aim of this research work is to evaluate the effectiveness of a treatment based on an adaptation of the Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in a patient with social anxiety. This motivation starts from the hypothesis that the application of this treatment will produce changes in the following variables: social anxiety, assertiveness, and emotional regulation. The intervention was carried out during 8 sessions under the supervision of the participant's reference center: the Doctor Esquerdo Center for Rehabilitation and Social Integration. After the intervention, experimental results show a decrease in the pre and post scores of social anxieties (21 versus 14), in assertiveness (40 versus 28), and in the five emotional regulation factors, especially in the factors of acceptance/rejection (28 versus 20) and performance/interference (70 versus 60). These results suggest that Unified Protocol may be effective in this case of social anxiety and associated variables. Thus, this work shows the convenience to expand lines of research in clinical practice about this topic and in other emotional disorders that are widely demanded on a social level.

Key words: *Transdiagnostic protocol, social anxiety, emotional disorders, case study.*

Introducción

Los trastornos emocionales (TE), entre los que se encuentran los relacionados con el estado de ánimo y trastornos de ansiedad, se sitúan entre los problemas mentales más habituales (Barlow et al., 2019). Su curso suele agravarse si no son adecuadamente tratados, afectando de manera significativa en la calidad de vida de quienes lo padecen (Barlow et al., 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que más de 300 millones de personas en todo el mundo presenta algún trastorno emocional, siendo además los principales trastornos que contribuyen a la discapacidad (OMS, 2019). En España, los datos extraídos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE, 2017), muestran que el 10,8% de los mayores de 15 años han sido diagnosticados alguna vez de algún tipo de problema de salud mental. Siguiendo con los datos de este estudio, el 6,7% de los adultos refiere algún tipo de problema relacionado con la ansiedad (9,1% mujeres, 4,3% hombres), (ENSE, 2017). En relación con estos datos, se observa una insuficiente respuesta de los sistemas sanitarios, encontrando que en los países con ingresos bajos y medios, alrededor del 80% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento, y en cuanto a los países de ingresos altos, la cifra se sitúa entre el 35% y un 50% (OMS, 2019).

Entre los TE con mayores tasas de prevalencia en la población general se encuentra el Trastorno de Ansiedad Social (TAS), situando sus datos entre el 2 y 13% (Emmelkamp et al., 2020). El TAS se define como un miedo intenso y persistente ante una amplia variedad de situaciones sociales o actuaciones en público, lo que puede desencadenar respuestas psicológicas y fisiológicas de ansiedad, resaltando la tendencia a sobreestimar el juicio o escudriño de los demás y la percepción de amenaza real (APA, 2014).

Entre las variables implicadas en el TAS, se encuentra la falta de asertividad, entendida como la habilidad social dirigida a comunicar nuestros sentimientos y necesidades evitando ofender a los demás (Swee et al., 2018). Por ello, debe tenerse cuenta la falta de asertividad en el TAS, que se representa en gran parte por la presencia de temor o ansiedad intensos en situaciones en las que el individuo se ve expuesto a una posible evaluación de su actuación ante los demás (Wagner et al., 2014).

Otro de los procesos implicados en el TAS es la Regulación Emocional (RE), relacionado con las estrategias que ponen en marcha las personas para influir o modificar las experiencias emocionales (Barlow et al., 2017). La RE ha sido estudiada como variable explicativa en diferentes TE cuando las personas no son capaces de regular sus emociones de manera efectiva y el malestar persiste en el tiempo, lo que puede provocar respuestas fisiológicas desagradables o rumiación, traduciéndose en mayores niveles de ansiedad (Del Valle et al., 2018).

Para el abordaje de los TE que comparten gran cantidad de sintomatología, se desarrolló el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU) (Barlow et al., 2019). Este enfoque aúna los aspectos comunes de los tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) empíricamente apoyados para los distintos TE (González-Blanch et al., 2018). Se trata de un programa breve que se focaliza en los síntomas comunes de estos trastornos, y que permite abordar la elevada afectividad negativa en ellos, existiendo la posibilidad de modular la intervención según las necesidades y sintomatología del paciente (Eustis et al., 2020).

Estudios como el de Steele et al. (2018) encontraron buenas evidencias del PU para el TAS en sus los factores, Ansiedad y Evitación, con un tamaño del efecto grande según los criterios de Cohen (1988) respecto a la línea base del tratamiento tanto en Ansiedad

($d=1,33$), como en Evitación ($d=0,86$). Por otro lado, Castellanos et al. (2015), presentaron un trabajo de adaptación grupal del Protocolo Unificado, encontrando importantes mejoras en el tratamiento para trastornos de ansiedad, con un tamaño del efecto grande respecto a la línea base del tratamiento ($d=0,83$). Asimismo, los resultados de ensayos clínicos y meta-análisis de (Cassiello-Robbins et al., 2020; Norton y Roberge, 2017; Osma et al., 2018) apuntan a una eficacia del tratamiento transdiagnóstico similar a los enfoques tradicionales de la TCC, con una eficacia posiblemente superior entre las personas con trastornos de ansiedad.

En base a la literatura previa, parece necesario contar con más estudios que avalen la eficacia de los tratamientos dirigidos al TAS (O'Day et al., 2021). Por ello, el PU puede ser un tratamiento adecuado para este trastorno, ya que se presenta como un enfoque novedoso en la forma en la que trata los TE, tratando de dar respuesta a las elevadas tasas de comorbilidad, e identificando sus procesos comunes (Portillo-González et al., 2020).

En este contexto, el objetivo principal de este trabajo es realizar una adaptación y aplicación del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (Barlow et al., 2019), en un paciente con ansiedad social del Centro de Rehabilitación e Integración Social Doctor Esquerdo de Alicante. Así pues, como hipótesis de tratamiento, la aplicación del PU reducirá los niveles de ansiedad social, y mejorarán la asertividad y regulación emocional tras el tratamiento.

Método

Participante

Identificación del paciente

AS, es una mujer de 22 años de la localidad de Alicante. Padre y madre casados, y con una hermana mayor de 24 años. Ambiente familiar social y económicamente estable. Actualmente se encuentra en un periodo de formación en idiomas y diseño web desde septiembre de 2021.

Se describe como una mujer introvertida y tímida, con relaciones sociales muy limitadas. AS destaca 2 o 3 amistades, que ella misma identifica como relaciones de confianza, sin embargo, no residen geográficamente cerca, hecho que le limita significativamente sus posibilidades de relacionarse.

Historia clínica

A los 9 años sufría desmayos frecuentes sin otra sintomatología aparente, motivo por el cual de los 9 a los 12 años empezó a tomar medicación antiepiléptica, hasta que remite el foco epiléptico. En sus años de instituto, AS describe que sufrió constantes episodios de acoso escolar de tipo verbal y emocional. El deterioro en sus relaciones sociales fue aumentando, y esto coincide con una etapa de fuerte estado de ánimo deprimido, siendo en este tiempo una persona mucho menos sociable. En esta etapa, y fruto de un ataque epiléptico, AS desarrolla sintomatología psicótica. A raíz de este episodio estuvo ingresada una semana en la Unidad Hospitalaria Psiquiátrica del Hospital de Orihuela. Después de este ingreso, AS mejoró en cuanto a su sintomatología psicótica, no teniendo ningún episodio más hasta día de hoy.

AS ha estado recibiendo terapia individual para mejorar sus síntomas de ansiedad social en el Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS) Doctor Esquerdo durante un periodo aproximado de un año. La terapia psicológica durante este tiempo sirvió a AS para asentar los cambios en cuanto a su estado de ánimo, mejorando en este aspecto considerablemente. Sin embargo, AS se muestra cada vez más aislada y reacia a conocer gente, lo cual provocado un fuerte rechazo por las relaciones sociales y situaciones novedosas con gente desconocida.

Variables e Instrumentos

Teniendo en cuenta la descripción del caso, y los estudio de (Castellanos et al., 2015; Cassiello-Robbins et al., 2020; Norton y Roberge, 2017; Steele et al., 2018; Osma et al., 2018) sobre el PU y los procesos implicados en el Trastorno de Ansiedad Social, se describen a continuación las variables e instrumentos del estudio.

En primer lugar, con la finalidad de recoger información sobre el problema en la actualidad, se utilizó la Entrevista Clínica sobre Ansiedad Social de Pastor y Sevilá (2000), que proporciona información relevante de la participante basado en el modelo de análisis funcional, realizando preguntas abiertas sobre el posible origen del problema, qué función cumplen determinados comportamientos en relación al entorno, qué respuestas se emiten de la participante ante ciertos estímulos, y qué consecuencias se observan.

Posteriormente se aplicó la Escala de Evitación y Ansiedad Social (SADS; Watson y Friend, 1969). Se compone de dos factores, Ansiedad, que mide el malestar subjetivo en diferentes situaciones sociales, y Evitación, conductas relacionadas con el no afrontamiento o exposición de situaciones de interacción social. La escala consta de 28 ítems, con dos posibilidades de respuesta, *verdadero* o *falso*. Bobes et al. (1999), García-López et al.

(2001) y Villa et al. (1998), comprobaron las propiedades psicométricas de esta escala demostrando buena fiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0,88, para evaluar ansiedad social.

En tercer lugar, se aplicó la Escala de Asertividad de Rathus (RAS; Rathus, 1973). Esta es una escala de tipo Likert con 5 alternativas de respuesta, donde 0 es *nada característico de mí*, y 5 es *totalmente característico de mí*. Evalúa mediante 30 ítems el comportamiento del sujeto en su contexto social, con el objetivo de valorar su nivel de Asertividad. Tiene un alfa de Cronbach de 0,78, lo que le proporciona buenas propiedades psicométricas, situándose como un instrumento fiable para la medición de cambios post tratamiento (Carrasco et al., 1984). Una puntuación elevada en esta escala describe mayores problemas de Asertividad.

Finalmente, se aplicó la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004). Esta escala consta de 28 ítems y mide la Regulación Emocional mediante la integración de 5 factores; Atención/Desatención, relacionada con la consciencia y atención de las experiencias emocionales, Claridad/Confusión, falta de claridad identificación acerca de cómo se siente el sujeto, Aceptación/Rechazo, no aceptación de las respuestas emocionales, Funcionamiento/Interferencia, relacionado con el grado de afectación de sus emociones en acciones concretas y Regulación/Descontrol, dificultad en el sujeto para controlar comportamientos y emociones. A mayor puntuación en cada uno de estos factores, mayores problemas de desregulación emocional. En cuanto a sus propiedades psicométricas, posee un alfa de Cronbach de 0,93, demostrando tener buenas evidencias para esta variable (Muñoz et al., 2016).

En cuanto a otros instrumentos de evaluación empleados, tal y como expone Barlow et al. (2019), se realizó entre terapeuta y participante una Ficha de Jerarquía de Exposición

para la práctica de exposiciones en vivo, que se llevó a la práctica entre las sesiones 7 y 8 del tratamiento. Para ello, se describieron situaciones que la participante estaba evitando o eran generadoras de ansiedad, y, por tanto, mantenían las conductas problema. Se diseñaron 4 situaciones relevantes para la participante, ordenándolas jerárquicamente, y puntuando en una escala de 0 a 10 la Evitación y la Angustia percibida. Una vez descritas en sesión, se llevaron a la práctica dos de las situaciones acordadas entre terapeuta y participante, para su posterior comparación de las fases pre y post exposición.

Procedimiento

Para llevar a cabo este estudio, se realizó una reunión con el equipo de psicología del CRIS Doctor Esquerdo con el objetivo de exponer el programa de intervención. AS fue propuesta para el estudio por medio de su psicóloga de referencia teniendo en cuenta su historia clínica, la exposición de su problemática actual de aislamiento social, ansiedad ante ciertas situaciones sociales, problemas de asertividad, y su baja regulación emocional ante eventos de interacción social. El psicólogo en prácticas del CRIS sería el encargado de realizar la intervención junto con la supervisión de la psicóloga referencia de AS.

Se solicitó la admisión del proyecto al Comité de Ética e Integridad en la Investigación (CEEI) de la Universidad Miguel Hernández de Elche, admitido a trámite por dicho organismo, con código: 210925153823. Posteriormente se solicitaron los permisos al Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS) Doctor Esquerdo, y se recogió en la primera entrevista con la participante el consentimiento informado del estudio.

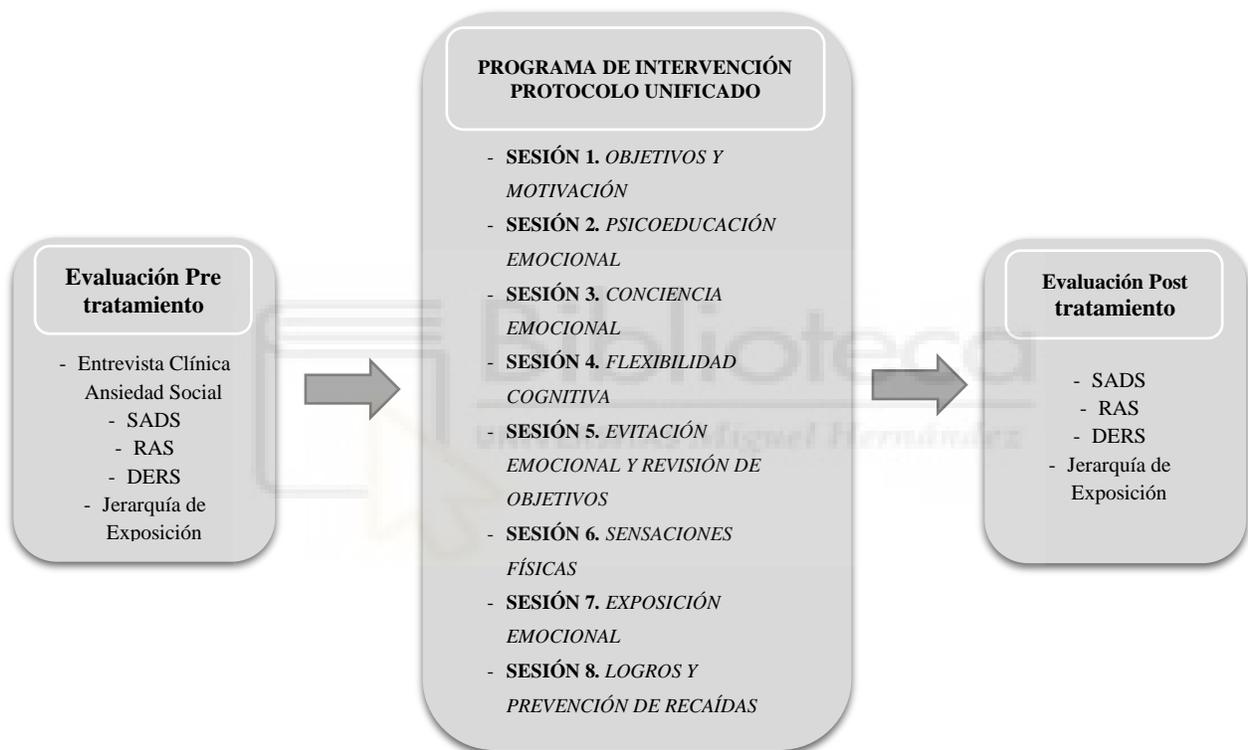
En dicha entrevista individual, se presentó a AS el programa de tratamiento con el objetivo de valorar la motivación de la participante, y describir los módulos del programa y contenido de cada una de las sesiones. Se presentó el tratamiento en 9 sesiones, realizando

una adaptación del PU (8 sesiones correspondientes a cada uno de los 8 módulos de tratamiento del PU, y una sesión inicial de evaluación pre).

A continuación, en la Figura 1 se muestra de forma resumida el tratamiento completo.

Figura 1.

Programa de Intervención del Protocolo Unificado



Programa de tratamiento

Se plantea un programa de tratamiento basado en el Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales (Barlow et al., 2019). Se ha estructurado con una sesión inicial (sesión 0), dedicada a la evaluación pre, y un total de 8 sesiones, siendo además en la sesión 8 cuando se realizó la evaluación post tratamiento. Cada sesión tuvo una duración aproximada de 50 a 60 minutos, realizadas de forma semanal.

Desarrollo de las sesiones

Sesión 1

Uno de los objetivos descritos para esta sesión fue; realizar psicoeducación acerca de los conceptos de motivación y establecimiento de objetivos. En la Tabla 1 se observan algunos de los ejemplos utilizados con respecto a este objetivo.

Tabla 1

Tareas y ejemplos sobre psicoeducación en Motivación

Objetivo	Tareas realizadas	Ejemplos
Psicoeducación sobre motivación	Psicoeducación sobre el concepto de motivación, su variabilidad, y la relación que tiene con objetivos alcanzables. Balance Decisional sobre los costes y beneficios de cambiar o permanecer igual	“Debes tener en cuenta que la motivación no es algo estable y puede cambiar a lo largo del tiempo” “En los momentos de baja motivación es importante revisar los pros y los contras de querer cambiar o permanecer igual”

Posteriormente se realizó la tarea de Balance Decisional, cuya finalización quedó como tareas para casa. Esta actividad está dirigida a que la participante describa los pros y los contras de cambiar o permanecer igual. Se realizaron una serie de preguntas relacionadas con lo que describe. Como, por ejemplo; “¿qué crees que conseguirías si lograras esto?, ¿qué te impidió en otra ocasión poder realizarlo?, ¿qué contras identificas de permanecer igual?”.

La parte final de la sesión se dedicó a describir los objetivos de tratamiento de AS, realizado mediante la Ficha de Establecimiento de Objetivos. Se exponía su objetivo

general, el cual, AS describió como; “hacer más amistades”, posteriormente describió objetivos específicos; “identificar y conservar las buenas amistades, ir a más eventos sociales, y ampliar mi círculo social”, y finalmente se describieron tareas concretas para cada objetivo específico; “ser yo misma, tener un trato diferente con la gente, mostrar interés por los demás, pensar que no va a pasar nada malo si conozco o hablo en ciertos momentos con gente, conocer más amigos de mis amigos, retomar contacto con algunas amistades, salir más de casa cuando se proponga un plan”.

Sesión 2

Al inicio de la sesión se repasaron las tareas para casa, Balance Decisional, y Establecimiento de Objetivos.

En cuanto a los objetivos de la sesión 2, fueron; facilitar una visión general de la naturaleza de las emociones, y; presentar los 3 componentes de la experiencia emocional (cognitivo, fisiológico y motor), relacionados con la variable Regulación Emocional. Se realizó una explicación mediante la Ficha de los 3 Componentes de las Emociones. Algunos ejemplos utilizados fueron: “qué es una emoción y sus componentes, qué valor adaptativo tienen, qué acciones puedo realizar para reconocer y manejar mejor mis emociones”.

En la parte final de la sesión se explicó la tarea para casa, ARCO (Antecedente, Respuesta, Consecuencia) de las emociones, que consiste en describir respuestas desadaptativas y conductas de la participante cuando se encuentra bajo ciertas emociones, y en determinadas situaciones que actúan como antecedente, como por ejemplo, conductas de evitación cuando se encuentra en una conversación con conocidos y siente emociones de miedo o vergüenza.

Sesión 3

En primer lugar, se revisaron las tareas para casa. En cuanto a los objetivos de la sesión, fueron; aprender la importancia de la conciencia centrada en el presente, y practicar la conciencia centrada en el presente. Se explicó la funcionalidad de las técnicas relacionadas con los objetivos, poniendo ejemplos de situaciones apropiadas para su realización, como por ejemplo en ambientes tranquilos donde poder practicar la relajación y la toma de conciencia de las sensaciones físicas y pensamientos. Se realizó una explicación acerca de la práctica en Conciencia Emocional Plena, ejemplificando tal y como describe Barlow et al. (2019). “La conciencia emocional plena significa permanecer en contacto con nuestras experiencias emocionales; aceptar y aprender a dejar que las emociones se manifiesten incluso cuando estas son desagradables” (p.212).

Como tarea para casa quedó la ficha de Inducción al Estado de Ánimo, que consiste en primer lugar en inducir un estado relajación. Posteriormente se provocan estados emocionales diversos mediante la exposición imaginada a recuerdos que ocasionen una serie de emociones, registrando el grado de relajación logrado (0-10), y la aparición de pensamientos, sensaciones y conductas que aparecen durante una experiencia emocional inducida.

Sesión 4

Al inicio se repasó la tarea para casa; Inducción al Estado de Ánimo. La participante describe dos recuerdos que utilizó y registró para inducir ciertas emociones, relacionados con situaciones que recuerda de rechazo con antiguos compañeros de instituto, AS describe especialmente sentimientos de miedo, culpa y vergüenza.

El objetivo de esta sesión fue; explicar la relación entre emociones y pensamientos, y practicar la reevaluación y flexibilidad cognitiva. Se realizó una explicación sobre las

distorsiones cognitivas y errores de pensamiento, viendo algunos ejemplos, como la visualización de la Ficha de Imagen Ambigua. En esta imagen se observa una habitación de hospital con un paciente en la cama, y justo fuera de la habitación, dos personas abrazándose. Se deben describir los pensamientos automáticos que tienen lugar al visualizar la imagen y, a continuación, se buscan otras posibles interpretaciones de dicha imagen con el objetivo de incrementar la flexibilidad cognitiva.

Posteriormente, se explicó la Ficha de las Flechas Descendentes, descrita en la Tabla 2, relacionando con errores de pensamientos con conductas problema.

Tabla 2

Registro de Flechas Descendentes

Evaluaciones cognitivas / Flechas descendentes
Evaluación automática: “No tendré nada que decir o aportar con esta gente”
↓
Y si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí?, ¿por qué es tan importante para mí?
Evaluación encubierta: “porque lo que tenga que decir es aburrido para ellos”
↓
Y si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí?, ¿por qué es tan importante para mí?
Evaluación encubierta: “si no tengo nada que decir no querrán quedar más conmigo”
↓
Y si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí?, ¿qué ocurriría después?
Evaluación encubierta: “no tendré amigos, o no seré capaz de hacer amigos”

Con relación a las verbalizaciones de la tarea de las Flechas Descendentes, se realizó una explicación sobre la Asertividad y las habilidades sociales en contextos de

interacción social como los descritos en la Tabla 2. En relación a estas verbalizaciones, se realizó una explicación sobre los conceptos de sobreestimación, sesgo cognitivo que aumenta la posibilidad de que un hecho negativo ocurra, y catastrofización, tendencia a aumentar sus consecuencias, explicando otras posibles alternativas y practicando la flexibilidad cognitiva. Con el objetivo de continuar con la identificación de pensamientos automáticos en situaciones de interacción social, quedó como tarea para casa el Registro de Pensamientos Automáticos Negativos.

Sesión 5

Al inicio de la sesión se repasó el Registro de Pensamientos Automáticos Negativos. Seguidamente, en relación con el objetivo de la sesión; realizar una revisión y reevaluación del objetivo general de la participante, se describe en la Tabla 3, la elaboración de preguntas realizadas en relación con su objetivo.

Tabla 3

Ejemplos de preguntas para objetivo de la participante

Objetivo general de la participante: "Hacer más amistades"	
Preguntas abiertas	"Si vieras que tu objetivo ya se ha realizado, ¿qué señales notarías producto de ello?", "¿qué cosas notarían las personas importantes para ti?", "¿qué pequeña parte de ello ya crees que ha ocurrido?", "¿qué cosas hiciste para que eso pasara y cómo te sentiste?"
Preguntas de escala	"En una escala de 1 a 10, ¿dónde dirías que estás ahora mismo respecto a la consecución de tu objetivo?", "¿qué debería pasar para aumentar uno o dos puntos más?", "¿qué sería lo primero que notarías que ya estás en ese punto más?"

Respecto a los objetivos; introducir al concepto de evitación, identificar las estrategias de evitación emocional, e introducir el concepto de conductas impulsadas por la emoción”, se llevó a cabo la explicación y ejemplificación de las fichas relacionadas con estos objetivos, ficha de Registro de Evitación Emocional y registro de Identificación de Conductas Impulsadas por la Emoción. Estos registros quedaron como tareas para casa y consistían en describir situaciones durante la semana, y sus respuestas cognitivas, físicas y motoras que produjeran respuestas evitación, en lugar de respuestas de afrontamiento ante ciertos estímulos sociales, como, por ejemplo, acercarse a iniciar una conversación con conocidos.

Sesión 6

El objetivo de esta sesión fue; exponer el funcionamiento de las evitaciones emocionales y relacionarlo con las experiencias físicas asociadas. Se realizaron preguntas a la participante sobre las respuestas fisiológicas de ansiedad en eventos sociales. Se describen sensaciones como; mareo o vértigo, temblor y sudoración. Posteriormente se realizó una explicación acerca de cómo y por qué pueden producirse estas respuestas fisiológicas en situaciones de exposición social.

En relación con esto, se describieron situaciones donde la participante emite conductas de evitación, y por tanto no llega a experimentar habituación y una posterior bajada de intensidad respecto a sus respuestas fisiológicas. Como ejemplo, se describe la situación de participar en conversaciones de clase con sus compañeros, o acudir a reuniones sociales con amigos y conocidos.

Como tareas para casa se explicó el registro de Situaciones de Exposición Emocional, que consistirá en describir en la ficha una serie de situaciones disparadoras de respuestas de ansiedad o evitación.

Sesión 7

El repaso de las tareas está relacionado con el objetivo de esta sesión; desarrollar una jerarquía de situaciones de exposición emocional, e identificar conductas problema asociadas a la variable Asertividad. En relación con el estilo de comunicación asertivo, se explicó qué es, con ejemplos relacionados con la capacidad de expresar opiniones o emociones, realizar peticiones, o defender propios derechos.

Entre terapeuta y participante se repasaron las situaciones propuestas y se realizó una jerarquía definitiva de situaciones pre y post exposición. Se describió el orden de situaciones que generan mayores conductas de evitación y sensaciones físicas desagradables, como, por ejemplo, “rechazar una petición a un compañero de clase”. Para esta actividad, se recomienda exponerse en primer lugar a las situaciones que no refieran una puntuación ni demasiado alta ni demasiado baja.

Sesión 8

El objetivo de la sesión fue; evaluar la realización de las exposiciones emocionales. Se muestra en la Tabla 6, en el apartado de resultados, el registro de la Jerarquía de Exposición. En cuanto al objetivo; realizar un resumen de logros alcanzados, se realizaron preguntas abiertas con respecto a las áreas trabajadas, ejemplificadas en la Tabla 4. Las preguntas fueron dirigidas a reforzar el contenido de las sesiones de tratamiento, contenido

relacionado con los objetivos de la participante, conductas problema del análisis funcional, y las variables del estudio.

Tabla 4

Preguntas realizadas con respecto al resumen del tratamiento

Áreas de intervención del programa	Ejemplos de preguntas
Objetivos y motivación	“¿Qué crees que has hecho diferente para lograr este objetivo?, ¿cómo te has sentido al ver que podías lograrlo?”
Regulación emocional y conductas impulsadas por la emoción	“Cuando sientes gran activación emocional, ¿qué estrategias pones en marcha ahora en relación con lo visto en las sesiones?”
Flexibilidad cognitiva	“¿Qué estrategias utilizas para cuestionarte los pensamientos automáticos negativos?”
Asertividad y evitación emocional en situaciones sociales	“¿Cómo te sientes afrontando este tipo de situaciones?, ¿qué piensas antes de exponerte a esta situación, ¿qué estrategias de comunicación podrías destacar?”

Al final de la sesión se procedió a la evaluación post tratamiento de las variables de del estudio mediante los instrumentos SADS, RAS y DERS.

Tipo de diseño de estudio

Este trabajo es un estudio de caso único con una medida pre y post test. Por tanto, consta de una fase de evaluación inicial con el objetivo de planificar la intervención, y una evaluación al finalizar para observar los cambios producidos en las conductas objeto de estudio.

Resultados

Análisis funcional del caso

Se presentan en la Tabla 5 los resultados obtenidos de la Entrevista Clínica de Ansiedad Social de Pastor y Sevilla (2000), para la realización del Análisis Funcional.

Tabla 5

Análisis funcional

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
(1) Reunión informal con conocidos y desconocidos en una cafetería.	(1) Fisiológicas: sudoración, temblores, dolor de cabeza.	(1) A corto plazo: Escape de la situación (R-). Alivio de las sensaciones físicas de malestar (R-).
(1) Pensamientos anticipatorios: “no tengo mucho que aportar, no voy a encajar bien con esa gente”.	(1) Motoras: quedarme en silencio. Irme antes de hora de la situación. (1) Cognitivas: “creo que están pensando mal de mí”. Sesgo de confirmación; se buscan las informaciones que están en consonancia con las creencias previas.	(1) A medio-largo plazo: disminución de competencias interpersonales (C-). Aumento de la atención familiar por mi malestar (R+). Disminución del estado de ánimo (C-). Aumento de verbalizaciones negativas hacia mi misma (C+) y sentimientos de culpa y vergüenza.
(2) Cena con actuales compañeros del curso de idiomas.	(2) Fisiológicas: Nervios en el estómago, sudoración.	(2) A corto plazo: “Evito mirar a la gente y entrar en la conversación utilizando mi teléfono móvil” (R-). Alivio de sensaciones físicas de malestar (R-).
(2) Pensamientos anticipatorios: “No sé si estas personas podrán llegar a ser de confianza”, “No	(2) Motoras: Me quedo en silencio. Mirar el móvil para no entrar en conversación.	(2) A medio-largo plazo: Disminución de actividades

siento que pueda hablar libremente”.	(2) Cognitivas: Sesgo de abstracción selectiva. “Veo que algunas personas me miran más a mí”.	sociales (C-). Aumento de actividades gratificantes sola en el hogar (R+).
--------------------------------------	---	--

Nota. R+: refuerzo positivo, R-: refuerzo negativo, C+: castigo positivo, C-: castigo negativo. (1): antecedente número 1, (2): antecedente número 2.

De la entrevista y el análisis funcional se obtiene información acerca de algunos mecanismos de aprendizaje de la participante. Se describe un estilo de afrontamiento evitativo y ansioso ante ciertas situaciones sociales en las que se siente evaluada, así como ciertos pensamientos anticipatorios o creencias que en este caso cumplían la función de antecedente. Se observan pensamientos sobre ser rechazada, sobre la propia actuación, sobre las propias reacciones de ansiedad visibles, o sobre el juicio negativo de los demás. Entre las consecuencias, sus respuestas provocan en la participante una falsa sensación de control y alivio del malestar a corto plazo (refuerzo negativo), que es lo que está manteniendo el problema.

Por tanto, se extrae que la participante presenta un patrón de conductas condicionadas en algunas situaciones sociales que pueden estar favoreciendo su problema de ansiedad social. El patrón manifestado se mantiene especialmente por refuerzo negativo, evitando así las emociones desagradables y, contribuyendo a los déficits en Asertividad y baja Regulación Emocional que obstaculiza el reconocimiento y expresión de sus opiniones y emociones en público.

De igual forma, del Análisis Funcional se desprende que algunas conductas pueden estar manteniéndose por refuerzo positivo. Por un lado, la participante describe que

progresivamente ha ido enfocándose más en realizar actividades sola en su habitación, encontrando en ellas mayor valor apetitivo. En cuanto a los momentos de malestar que experimenta AS, se describe que puede estar coexistiendo una mayor atención familiar en casa, que está actuando como refuerzo positivo para ella.

Evolución en Ansiedad Social, Asertividad, y Regulación Emocional

Se muestran a continuación los resultados de las escalas para Ansiedad Social, Asertividad y Regulación Emocional, con puntuaciones transformadas (0-100), y sus diferencias entre las medidas pre y post.

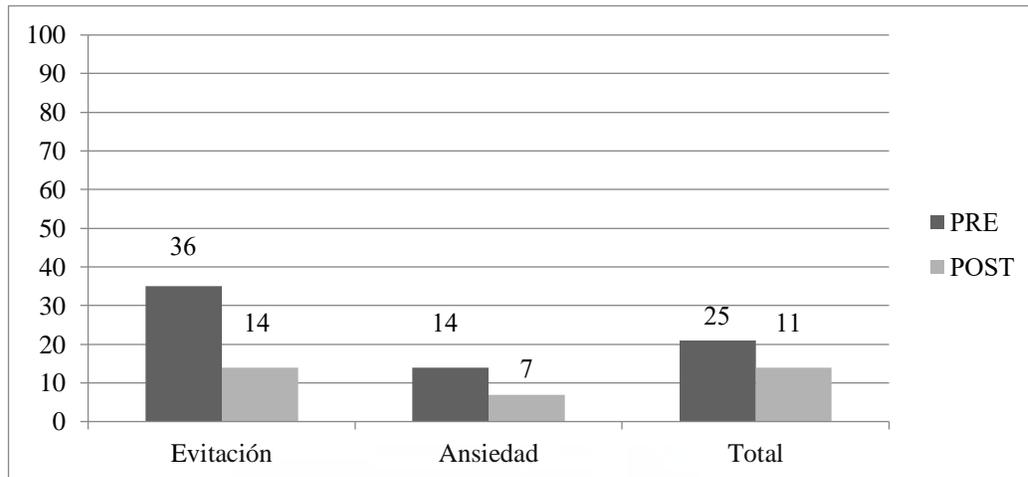
En la Figura 2, se muestran los resultados de la escala SADS para la variable de estudio Ansiedad Social y las dos dimensiones de la escala; Evitación y Ansiedad. En base a las puntuaciones de la escala SADS se observó que, tras la intervención se obtuvieron puntuaciones menores en ambas subescalas en comparación con las puntuaciones descritas antes del tratamiento, obteniendo en Evitación un porcentaje de mejora respecto a la puntuación total del 22%, 36 en la fase pre, y 14 en la fase post. En el factor Ansiedad, el porcentaje de mejora fue del 7%, 14 en la fase pre, frente a 7 en la fase post. Se observa que sus puntuaciones antes del tratamiento son mayores en ambas subescalas, especialmente en Evitación. Se describe una puntuación total de la escala de 25 en la fase pre y 11 en la fase post, obteniendo un porcentaje de mejora del 14% respecto a la fase pre.

Algunos de estos cambios se observaron, por ejemplo, en el ítem; “intento evitar situaciones que me obligan a ser muy sociable”, y el ítem; “intento evitar hablar con otras personas a menos que las conozca bien”, cambiando su puntuación en ambas respuestas de *verdadero* en la fase pre, a *falso* en la fase post. Por tanto, se observan cambios

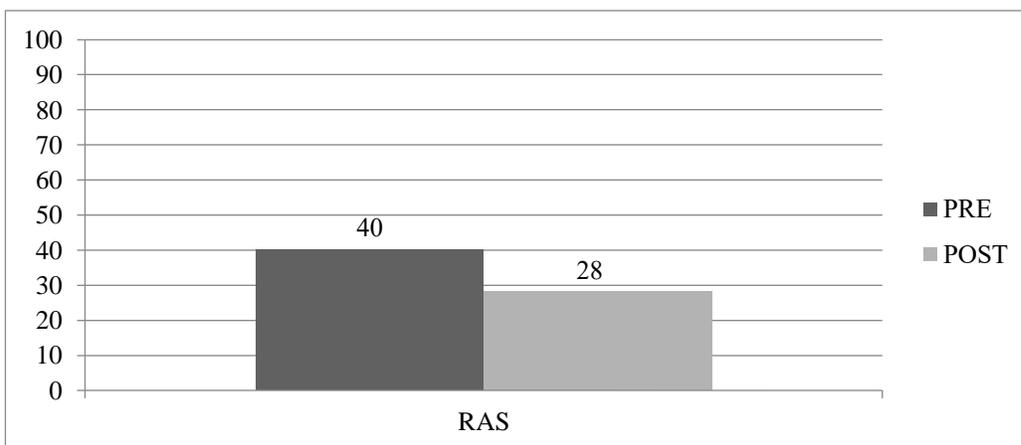
clínicamente relevantes presentando menores respuestas de Evitación y Ansiedad en relación con los ítems del cuestionario.

Figura 2

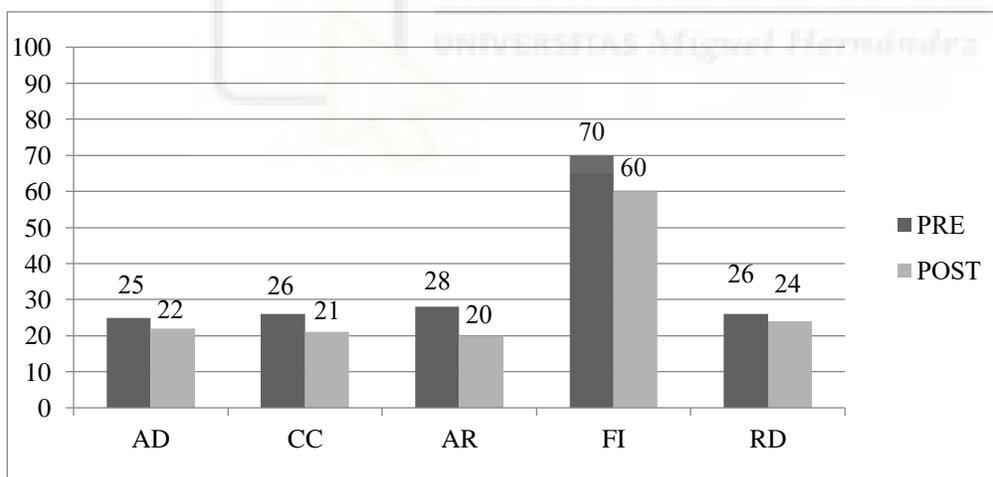
Puntuaciones Pre/Post. Ansiedad Social (SAD)



En cuanto a los datos del RAS (Figura 3), para la variable Asertividad, se hallaron cambios en la participante en sus puntuaciones, 40 puntos en la fase pre, frente a 28 en la fase post, con un porcentaje de mejora del 12% respecto a la fase pre. Algunos de estos cambios se observaron, por ejemplo, en el ítem; “cuando me piden que haga algo, insisto en saber por qué”, teniendo en la fase pre una respuesta de; *bastante extraño en mí, muy poco descriptivo*, respecto a la respuesta obtenida en la fase post; *bastante característico de mí*. Otro de los ítems donde se observa un cambio relevante en la puntuación fue en; “evito entablar conversaciones con nuevos conocidos”, obteniendo una respuesta en la fase pre de; *muy característico de mí*, respecto a la fase post; *bastante extraño en mí, muy poco descriptivo*. Por consiguiente, se observa una evolución favorable, presentando un estilo de comunicación y relacional menos pasivo a nivel social, y por tanto, emitiendo más respuestas asertivas.

Figura 3*Puntuaciones Pre/Post. Asertividad (RAS)*

En la Figura 4 se presentan los resultados para la variable regulación emocional extraídos de la escala DERS.

Figura 4*Puntuaciones Pre/Post. Regulación Emocional (DERS)*

Nota. Atención/Desatención (AD), Claridad/Confusión (CC), Aceptación/Rechazo (AR), Funcionamiento/Interferencia (FI), Regulación/Descontrol (RD)

En cada uno de los factores se produjo un cambio, reduciendo, y por tanto mejorando, los datos de la evaluación pre, pues a mayor puntuación, mayor desregulación emocional. Los cambios más significativos entre las dos fases se encontraron, por ejemplo, en el factor Aceptación/Rechazo, 28 frente a 20, obteniendo un porcentaje de mejora del

8% respecto a la puntuación total en la fase pre. Este factor describe la percepción que la participante tiene de sí misma en cuanto a aceptar ciertos estados emocionales que ella considera como negativos. Se describe como ejemplo de este factor el ítem; “cuando me siento mal, me siento culpable por ello”, obteniendo en la fase pre como respuesta; *casi siempre*, respecto a su respuesta en la fase post; *algunas veces*.

Otro de los factores donde se obtuvieron cambios clínicamente relevantes fue en Funcionamiento/Interferencia (70 frente a 60), un 10% de mejora respecto a la puntuación total en la fase pre. Este factor trata de explicar la relación de la participante con su entorno, con sus actividades diarias, o con las relaciones sociales cuando siente estados emocionales que se perciben como amenazantes, intensos, o que generan algún tipo de malestar. Como ejemplo, se describe un cambio en las respuestas de la participante en el ítem; “cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme”, obteniendo como respuesta en la fase pre; *casi siempre*, frente a su respuesta en la fase post; *algunas veces*. Otro de los ítems de este factor donde se registraron cambios fue en; “cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar en cualquier otra cosa”, obteniendo como respuesta en la fase pre; *la mayoría de las veces*, frente a *casi nunca* en la fase post. Por consiguiente, se muestra una mejor conciencia y aceptación emocional en situaciones que habitualmente generan emociones intensas y provocan malestar en la participante.

Cambios de la Jerarquía de Exposición

En la Tabla 6 se muestra la jerarquía realizada en la sesión 7. Se observa una disminución tanto en la Evitación, como en la Angustia subjetiva percibida.

Tabla 6*Jerarquía de Exposición pre y post*

Orden de jerarquía	Descripción	Evitación (0-10)		Angustia (0-10)	
		Pre	Post	Pre	Post
1	Hablar de forma extendida en público delante de varios desconocidos	9	NE	6	NE
2	Rechazar alguna petición de un compañero de clase de inglés	8	5	6	2
3	Quedar con amigos, que haya alguna persona que no conozco y participar más de la interacción	6	3	5	3
4	Quedar con amigos para tomar algo	4	NE	2	NE

Nota. NE: No Exposición, Pre: antes de la exposición, Post: después de la exposición

Tal y como se observa en la Tabla 6, en las dos situaciones se han encontrado diferencias entre sus puntuaciones pre y post. En cuanto a la situación 2, presentaba mayores puntuaciones antes de la exposición, y, por tanto, suponía mayor dificultad para ella, hallándose 3 y 4 puntos de diferencia en Evitación y Angustia respectivamente. De estos resultados se podría extraer que, en la exposición a esta situación la participante mejoró su comunicación asertiva frente a las demandas de los demás, logrando rechazar peticiones y expresando sus opiniones. En cuanto a la situación 3, presenta 3 y 2 puntos de diferencia en Evitación y Angustia respectivamente, lo que puede significar una mejor predisposición a realizar esta actividad. Como resultado general de la Jerarquía de Exposición, la participante logró aumentar su tolerancia al malestar y practicar un

afrontamiento más adaptativo ante las diferentes situaciones planteadas, lo que podría mejorar su autoeficacia ante eventos de este tipo.

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la efectividad de una adaptación del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU) (Barlow et al., 2019), para un caso de ansiedad social. Dicha efectividad partía de la hipótesis de que los resultados que se extraerían de la fase de evaluación una vez finalizado el programa de intervención, mejorarían los síntomas relacionados con este desorden emocional y las conductas problema asociadas a las variables evaluadas, encontrando cambios favorables en los resultados del estudio.

Derivados de los resultados post, se observa una disminución de las respuestas de evitación social, ansiedad, y el juicio negativo, que provocaban pensamientos poco adaptativos automáticos que la participante realizaba ante la posibilidad de asistir o encontrarse en determinadas situaciones sociales, o bien, antes de la exposición a estas situaciones. La práctica en flexibilidad cognitiva permitió a la participante realizar interpretaciones alternativas más adaptativas, disminuyendo los pensamientos automáticos negativos. Estos resultados coinciden con los estudios de Steele et al. (2018), quienes aplicaron técnicas basadas en el PU, como la exposición imaginada o en vivo, y la flexibilidad cognitiva, encontrando buenas evidencias en sus resultados para el tratamiento del TAS.

En cuanto a los resultados de la variable Asertividad, se ajustaron las técnicas a las situaciones problemáticas de la participante, enfocándose en su sintomatología, en la que predominaban las respuestas de evitación, sesgos de catastrofización y sobreestimación, y

déficits en habilidades sociales, que conducían al mantenimiento de algunas conductas problema, con una tendencia de interacción social de estilo pasivo y evitativo. En relación con estos cambios observados, se obtuvieron diferencias respecto al inicio del tratamiento que mostraban menores carencias en el repertorio de habilidades sociales y asertivas, como, por ejemplo, en la manera de exponerse a ciertas situaciones sociales, como su participación en clase, o lugares donde debía tener mayor interacción con desconocidos. Estos resultados están en consonancia con los estudios de Wagner et al. (2014), que describieron resultados favorables en una muestra (n=44) con TAS, donde se aplicó una intervención basada en el entrenamiento de habilidades sociales, encontrando diferencias significativas en aspectos como; “hablar con desconocidos”, o “hablar en público”.

En relación a la variable Regulación Emocional, se observó en la participante que su baja regulación e identificación emocional producía mayores respuestas de ansiedad y evitación. Tras el tratamiento, la participante describe una mayor conciencia de sus emociones, destacando el valor de los registros destinados para tal efecto, ya que generaron gran adherencia y cumplimiento, así como una mejor identificación de los factores contextuales y antecedentes o estímulos desencadenantes de la respuesta emocional. Estos resultados concuerdan con los resultados del estudio de (Facio et al., 2019), que expone que el enfoque transdiagnóstico puede explicar y abordar el papel de emociones como la culpa, el enfado, o la vergüenza, que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los TE. Estas aportaciones se observaron en el análisis funcional de este estudio de caso, ya que fueron emociones que favorecían el mantenimiento de algunas conductas problema.

En cuanto a la jerarquía de exposición realizada, se observan en la participante cambios favorables en su nivel de angustia percibida y la motivación por exponerse a las situaciones temidas. Sin embargo, debido a la temporalización, no se pudo tener

disponibilidad de la participante para un mayor número de sesiones, o aplicación de sesiones de seguimiento, por lo que no se pudo realizar un mayor entrenamiento en estas técnicas de exposición, lo que hubiera permitido mayor alcance y generalización de los resultados. Esto coincide con los estudios de Caballo et al. (2019) y Martínez et al. (2019), cuyas aportaciones describen que las exposiciones deben tener una práctica repetida, lo que contribuiría a asentar los resultados a medio-largo plazo, promoviendo una mejor gestión de pensamientos negativos, y considerando el valor real de la amenaza ante situaciones que provocan malestar.

Como posible limitación del estudio, y en relación a la evaluación del SADS, se infiere una importante necesidad de aprobación en la participante, síntoma inherente en el TAS, por lo que de acuerdo con los estudios de Helmes et al. (2015) y Rogers (2008) sobre discapacidad social, este sesgo podría haber influido en la tendencia a mostrarse de una manera más favorable en la evaluación realizada, y, por tanto, los resultados pudieron no mostrar totalmente la existencia de los síntomas de ansiedad social que, por otro lado, sí quedaron representadas en otras evaluaciones realizadas como el análisis funcional o los autorregistros.

Con todo, a la vista de los resultados obtenidos, se describe que la aplicación del PU como estrategia de intervención para este estudio de caso fue adecuada, puesto que se observaron cambios favorables en las variables de estudio. Sin embargo, es necesario comentar que este estudio de caso debe analizarse teniendo en cuenta sus limitaciones, dado que es un trabajo de caso único y no pueden generalizarse los resultados. Por ello, resulta conveniente realizar programas de tratamiento basados en el PU con estudios de tipo experimental, lo que permitiría hacer un análisis más extenso de los cambios clínicos y afianzar su eficacia en diferentes trastornos emocionales.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Barlow, D., Farchione, T., Bullis, J., Gallagher, M., Murray-Latin H., Sauer-Zavala S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J., Ametaj, A., Carl, J., Boettcher, H., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared with Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *174*(9), 875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D., Farchione, T., Sauer-Zavala, S., Murray, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H., & Cassiello-Robbins, C. (2019). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*. (2ª ed.). Oxford University. Alianza Editorial. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190686017.001.0001>
- Bobes, J., Badía, C., Luque, A., García, M., González, M. P., Dal-Ré, R., & Grupo de Validación en Español de Cuestionarios de Evaluación de la Fobia Social (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, *112*, 530-538.
- Caballo, V.E., Salazar, I., & Hoffman, S. (2019). Nueva intervención multidimensional para la ansiedad social: un programa IMAS. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, *33*(1), 149-172.
- Carrasco, J., Clemente, M., & Llavona, L. (1984). La evaluación de la aserción a través de los inventarios de Rathus y de Gambrill y Richey. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, *2*, 121-134.

- Cassiello-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., & Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Castellanos, C., Osma, J., Crespo, E., & Fermoselle, E. (2015). Adaptación grupal del Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales. *Agora i Salut*, 15, 151-162. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.2.15>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2^a ed.). Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Del Valle, M., Betegón, E., & Irurtia, M. J. (2018). Efecto del uso de estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad en adolescentes españoles. *Suma Psicológica*, 25, 2, 153-16. <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi.2018.v25.n2.7>
- Emmelkamp, P. M. G., Meyerbröker, K., & Morina, N. (2020). Virtual Reality Therapy in Social Anxiety Disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 22, 32. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01156-1>
- Encuesta Nacional de Salud (ENSE), (2017). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *SG información sanitaria. Informe de Salud Mental*.
- Eustis, E. H., Gallagher, M. W., Tirpak, J. W., Nauphal, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). The Unified Protocol compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: 12-month follow-up from a randomized clinical trial. *General hospital psychiatry*, 67, 58–61. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.08.012>
- Facio, A., Abdala, M. V., & Groh, J. (2019). El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales. *Investigaciones en Psicología*, 24(2). <https://doi.org/investigpsicol.a24n2a>

García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2001). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation scale and the Social Avoidance Distress Scale in an adolescent Spanish speaking population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 51-59.

<https://doi.org/10.1023/A:1011043607878>

González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Adrian Medrano, L., & Cano-Vindel, A. (2018). & el Grupo de Investigación PsicAP Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio *PsicAP*. *Revista Ansiedad y Estrés*, 24(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.

<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Helmes, E., Holden, R. R., & Ziegler, M. (2015). Response bias, malingering, and impression management. *Measures of personality and social psychological constructs*, 16-43, Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-386915-9.00002-4>

Martínez-Castillo, P., Neira-Romeral, P. P., Martín-Martín, C., & Gómez-Gutiérrez, M. (2019). Evaluación y Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad social. *Revista de casos clínicos*, 7(1), 63-77.

- Muñoz-Martínez, A. M., Vargas, R. M., & Hoyos-González, J. S. (2016). Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS): Análisis Factorial en una Muestra Colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 19 (1), 233-244.
[https:// DOI: 10.14718/](https://doi.org/10.14718/)
- Norton, P. J., & Roberge, P. (2017). Transdiagnostic therapy. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 675-687. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.003>
- O'Day, E. B., Butler, R. M., Morrison, A. S., Goldin, P. R., Gross, J. J., & Heimberg, R. G. (2021). Reductions in social anxiety during treatment predict lower levels of loneliness during follow-up among individuals with social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 78, 102362. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102362>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Trastornos mentales, datos y cifras*. Recuperado el 28 de octubre de 2021 desde <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-disorders>.
- Osma, J., Suso-Ribera, C., García-Palacios, A., Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sánchez-Guerrero, A., Ferreres-Galan, V., Pérez-Ayerra, L., Malea-Fernández, A., & Torres-Alfosea, M. A. (2018). Efficacy of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in the Spanish public mental health system using a group format: Study protocol for a multicenter, randomized, non-inferiority-controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0866-2>
- Pastor, C., & Sevillá, J. (2000). Tratamiento psicológico de la fobia social. *Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta*. Valencia.
- Portillo-González, C., Marín-Martín, C., & Gonzalo-Hervás, T. (2020). Aplicación individual del tratamiento transdiagnóstico a un caso de ansiedad generalizada. *Ansiedad y Estrés*, 26(1), 9-13 <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.12.002>

- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertiveness. *Behavior Therapy*, 4, 398-406. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0)
- Rogers, R. (2008). An introduction to response styles. *Clinical assessment of malingering and deception*. (3^a ed.). 3-13. Guilford.
- Swee, M. B., Kaplan, S. C., & Heimberg, R. G. (2018). Assertive behavior and assertion training as important foci in a clinical context: The case of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Science and Practice*, 25(1), Article e12222. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12222>
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of psychiatric research*, 104, 211-216. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2018.08.005](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.005)
- Villa, H., Botella, C., Quero, S., Ruipérez, M. A., & Gallardo, M. (1998). Propiedades psicométricas de dos medidas de autoinforme en fobia social: Miedo a la evaluación negativa (FNE) y escala de evitación y ansiedad social (SAD). *Póster presentado en el I Simposio sobre Fobias y otros Trastornos de Ansiedad*. Granada, España.
- Wagner, M. F., Pereira, A. S., & Oliveira, M. S. (2014). Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad Social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. *Psicología Conductual/Behavioral Psychology*, 22(3), 423-457.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457. <https://doi.org/10.1037/h0027806>