

# HABLANDO CON EL CORAZÓN EN LA BOCA

## Intervención en un Caso de Miedo a Hablar en Público con Aplicación de PNL y EFT.

Mary Esther Rodríguez Gamboa\*

Walter Jesús Ojeda Murguía \*\*

### RESUMEN

A continuación se presenta un estudio de caso en el que se aplica las Técnicas de programación Neurolingüística y la Técnica de Liberación Emocional en un consultante que manifiesta tener Miedo para Hablar en Público (MHP). La metodología de intervención se basó en un abordaje psicológico integrativo, con estrategias basadas en el anclaje de recursos para el fortalecimiento de las habilidades orales del consultante, además se trabajó submodalidades sensoriales para menguar los recuerdos negativos asociados al MHP, así como la reducción de emociones asociadas a lo mismo, favoreciendo la disminución de síntomas fisiológicos, motores y cognitivos. Los resultados se evaluaron con la Escala SUDS y con dos test proyectivos; El Test de la Persona Bajo la Lluvia y El Test Casa – Árbol – Persona, antes y después de la intervención, los principales resultados fue la disminución de síntomas del Miedo a Hablar en Público, como el temblor en las piernas, hiperhidrosis palmar y taquicardia, así como la evitación de exponer o terminar rápido de hacerlo, además de la autoevaluación y la percepción de la coevaluación negativa.

**Palabras clave:** Miedo a Hablar en Público, Programación Neurolingüística, Técnica de Liberación Emocional.

### ABSTRACT

Below is a case study in applying the techniques of neurolinguistic programming and Emotional Freedom Technique on a client who have manifested Public Speaking Fear (MHP). The methodology followed was based on an integrative psychological approach, with strategies based on resource anchor to strengthen oral skills consultant also worked to diminish sensory submodalities negative memories associated with the MHP and emotions reduction associated to the same, favoring decreased. physiological symptoms, motor and cognitive. The results were assessed with the Scale SUDS and two projective test, the Test of Person in the Rain and The Test House - Tree - Person, before and after the intervention, the main results was the decrease in symptoms Speaking Fear in public, as the tremor in the legs, palmar hyperhidrosis and tachycardia, as well as avoidance of exposing or quick end to, in addition to the self and the perception of negative peer assessment.

**Keywords:** Fear of Public Speaking, NLP, Emotional Freedom Technique.

\*Alumna de VII Ciclo del Curso de Consejo Psicológico. Esc. Psicología Universidad Cesar Vallejo..

Correspondencia: [mergyz@gmail.com](mailto:mergyz@gmail.com)

\*\* Docente Esc. Psicología Universidad Cesar Vallejo

Actualmente hay un gran número de personas que padecen de dificultades para hablar frente al público, o quizá a lo largo de su vida por lo menos una vez han experimentado sensaciones, pensamientos o conductas asociadas a esto. El poder hablar en público trae muchos beneficios sociales, sin embargo existen personas que quisieran expresar sus ideas en público, pero la falta o escasas habilidades, o el propio medio no les permiten hacerlo (Bados, 2005). Por lo que muchos prefieren evitar estas situaciones o tienen una actuación con notables deficiencias durante la exposición. El DSM IV hace diferencias entre los ataques de pánico y el trastorno de pánico, es decir, se puede diagnosticar ataques de pánico relacionados a situaciones sociales, con criterios enfocados en la Fobia Social, y no sólo incluye el temor a situaciones sociales por miedo a actuar de manera humillante, sino también por mostrar síntomas de ansiedad con respuestas fisiológicas (APA, 1994, citado por Gallego, 2006); características parecidas al Miedo a Hablar en Público (MHP).

Asimismo, Clevenger (1955, citado por Bados, 1986) opina que el MHP es una condición emocional en donde la emoción supera al intelecto en la extensión en que la comunicación queda perjudicada, ya sea en la recepción y en la emisión del mensaje, y donde el estímulo de la emoción es la situación de hablar en público. El MHP ha sido revisado por diversos autores, as así que Orejudo, Nuño, Fernández, Herrero, y Ramos (2006) refieren que hay autores que relacionan al MHP con factores biológicos o con factores cognitivos. Y los autores que cita Bados

(1986) la relacionan con factores conductuales o la distinguen entre estado de MHP y rasgo de MHP.

Este miedo escénico tiene características como la ansiedad que provoca respuestas físicas (Freimuth, 2006, citado por García, Toral, & Murelaga, 2012). Cosa que termina perjudicando la calidad de comunicación oral que se pretende realizar, produciendo una coevaluación y autoevaluación negativa. Por lo que, este miedo se concibe como la suma de tres sistemas de respuestas: el cognitivo, motor y autónomo, que interactúan entre sí, aunque no tiene por qué correlacionarse de un modo elevados; pues la aparición de estos componentes viene inducida por estímulos externos (socio-ambientales) e internos (cognitivos y fisiológicos). Es así, que se tiene la siguiente clasificación (Bados, 2001, citado por Bados 2005):

Dentro de este sistema cognitivo aparecen dificultades para concentrarse, recordar el discurso, asimismo ocurre una autoevaluación negativa y una fijación en los síntomas somáticos y en los errores, además de tener temor ser criticados, acompañado de pensamientos negativos, donde estos reflejan también una serie de errores cognitivos típicos: como la subestimación propia y sobrestimación de las expectativas ajenas, atención selectiva a las reacciones negativas de los demás hacia uno y falta de atención a las reacciones positivas, así como las interpretaciones erróneas y negativas del comportamiento de los demás (percibir crítica y desaprobación donde no las hay o exagerar su grado de

intensidad u ocurrencia) y la atribución de éxito a factores externos.

Por otro lado las respuestas de tipo motor (conductuales), pueden considerarse las conductas de escape y evitación de las situaciones en donde se tenga que hablar en público, así como la perturbación en la actuación (gestos faciales, expresión de miedo, sonrisa o risa inapropiada, inexpresividad facial, voz monótona, voz baja, gestos de inquietud, tartamudeo, vocalización deficiente, incoherencias, postura rígida o cerrada, encogimiento postural, y otros). Cuando las circunstancias impiden eludir la situación temida, aparecen conductas defensivas como beber alcohol antes de la charla, leer notas, evitar el contacto visual con el público, o acabar lo antes posible, etc.

En este sistema autónomo (fisiológico) se observan reacciones como taquicardia, temblor (voz y manos), parpadeo excesivo, hiperhidrosis palmar o en otra parte del cuerpo, sonrojamiento de las mejillas, músculos tensionados, malestar gastrointestinal, boca seca, y urgencia urinaria. Las personas con MHP asignan a estos síntomas más intensidad y una mayor frecuencia que los demás podrían observar en ella. En ocasiones estos síntomas y signos pueden alcanzar niveles muy altos de intensidad, por lo que pueden ser considerados como ataques de pánico.

Asimismo, la ansiedad que se manifiesta al hablar en público es uno de los temores más frecuentes entre la población universitaria, que si bien no llega a alcanzar criterios de patología;

salvo en una pequeña proporción, condiciona a más de la mitad de los estudiantes (Montorio, Fernández, Lázaro y López, 1996, citados por Orejudo et al., 2006). Dentro de este entorno, el MHP tiene influencia, en muchos casos, en el abandono de los estudios y el sufrimiento personal (Straham, 2003, citado por Orejudo et al., 2006). Es por eso que la capacidad de comunicación oral es una de las competencias en formación general que se contemplan en el nuevo contexto curricular universitario en todas áreas de comunicación, ya que los estudiantes en la actualidad la reconocen como imprescindible en su formación académica (García et al., 2012), he ahí la importancia de la aplicación de diferentes técnicas para que el Miedo a Hablar en Público como en este caso la Programación Neurolingüística (PNL) y la Técnica de Liberación Emocional (EFT); técnicas con efectos a corto plazo.

Pues la utilidad de la PNL ha resultado ser muy valiosa para los contextos empresariales, asimismo se considera que es una herramienta fundamental para el desarrollo personal (Mohl, 2006), donde el lenguaje verbal y no verbal, estructuran los sistemas de percepción y representación, dado eso, el sistema de creencias creará programas o esquemas motores (Bórquez, 2002). Además es entendida como una magnífica colección de técnicas altamente eficaces de comunicación y transformación de la conducta (Stahl, 2000). O tal como lo decía Richard Bandler: “Creo que es muy apropiado describir la PNL como un proceso educativo. Básicamente

desarrollamos maneras de enseñar a la gente a usar su propia cabeza” (Bertolotto, 1996). Por la misma senda, Bandler (2004), señala que la PNL representa una manera de enfocar el aprendizaje humano, siendo más que parte de una terapia; un proceso educativo.

En este caso, la posición perceptiva (asociada o disociada) toman un papel importante durante la intervención, la cual se basa en la capacidad humana para asociarse y disociarse subjetivamente de las experiencias que le suceden, lo que se espera es que se actúe con flexibilidad y cabiar de una posición a otra, según convenga; pues aquellas personas con posición asociada, demuestran ser egocéntricas y egoístas, y los que están en la segunda posición son meramente empáticos tratando de complacer al resto y no a ellos mismo (Dilts, 1990, citado por Bórquez, 2002). Y los que vivan en la tercera posición (disociada objetiva) serán espectadores de la vida, y para que esta posición sea útil, se necesita estar en un estado de plenitud de recursos muy fuerte, pues se contempla el comportamiento a fin de poder hacer una evaluación y generar opciones útiles en cualquier situación difícil (O'Connor & Seymour, 2007).

Para lograr efectos positivos en la intervención existen diferentes técnicas y acá se recogen las principales (Bórquez, 2002): Los anclajes: estímulos que son utilizados en etapas concretas de las estrategias y/o estado interno para producir la capacidad de hacerlo por sí misma (anclas de recursos). En este caso, para poder

hablar en público se produce en la intervención un anclaje de recursos para que el cliente los pueda utilizar en el momento adecuado, usando la técnica conocida como “Rescatando recursos”, entre otras, como el círculo de la excelencia (Armas & VonRuster, 2009). Y también el tratamiento de Fobias y traumas; submodalidad de doble disociación, que le permite contemplar el proceso traumático, para luego desprogramar la secuencia original con que dicho evento ingresó y permaneció latente en su mapa, como es el caso del miedo a hablar en público.

La técnica de liberación emocional (EFT) es otra de las técnicas de intervención en el MHP, pero para poder comprender la EFT es necesario entender la acupuntura, técnica china, con la EFT los puntos que se manipulan en la acupuntura son tapeados (tapping) en vez de utilizar agujas, se hace presión con los dedos, siendo esa su diferencia básica. Esta establece que la causa de todas las emociones negativas es una desarmonización del sistema energético del cuerpo y que si las emociones negativas no se resuelven a tiempo, se contribuye a la formación de la mayoría de nuestras enfermedades (Valencia, 2009). Además Solvey y Solvey (2006, citado por Moreno y Morillo, 2009) la clasifica dentro de las Terapias de Energía.

Los desequilibrios en el sistema energético del cuerpo humano tienen efectos profundos en la configuración psicológica de cada uno, por lo que las emociones negativas son las causantes de muchos problemas somáticos. (Núñez, 2005). Corregir estos

desequilibrios energéticos, se consigue haciendo tapping y con tan sólo golpear levemente cerca de los terminales de los meridianos energéticos, se pueden experimentar cambios profundos en la salud emocional y física (Ferrer, 2011).

Se distingue entre dos puntos principales antes de empezar la técnica: el punto sensible y el punto Kárate, Craig (2009) señala que frotar el punto sensible es más efectivo que hacer el tapping sobre el punto Kárate, sin embargo el segundo actúa cuando hay algún tipo de bloqueo. Luego de haber encontrado el punto inicial se sigue con esta secuencia de tapping: ceja, lado del ojo, debajo del ojo, debajo de la nariz, debajo de la boca, debajo del brazo, dedo pulgar, dedo índice, dedo medio, dedo meñique, punto de karate. El tapeado de estos puntos debe ser confortable, ni muy fuerte ni muy liviano (Valencia, 2009).

Lo central de la técnica del tapeo es concentrarse en el problema y describirla con una frase específica, si es así dará mejores resultados (Valencia, 2009). Por lo tanto la frase recordatoria que hace referencia al problema es simplemente una frase corta que se debe repetir en voz alta cada vez que se hace el tapping (Craig, 2009). Además, las unidades subjetivas de la escala de angustia es una manera muy fácil de determinar cuál es la intensidad de un problema, la cual se puntúa del 0 al 10, que se utiliza para medir la intensidad emocional de un tema. La mejor manera de utilizar la técnica es medir con SUDS antes de tapear, luego de una secuencia lo medimos y seguimos tapeando hasta

que la medición llegue a 0 (Valencia, 2009).

Lo que sugieren las técnicas anteriormente mencionadas es que gracias a su apropiada aplicación se podrá conseguir el objetivo del proceso terapéutico, pues con la PNL se logrará formar un anclaje de recursos para que el cliente pueda utilizarlos a su beneficio cada vez que así lo disponga y con la EFT, al hacerla habitual, conseguirá eliminar o minimizar (si se quiere) las emociones negativas asociadas al MHP, pues Según Craig (1998, citado por Moreno y Morillo, 2009) se ha comprobado la efectividad de la técnica en diferentes asuntos, como adicciones, alergias, ansiedad, manejo de ira, dislexia, miedos y fobias, culpa, potenciación de desempeño como es el caso de Hablar en Público con más efectividad, como en este caso se pretende conseguir con la intervención.

A continuación se presenta un estudio de caso en el que se aplican estos procedimientos terapéuticos en un sujeto que padece de MHP.

## **MÉTODO**

### ***Sujeto***

Luis es un consultante de 17 años de edad con problemas de exponer sus ideas frente al público (MHP). Esto le sucede desde que ingresó a la Universidad, aproximadamente hace 1 año y medio, y la situación que desencadenó el problema fue una exposición en un curso de Habilidades Comunicativas, donde tuvo reacciones fisiológicas, motoras y cognitivas asociadas al MHP. Se trata del segundo

de tres personas, actualmente no vive con sus padres, pues estos están en otra ciudad por trabajo, por lo mismo no conocen el problema que éste manifiesta. Las únicas personas que conocen este problema son sus primas Bonnie (21 años) y Paula (23 años), que son las personas con las que mantiene más confianza. En cuanto a la autopercepción de la personalidad se rescata que él se define como alegre y estudioso. Así también en su jerarquía de valores estima que el respeto es uno de los valores que priman en él y en el aspecto negativo de los valores no le agrada que las personas se burlen de otras debido a discapacidades u otros problemas. Regularmente se acuesta a las 12 y media de la noche y aproximadamente duerme 10 horas, y generalmente se despierta de buen humor. En su niñez cuando se sentía nervioso, la conducta que mostraba era morderse las uñas, cosa que sucede actualmente, también.

Las reacciones fisiológicas, relacionadas al MHP, que tenía eran taquicardias, sudoración palmar, malestar estomacal, y temblor en las piernas. Asimismo, las reacciones motoras que manifestaba era terminar de exponer de la manera más rápida y permanecía en un solo lugar cuando exponía. Sus reacciones cognitivas que tenía era la autoevaluación negativa y la fijación en los síntomas somáticos, además de tener errores cognitivos como la percepción inadecuada de las miradas de sus compañeros de clase, así como la certeza de que lo estaban criticando. Esto sucedía con más frecuencia cuando exponía frente a compañeros nuevos, puesto que cuando

se encontraba con sus compañeros esto ocurría con más baja intensidad.

### ***Medidas utilizadas***

Para valorar los resultados se utilizaron medidas antes y después de la intervención, una de ellas fue el Test de la persona bajo la lluvia (Querol y Chavez, 2004) para medir su respuesta frente a estresores, además de otro proyectivo como el Test Casa-Árbol-Persona de John N. Buck (1949, citado por Pérez, 2003) en donde se desea saber cuál es la percepción de sus asociaciones con la vida hogareña y las relaciones intrafamiliares, la percepción de sus aspectos más profundo y de su fortaleza, así como su autopercepción.

### **Objetivo de la Intervención**

El objetivo es que al finalizar el proceso terapéutico Luis tendrá la fortaleza necesaria para exponer en público, minimizando las respuestas fisiológicas, las respuestas motoras y cognitivas, las cuales eran su principal preocupación a la hora de hablar frente a sus compañeros de clase, sobre todo si algunos de ellos no eran conocidos por el consultante. Es por eso que la terapeuta recurrió a técnicas basadas en un enfoque psicológico integrativo, es decir la aplicación de Programación Neurolingüística con anclaje de recursos y movilización de traumas, así como la utilización de la Técnica de Liberación Emocional, pues se pretendía remover las emociones negativas relacionadas al MHP.

## **INTERVENCIÓN**

En el primer contacto se logró establecer un adecuado rapport con el consultante, ya que hubo una apropiada interacción y comunicación, al principio de las sesiones éste se mostraba ansioso, ya que manifestó que antes no había tenido relación con algún psicólogo, pero conforme pasó el tiempo se mostró más colaborador. En la segunda y tercera sesión se procedió preguntarle datos acerca de su vida, en los que se pudo rescatar que el MHP se inició en una exposición que el hizo frente a sus compañeros y profesor en un curso de Habilidades Comunicativas. Además él manifestó: “cada vez que salgo a exponer frente a mis compañeros, siento temor y cuando estoy frente a ellos me empiezan a sudar las manos y mi corazón se acelera, por lo que prefiero exponer rápido para salir de esa situación”, por lo que estableció el objetivo de la intervención en acuerdo con él. En la cuarta sesión se aplicó el pretest, para conocer su estado actual relacionado al MHP, con respecto a su personalidad y su respuesta frente a estresores, además de la escala de SUDS, en donde el consultante colocó una puntuación de 8 a problema que manifestó. En la quinta sesión se le comunicó al paciente los resultados de la primera evaluación, en donde se le habló de los aspectos positivos y negativos recogidos en ésta.

Ya en la Sexta sesión hasta la Décima se procedió, de acuerdo al objetivo planteado, empezar de forma gradual el proceso de intervención; lo cual constaba de cinco técnicas de PNL y de la EFT. Por lo tanto en la Sexta sesión el objetivo era lograr que se relaje con la técnica “El tren”, en donde

el paciente poco a poco se fue olvidando de los problemas que había tenido en la semana anterior y así consiguiera entrar en un estado de relajación, en esa misma sesión se aplicó la técnica “Calma en vez de Estrés”, con la finalidad de que cada vez que se encuentre frente a hechos que le perturben, en este caso exponer frente al público logre calmarse antes que responder de manera negativa. En la Séptima sesión el objetivo era que paciente aprenda a generar recursos para afrontar situaciones conflictivas, en este caso el MHP, a través de la técnica de PNL: “Rescatar los Recursos”, donde se consiguió que rescate y genere los recurso de autoconfianza y la motivación de logro para poder hablar en público.

Luego en la Octava sesión, el objetivo fue que aprendiese una nueva forma de expresar sus ideas sin autovalorarse negativamente, con la técnica “Adquiriendo seguridad de uno mismo respetuosamente”, en donde el consultante aprendió cómo cambiar el significado de sus limitaciones por pensamientos de optimismo, para así actuar con seguridad cuando quiere decir lo que piensa. En la Novena sesión, se puso en práctica la técnica “Superando el pánico de escena”, el objetivo en esta ocasión era aprender a superar la ansiedad generada por exponer frente al público, en donde el consultante eligió la escena que se desencadenó el MHP, La evaluación de estas técnicas se hicieron a través de “*el puente al futuro*”, en donde se corroboró la efectividad de las mismas, además en las últimas 2 técnicas se trabajó con submodalidades sensoriales

y en las primeras con la disociación objetiva.

En la misma sesión seguido de la aplicación de la última PNL, se empezó la aplicación de la EFT en donde el paciente trabajo con la frase “Tengo miedo a expresar mis opiniones”, esta antes de empezar la técnica el puntuó esa emoción con el valor de 8 en la escala de SUDS, y se le recomendó seguir con la técnica hasta que perciba que la emoción tiene un valor de 0. En la décima sesión, ya se estaba culminando con la aplicación de las técnicas mencionados, por lo que el objetivo era remover las emociones relacionadas al MHP del consultante, esta vez él trabajó con la frase “tengo miedo a hablar en público”, puntuó a esa emoción en la escala de SUDS con un valor de 9 al inició y al finalizar la técnica la puntuó con 1, por lo que se le hizo la misma recomendación anterior.

Luego en la Onceava sesión se hizo el postest, para corroborar si las técnicas aplicadas habían surgido efecto, puesto que al ser técnicas con resultados comprobados a corto plazo, entonces se volvió aplicar las medidas citadas líneas atrás. Finalmente, después de todo el proceso de intervención se hizo la correspondiente despedida entregándole al paciente los resultados de la última evaluación.

## RESULTADOS

La intervención se llevó a cabo durante un mes y medio aproximadamente, con un total de 5 sesiones, durando cada una de ellas alrededor de 45 minutos. El diseño fue de caso único con medidas antes y una

vez finalizado el tratamiento. Por lo que se distinguen diferencias significativas entre la primera evaluación y la segunda evaluación. Pues en la primera medida (Figura 1), se distingue que antes de empezar la intervención el consultante no contaba con recursos de defensa para enfrentar a estresores, asimismo denota una tendencia a percibir mucha presión por parte del medio ambiente, con ciertos rasgos de agresividad, sin embargo suele controlarlos. Ya en el segundo dibujo se ve que el consultante cuenta con recursos de protección ante estresores y que la presión que sentía del medio ambiente ahora es menos, mostrando además control de sus impulsos.

Figura 1: Dibujos del pre y postest del Test Proyectivo de la Persona Bajo la Lluvia



En la Figura 2, en el primer dibujo; el paciente proyecta que su casa se adecúa a su expectativa. También se muestra como una persona que protege su intimidad, y que tiene tendencia a la ansiedad, cosa que se ve reflejada en su vida personal, por los problemas que manifiesta tener cuando tiene que exponer frente a sus compañeros de clase. Y en la segunda evaluación hay algunos cambios, pues esta vez proyecta que desea disfrutar de la vida, y quizá ya no resguarde la intimidad de su vida hogareña como antes.



Figura 2: Dibujos del pre y postest del Test Proyectivo HTP (Casa).

En la tercera figura se aprecia que hay notables cambios en el segundo dibujo con respecto al primer árbol, pues en el primero muestra inhibiciones en sus intenciones, proyectando afán de superación y de colaboración, y que está tratando de olvidar ciertas experiencias negativas que son difíciles de desechar, por lo que le cuesta desprenderse de algunas cosas del pasado; además, muestra que es sociable y entusiasta, sin embargo denota miedo y ansiedad en situaciones sociales como es el caso del MHP. En el segundo también hay diferencias notables, pues al parecer, ya ha olvidado las situaciones difíciles que le aquejaban.

Figura 3: Dibujos del pre y postest del Test Proyectivo HTP (Árbol).

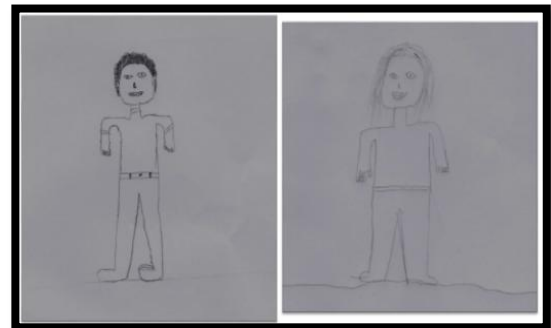


En la Figura 4, en el primer dibujo el consultante se autopercibe como una persona con apropiada adaptación a su entorno, asimismo tiene tendencia a mostrar sus intenciones de hostilidad de forma camuflada, tratando de manejar

sus impulsos, proyectando ansiedad, quizá relacionada a eventos del pasado. Asimismo, en el segundo dibuja a una persona significativa e importante del presente, mostrando una gran capacidad de adaptación a su entorno.



Figura 4: Dibujos del pre y postest del Test Proyectivo HTP (Persona).



Asimismo, haciendo una comparación con la escala de SUDS antes de la intervención el paciente puntuó al MHP con un valor de 8 y al finalizar la intervención lo puntuó con 2, por lo que se le encomendó que siga aplicando las técnicas aprendidas de manera individual. Asimismo en la Tabla 1, se muestra la calificación en la escala de SUDS, antes y después de la intervención, en las reacciones del sistema motor, fisiológico y cognitivo del consultante; hallando diferencias significativas, puesto que el promedio de la valoración de SUDS antes de la intervención es de 8, 16 y el promedio después de la misma, tiene un promedio de 1.33, lo que indica que la incidencia de estas reacciones ha disminuido.

Reacciones		Antes	Después
	Temblores en las piernas.	7	1
Fisiológicas	Taquicardia	8	1
	Respiración rápida.	8	2
	Sudoración Palmar	7	0
Motoras	Evitar exponer.	10	2
	Acabar rápido.	07	01
	Escaso movimiento.	09	02
Cognitivas	Temor a la crítica social.	08	01
	Sentir impedimentos de exponer	10	02
	Temor a responder mal a preguntas del público.	07	02
	Temor a la burla	08	02
	Temor a que noten su nerviosismo.	09	0
Promedio		8.16	1.33

Tabla 1: Pre y postest de la Escala de SUDS con respecto a las reacciones fisiológicas, motoras y cognitivas de consultate.

### Discusión de resultados

El objetivo del presente caso es demostrar la efectividad de las técnicas de PNL y EFT sobre el Miedo a Hablar en Público, como se puede apreciar, se consiguió mejoras de acuerdo al postest realizado, ello es debido a que los síntomas fisiológicos asociados al MHP han disminuido (taquicardia, la sudoración palmar y los temblores en las piernas, aumento en la frecuencia de respiración). Así como, las respuestas conductuales de evitación de exponer o exponer rápido, también han disminuido. Del mismo modo, sus pensamientos de autoevaluación y la percepción de una coevaluación negativa también disminuyeron. Tal como lo menciona Craig (2009), la EFT es muy eficaz para poder expresar con más fortaleza en público.

De la misma manera, se destaca la confianza que tuvo el paciente para

manifestar los síntomas que le provocaban el MHP; antes, durante y después de la intervención.

En cuanto al procedimiento utilizado, se ha seguido el Manual de Técnicas de PNL de Estrategias de PNL de Armas y Von Ruster (2009), este tipo de abordaje consistió en el anclaje de recursos, trabajo con submodalidades sensoriales, movilización de traumas, y la evaluación de estas técnicas se hizo a través del *punteo al futuro*, para asegurar que los efectos de la intervención se dieron de forma positiva. Y también el Manual de Técnicas de Liberación Emocional de Craig (2009), quien menciona que si el consultante se enfoca en la emoción directa que le causa; en este caso se utilizó la frase recordatoria “Tengo miedo a hablar en público”, los resultados serán más eficaces. Además el mismo autor señala, que no se necesita mucha experiencia para poner en práctica la técnica, pues está basada en un aprendizaje activo, en donde el cuerpo ocupa un lugar importante, pues lo que se logra con su adecuada aplicación es quitar la aceleración en el ritmo cardíaco, la boca seca, y otros síntomas del miedo, de manera que uno está libre y se siente cómodo para desarrollar sus habilidades de hablar en público.

Añadido a eso tenemos otras efectividades de la EFT en el caso de la cefalea tensional Marvin y Morillo (2009), lograron reducir los síntomas asociados a ésta en una muestra de 20 alumnos de la UCV de Trujillo, gracias a la apropiada aplicación de la técnica mencionada, encontrándose diferencias

muy significativas entre el pre y postest. Otra de las intervenciones es como ya se mencionó, el trabajar con traumas emocionales, pues en la investigación realizada por Serna y Valverde (2009) se redujo este trauma de manera efectiva en 10 adolescentes de Trujillo. Es por eso que resulta importante la aplicación de esta técnica en diferentes campos de intervención, como es en este caso el Miedo a Hablar en Público.

#### Referencias Bibliograficas

- Armas, L., & VonRuster, C. (2009). *Manual de técnicas de PNL de estrategias de PNL*. Obtenido de [www.EstrategiasPNL.com](http://www.EstrategiasPNL.com)
- Bados, A. (2005). *MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Bados, A. (1986). *Análisi de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público: I parte*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Bandler, R. (2004). *Use su Cabeza para Variar*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Bertolotto, G. (1996). *Programación Neurolingüística Desarrollo Personal*. México: Editorial Diana.
- Bórquez, S. (2002). PNL: Tres letras para facilitar el cambio. *PHAROS Revista Semestral de la Universidad de las Américas*.
- Craig, G. (2009). *Técnicas de Liberación Emocional*. Obtenido de <http://www.dianaarbol.org/libros/>
- Ferrer, T. (30 de Enero de 2011). *El Tapping como herramienta en las EFT*. Obtenido de Terapias Alternativas: <http://suite101.net/article/el-tapping-como-herramienta-en-las-eft-a37702>
- Gallego, J. (2006). *Un estudio controlado que compra un tratamiento auoadministrado vía internet para el miedo a hablar en público vs. el mismo tratamiento administrado por el terapeuta*. Castellón: Universidad Jaume I.
- García, I., Toral, G., & Murelaga, J. (2012). Propuesta docente para la formación de comunicadores: desarrollo de competencias psicológicas y conexión con los retos profesionales. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 413-423.
- Mohl, A. (2006). *El aprendiz del Brujo: Manual de ejercicios prácticos de Programación Neurolingüística*. Barcelona: Sirio S.A.
- Moreno, M., & Morillo, G. (2009). *Efectos de la Técnica de Liberación Emocional sobre la Cefalea Tensional en Alumnos de la Universidad César Vallejo. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología*. Facultad de Humanidades,

- Universidad César Vallejo:  
Trujillo Perú.
- Núñez, A. (2005). *Integración Cuerpo, Emoción y Mente: el Enfoque Bioenergético de A. Lowen*. Obtenido de Universidad Pontificia Comillas: <http://psicologoslaureanocuesta.org/articulos/bioenergetica.pdf>
- O'Connor, J., & Seymour, J. (2007). *Introducción a la PNL*. Barcelona: Urano.
- Orejudo, S., Nuño, J., Fernández, T., Herrero, M., & Ramos, T. (2006). Evolución del miedo a hablar en público en la universidad. Variables personales y del entorno de enseñanza aprendizaje. *I Jornadas de Innovación Docente, Tecnologías de la Información y la Comunicación e Investigación Educativa en la Universidad de Zaragoza* (págs. 1-26). Zaragoza: IBERCAJA - Universidad de Zaragoza.
- Pérez, A. (2003). *Aprenda a Interpretar Dibujos*. Buenos Aires: Imaginador Ediciones.
- Querol, S., & Chavez Paz, M. (2004). *Test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Serna, C., & Valverde, U. (2009). *Efectos de la EFT en el Trauma Emocional en Adolescentes del Cuarto año de Secundaria, con Antecedentes de Maltrato Físico Intrafamiliar de la Parroquia Jesús Solidario de Trujillo-Perú. Tesis para optar por el Título de Licenciado en Psicología*. Universidad César Vallejo: Trujillo - Perú.
- Stahl, T. (2000). *Introducción a la programación neurolingüística (PNL): Para qué sirve, cómo funciona y quién puede beneficiarse de ella*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Valencia, C. (2009). *Técnicas de Liberación Emocional - Sanación Emocional*. España: Building Self Esteem.