

TRATAMIENTO CONDUCTUAL DEL MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO: 13 MESES DESPUES

**Arturo Bados
Carmina Saldaña**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología
UNIVERSIDAD DE BARCELONA

RESUMEN

Se realizó un seguimiento a los 13 meses de varios tratamientos conductuales del miedo a hablar en público. En el estudio original, en el que se empleó una estrategia de análisis de componentes, tanto la relajación aplicada (RA) como el entrenamiento en hablar en público (EHP) aumentaron la eficacia de la reestructuración cognitiva aplicada (RCA) cuando se combinaron individualmente con esta; sin embargo, la adición conjunta de RA y EHP a RCA tuvo efectos desfavorables en comparación a cuando se añadió sólo uno de los componentes. En el seguimiento, desaparecieron estos efectos negativos y se encontró, según las variables, o bien efectos principales de RA y EHP o bien que la adición de estos dos componentes a RCA no fue mejor que la adición de uno solo de ellos. Finalmente, aunque todos los grupos cambiaron significativa y positivamente del pretest al seguimiento, se observó un cierto empeoramiento del postest al seguimiento tanto a nivel estadístico como clínico, lo cual subraya la importancia de los programas de mantenimiento.

Palabras Clave: *Miedo a hablar en público, ansiedad, seguimiento, análisis de componentes.*

SUMMARY

We carried out a 13-month follow-up of several behavioral treatments of public speaking anxiety. In the original work, which used a dismantling strategy, both applied relaxation (AR) and public speaking training (PST) increased the efficacy of applied

cognitive restructuring (ACR) when they were individually combined with this; however, the joint addition of AR and PST to ACR had negative effects in comparison with the addition of only one of the components. In the follow-up these negative effects wore off and we found, depending on the variables, either main effects of AR and PST or that the addition of these two components to ACR was not better than the addition of only one of them. Finally, although all groups changed significantly and positively from pretest to follow-up, we noticed some worsening from posttest to follow-up both statistically and clinically; this points to the importance of maintenance programs.

Key Words: *Afraid to speak in public, anxiety, follow-up, components analysis.*

Distintas revisiones de la bibliografía sobre reducción del miedo a hablar en público (MHP) han puesto de manifiesto que, en general, son más eficaces los paquetes de intervención que combinan diversas técnicas con el fin de a) incidir simultáneamente en dos o más de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, motor, autonómico) que implica o puede implicar el MHP y b) mejorar incluso las habilidades de hablar en público de los sujetos (Allen y cols., 1989; Bados, 1986, 1987; Gil, 1983a).

Sin embargo, no siempre los paquetes de tratamiento con más componentes han sido más eficaces que paquetes menos complejos (Altmaier y cols., 1982; Glogower y cols., 1978; Trussell, 1978; Weissberg, 1977). Es más, en ocasiones han dado lugar incluso a peores resultados (Dawson, 1982; Hayes y Marshall, 1984; Meichenbaum y cols., 1971; Thorpe y cols., 1976), aunque este efecto negativo no ha perdurado en el seguimiento.

En el último trabajo publicado al respecto (Bados y Saldaña, 1987) se lograron mejores resultados en ciertas medidas de autoinforme al añadir relajación aplicada (RA) a la reestructuración cognitiva aplicada (RCA). Por otra parte, se obtuvieron mayores mejoras en ciertas variables observacionales al añadir entrenamiento en hablar en público (EHP) a RCA. Sin embargo, la adición conjunta de RA y EHP a RCA tuvo efectos desfavorables en comparación a cuando se añadió sólo uno de los componentes. Los peores resultados del tratamiento RCA + RA + EHP se atribuyeron a un tiempo insuficiente para una intervención tan compleja.

El objetivo del presente estudio consistió en realizar un seguimiento 13 meses después de la finalización de los tratamientos anteriores para comprobar --utilizando las mismas medidas de autoinforme, observacionales y fisiológicas que las empleadas en el postratamiento -- en qué medida se mantenían los resultados obtenidos respecto al análisis de componentes. Por otra parte, se quiso estudiar los cambios ocurridos entre el pretratamiento y el seguimiento y entre el postratamiento y el seguimiento. Además, por primera vez en un seguimiento de

tratamientos del MHP, se llevaron a cabo análisis no sólo en términos estadísticos, sino también en términos de significación clínico-social.

En adición a esto último, el seguimiento realizado implicó una serie de mejoras metodológicas que no han sido consideradas en la mayor parte de estudios en el campo de la reducción del MHP. Para empezar, Bados (1986, 1987) halló en una revisión de 88 estudios sobre el MHP que sólo en 36 (40,9%) de los mismos se llevó a cabo algún tipo de seguimiento. La duración máxima del seguimiento fue igual o inferior a 3 meses en la mayoría de los casos (72,2%; 26 de 36 estudios), de 6 a 9 meses en el 19,4% de los trabajos y de 1 a 2 años en únicamente el 8,4% de los trabajos (sólo tres de 36).

Como puede apreciarse, la mayor parte de los seguimientos han sido de corta duración. Paul (1967) y Barrios y Shigetomi (1979) han indicado que los seguimientos cortos (6-8 semanas) pueden ser adecuados y que además se evitan así las dificultades de los seguimientos largos, tales como la mortalidad de los sujetos y los efectos de influencias ambientales no controladas. Sin embargo, parece haber en la actualidad un consenso entre los principales investigadores en terapia de conducta sobre la necesidad de seguimientos de como mínimo 1 año de duración (Barlow y Wolfe, 1981). Una alternativa, aunque, eso sí, más costosa, sería realizar seguimientos a corto y a largo plazo tal como han hecho Paul (1967) y Deffenbacher y Michaels (1981).

Por otra parte, en cuanto a las medidas utilizadas, sólo en 2 (5,6%) de los 36 estudios se emplearon medidas de autoinforme, observacionales y fisiológicas, en 16 (44,4%) se usaron medidas de autoinforme y observacionales, y en 18 (50%) se utilizaron sólo medidas de autoinforme. Los datos correspondientes en el postratamiento fueron de 9 (25%), 26 (72,2%) y 1 (2,8%) estudio. Puede verse, pues, que en el seguimiento se ha dado una simplificación del tipo de medida empleado, confiándose predominantemente, por razones prácticas, en los autoinformes de los sujetos. Además, la simplificación ha alcanzado al número de medidas utilizado, ya que en la mitad de los estudios, este ha sido menor en el seguimiento que en el postratamiento. Seguimientos realizados bajo estas condiciones de simplificación hacen que las conclusiones que pueden extraerse de ellos tengan un valor muy limitado (Glaser, 1981; Mash y Terdal, 1980).

MÉTODO

Sujetos

Los sujetos fueron inicialmente alumnos de segundo curso de Psicología de la Universidad de Barcelona que se encontraron ya cerca de acabar tercer curso en el momento de realizar el seguimiento. En Bados (1986) y Bados y Saldaña (1987) pueden

consultarse los criterios utilizados para seleccionar a la muestra. De los 55 sujetos (48 mujeres, 7 hombres) que recibieron una intervención para su MHP y cuyos resultados fueron analizados en el postratamiento, 50 completaron el seguimiento.

Los cinco sujetos perdidos fueron todos del sexo femenino y pertenecían uno a cada grupo de tratamiento, excepto en el caso del grupo RCA en el que se perdieron dos sujetos. De este modo, los grupos RCA, RCA + RA, RCA + EHP y RCA + RA + EHP contaron respectivamente en el seguimiento con 13, 14, 13 y 10 sujetos.

Las razones por las que se perdieron los cinco sujetos fueron las siguientes. Dos se habían trasladado lejos de Barcelona, uno había dejado la universidad, otro había encontrado un trabajo que le impedía acudir a clase y un último no pudo ser localizado. Estas cinco personas fueron comparadas con las 50 que quedaron en las medidas obtenidas en el pretratamiento, en las obtenidas en el postratamiento y en los cambios pretest-post. De 161 comparaciones realizadas empleando la prueba U de Mann-Whitney, sólo 3 resultaron significativas ($p \leq 0,05$) y 5 se acercaron a la significación ($0,05 < p \leq 0,10$). Este pequeño número de efectos significativos (4,97%) fue probablemente fruto del azar, dado el gran número de comparaciones realizadas. Esta interpretación viene apoyada además por la falta de consistencia en la dirección de las diferencias halladas. Puede concluirse pues que no hubo diferencias significativas entre los sujetos perdidos y los restantes.

Aparatos y lugar de la investigación

Fueron exactamente los mismos que los empleados en la investigación original (véanse Bados, 1986; Bados y Saldaña, 1987).

Medidas empleadas

Se tomaron las mismas medidas que habían sido utilizadas en el pretest y postest y que habían superado las pruebas de fiabilidad y validez (véanse Bados, 1986; Bados y Saldaña, 1987). A continuación se enumeran estas medidas clasificándolas en los grupos teóricos de variables que fueron empleados en los análisis estadísticos multivariantes.

a) *Medidas de autoinforme de MHP general.* Se incluyeron aquí el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (modificado a partir del de Paul, 1966), el Inventario de Ansiedad E-R (modificado a partir del de Endler y cols., 1962), el Cuestionario de Inquietud al Hablar en Público (Bados, 1986) y el Cuestionario de Autoeficacia para Hablar en Público (Bados, 1986).

b) *Medidas de autoinforme de ansiedad social.* Se emplearon cuatro de las siete subescalas del Inventario de Ansiedad Social de Richardson y Tasto (1976). Las cuatro subescalas fueron desaprobación por parte de otros, enfrentamiento con otros y expresión de ira, contacto heterosexual, y pérdida interpersonal.

c) *Medidas de autoinforme relacionadas con reacciones somáticas tenidas antes, durante y después de la charla.* Se incluyeron aquí 1) la percepción autonómica según el Cuestionario de Percepción Autonómica de Mandler y cols. (1958), 2) la molestia autonómica según el ítem 21 de dicho cuestionario, y 3) la facilitación autonómica según un nuevo ítem añadido al citado cuestionario.

d) *Medidas de autoinforme de ansiedad situacional y de calificación de la propia actuación.* Se incluyeron el Diferencial de Ansiedad de Husek y Alexander (1963) sin los ítems de "gérmenes" y "tornillo", una escala de 10 puntos de termómetro de miedo anticipatorio, el Inventario de Estado de Ansiedad de Spielberger y cols. (1970) y una escala de 10 puntos de autocalificación de la actuación durante la charla.

e) *Medidas de autoinforme de los pensamientos tenidos antes, durante y después de la charla.* Se incluyeron la proporción de pensamientos positivos y negativos en un Listado de Pensamientos (Cacioppo y Petty, 1981) y la frecuencia de pensamientos positivos y negativos en el Cuestionario de Reconocimiento de Pensamientos elaborado por Bados (1986) a partir del *Social Interaction Self-Statement Test* de Glass y cols. (1982).

f) *Medidas observacionales de calificación global.* Se incluyeron calificaciones globales de: aspectos vocales, aspectos no verbales, ansiedad manifiesta y actuación durante la charla. Las calificaciones fueron hechas independientemente por grupos distintos de cinco jueces que vieron las cintas de vídeo. Estos jueces no fueron entrenados; se pretendió así obtener unas calificaciones con mayor validez social (Wallander y cols., 1983).

g) *Medidas observacionales (de tipo objetivo) de aspectos no verbales.* Se incluyó aquí la proporción de tiempo de la charla que cada sujeto miró al público, la proporción de tiempo de gestos manuales, la proporción de tiempo de gestos automanipulativos (Mehrabian, 1969) y la media de conductas registradas por intervalo en una versión modificada de la Lista de Verificación Conductual para la Ansiedad de Ejecución de Paul (1966).

h) *Medidas observacionales (de tipo objetivo) de aspectos vocales.* Se incluyeron la duración media de los silencios (mayores de 2 segundos), la velocidad del habla [número de palabras pronunciadas / (duración de la charla - duración acumulada de silencios)], la razón de perturbaciones del habla tipo "ah" y la razón de perturbaciones del habla tipo "no ah" (Mahl, 1956). En estos dos últimos casos el denominador fue el número de palabras pronunciadas durante la charla.

i) *Medidas fisiológicas.* Previamente a la charla y con intervalos de 3 minutos entre medición y medición, se obtuvieron tres medidas repetidas (sin contar el periodo de adaptación de 5 minutos) de cada una de las siguientes variables fisiológicas: presión sanguínea sistólica y diastólica y tasa cardíaca. Se calculó la media de cada variable y se analizó la tasa cardíaca por un lado y las medidas de presión sanguínea por otro.

Además de todas las medidas anteriores, y al igual que se había hecho en el postest, se obtuvieron medidas de generalización al medio natural. Los sujetos hicieron una breve intervención pública en clase y completaron un autorregistro en el cual se incluyeron los siguientes grupos de variables:

- Reacciones somáticas (percepción autonómica, molestia autonómica, facilitación autonómica).

- Ansiedad situacional y actuación (termómetro de miedo anticipatorio, termómetro de miedo, autocalificación de la actuación).

- Pensamientos tenidos (proporción de pensamientos positivos y proporción de pensamientos negativos).

Por otra parte, dos compañeros de cada sujeto llevaron a cabo calificaciones de los aspectos vocales, de los aspectos no verbales, del contenido de la intervención, de la ansiedad externamente manifestada y de la actuación global del sujeto durante el comentario en clase.

Finalmente, se pasó un cuestionario adicional en el que se recogió información de los propios sujetos sobre los siguientes grupos de variables: a) miedo a hablar en público y actuación al hablar en público en comparación a antes del tratamiento, eficacia del tratamiento respecto al miedo a hablar en público y respecto a otros problemas interpersonales diferentes de este; b) frecuencia de hablar en público durante los 3 últimos meses en tres tipos diferentes de situaciones; c) número e impacto de los acontecimientos vitales positivos y negativos ocurridos durante el seguimiento; d) recepción de tratamiento psicológico y/o psicofarmacológico durante el seguimiento; y e) deseo de recibir ayuda adicional para afrontar el miedo a hablar en público.

Procedimiento

Fue exactamente el mismo que el empleado en el postest de la investigación original. Tras completar el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público, el Inventario de Ansiedad E-R, el Cuestionario de Autoeficacia para Hablar en Público y el Cuestionario de Inquietud al Hablar en Público, los sujetos recibieron tres posibles temas para dar una charla 1 semana después. Se les dijo que los prepararan y que el día de la charla, unos 10 minutos antes de esta, se les comunicaría cuál de ellos tendrían que exponer. Los temas fueron de un grado medio de dificultad similar al de los empleados en el pretest y postest.

El día de la charla cada sujeto recibía en primer lugar unas instrucciones escritas sobre las actividades que iba a realizar junto con instrucciones para dar la charla de modo calmado y competente. Luego, el sujeto completaba el Diferencial de Ansiedad y pasaba a otra sala donde un asistente de su mismo sexo llevaba a cabo el registro fisiológico. El asistente se mantenía detrás del sujeto sin hablar con él.

A continuación, el sujeto completaba el termómetro de miedo anticipatorio y

pasaba a la sala de grabación donde daba, sin notas, una charla de 3 minutos ante un auditorio compuesto por seis mujeres desconocidas para él. Se pidió al auditorio que mostraran interés en las charlas y que reaccionaran por lo demás del modo más natural posible. Las charlas fueron grabadas en vídeo y magnetofón, siendo ambos aparatos visibles para el sujeto.

Una charla se daba por terminada cuando se cumplían los 3 minutos o el sujeto ponía fin a la misma dentro de los 15 segundos finales. Si el sujeto terminaba antes de este tiempo o hacía un silencio de 10 segundos, se le comunicaba el tiempo que le quedaba con el fin de que continuara. Si a continuación el sujeto manifestaba que no quería continuar o no reanudaba la charla en el plazo de 10 segundos, se ponía fin a la charla.

Terminada la charla, el sujeto era acompañado a otra sala donde completaba, por este orden, el Inventario de Estado de Ansiedad, el Cuestionario de Percepción Autonómica, el Listado de Pensamientos, la autocalificación de la actuación durante la charla, el Cuestionario de Reconocimiento de Pensamientos y el cuestionario de preguntas adicionales.

Por último, se pidió a los sujetos que en los días siguientes hicieran una breve intervención pública en clase y que completaran el autorregistro que se les había proporcionado al efecto.

Tratamientos

Se investigaron cuatro condiciones de tratamiento:

- a) Reestructuración cognitiva aplicada (RCA; Grupo 1).
- b) RCA + relajación aplicada (RCA + RA; Grupo 2)
- c) RCA + entrenamiento en hablar en público (RCA + EHP; Grupo 3).
- d) RCA + RA + EHP; Grupo 4.

Los cuatro grupos de tratamiento dieron lugar a un diseño factorial 2 (EHP) x 2 (RA), cuya representación puede verse en la Figura 1. En todos los tratamientos hubo reestructuración cognitiva aplicada. En la investigación original hubo además un grupo de lista de espera, pero este recibió tratamiento tras el postest y ya no se obtuvieron más datos del mismo.

Todos los tratamientos fueron aplicados en grupo de 5 personas a lo largo de 10 sesiones, una por semana. La duración de las sesiones y de los tratamientos varió en función del número y tipo de componentes de cada tratamiento. La duración de las sesiones osciló entre 90 y 120 minutos y la de los tratamientos fue de 16h 45', 18h 10', 18h 35' y 20 horas para los Grupos 1, 2, 3 y 4 respectivamente.

Las tres técnicas componentes que dieron lugar en distintas combinaciones a los cuatro grupos de tratamiento fueron la reestructuración cognitiva aplicada, la relajación aplicada y el entrenamiento en hablar en público.

La reestructuración cognitiva aplicada comenzó con una conceptualización del

MHP y una justificación y descripción del tratamiento a seguir. A partir de aquí, el procedimiento implicó los siguientes pasos: a) Identificación de los pensamientos que aparecieron en o sobre situaciones de hablar en público. b) Evaluación de los pensamientos para ver hasta qué punto eran distorsionados o inadecuados y sustitución, en caso necesario, por otros pensamientos más apropiados. c) Práctica, a partir del comienzo de la 5ª sesión, en evaluar y modificar los pensamientos inadecuados mientras se intervenía en público ante el grupo de entrenamiento. d) Práctica, a partir de la 6ª sesión, en evaluar y modificar los pensamientos inadecuados mientras se hablaba en público fuera del grupo de entrenamiento, tanto ante algún(os) compañero(s) del grupo como en el medio natural (clases, seminarios...). Estas intervenciones, al igual que las del paso "c", variaron en ciertos aspectos con el fin de facilitar la generalización y además estuvieron graduadas en dificultad.

		Entrenamiento en Hablar en Público (EHP)	
		SI	NO
Relajación	SI	Grupo 4	Grupo 2
Aplicada (RA)	NO	Grupo 3	Grupo 1

Figura 1. Representación del diseño factorial 2 (EHP) x 2 (RA).

En cuanto a la *relajación aplicada*, los sujetos se administraron a sí mismos, a lo largo de 6 semanas, un entrenamiento en relajación con la ayuda de un manual, cuatro cintas grabadas con instrucciones de relajación y un control semanal por parte de los terapeutas. El método de relajación se basó en los trabajos de Bernstein y Borkovec (1973/1983) y Deffenbacher y Snyder (1976) e incluyó a) relajación mediante ciclos de tensión-relajación, b) relajación mediante recuerdo, c) relajación mediante conteo, d) respiración profunda, e) relajación suscitada por señal, f) imaginación de escena relajante, g) relajación diferencial, h) breve tensión de un grupo muscular con relajación posterior, i) autodeclaraciones encubiertas para recordar la conveniencia de relajarse y las técnicas que podían emplearse, j) frases autógenas, y k) combinación de cualesquiera de las técnicas anteriores.

Al igual que con la reestructuración cognitiva, a partir del comienzo de la 5ª sesión los sujetos comenzaron a aplicar las técnicas de relajación en situaciones de hablar en público.

Finalmente, el *entrenamiento en hablar en público* empezó a aplicarse a partir del comienzo de la 6ª sesión y se consideraron en él aspectos no verbales, aspectos vocales y aspectos de contenido y organización de la charla. Los sujetos recibieron información escrita sobre cada aspecto, la cual luego se discutía en grupo. A continuación, los terapeutas demostraban dos comportamientos contrapuestos en relación al aspecto considerado; uno era adecuado y el otro no. Después, se analizaban los comportamientos demostrados y cada sujeto daba una charla ante el grupo tratando de cumplir las instrucciones relativas al aspecto en cuestión. Hecho esto el sujeto valoraba su actuación y recibía retroalimentación y reforzamiento del grupo y de los terapeutas. Luego, volvía a repetir la charla con una finalidad de mejora o sobreaprendizaje.

Al pasar a nuevos aspectos, los aspectos conductuales anteriormente practicados se acumulaban al aspecto a practicar en un momento dado. Además de las prácticas ante el grupo de tratamiento, los sujetos tuvieron que aplicar los aspectos conductuales entrenados en situaciones de hablar en público de su medio natural.

RESULTADOS

Análisis previos y análisis estadísticos utilizados

Los acuerdos intercalificadores en las cuatro medidas de calificación global fueron satisfactorios (coeficientes alfa $> 0,836$, salvo uno igual a $0,714$ en la calificación de ansiedad manifiesta). Los acuerdos intercalificadores respecto a la polaridad de pensamientos se calcularon mediante la proporción de acuerdos y, tanto en la situación de charla grabada como en la situación de clase, fueron superiores a $0,953$ en el caso de los pensamientos positivos y a $0,865$ en el de los negativos.

Los acuerdos interobservadores en las medidas observacionales objetivas se calcularon mediante el coeficiente de correlación r de Pearson y fueron superiores $0,957$ en todas las medidas excepto en el caso de la Lista de Verificación Conductual para la Ansiedad de Ejecución en el que el acuerdo fue igual a $0,749$.

Al igual que ocurrió en el pretest y en el postest, el tiempo que un sujeto miraba al público fue una variable muy difícil de medir por parte de los observadores tanto por el hecho de tener que hacerlo a partir de una grabación como por la dificultad añadida de un encuadre demasiado amplio (desde la cabeza a las rodillas). Y a

pesar de que el acuerdo interobservadores fue bueno, la fiabilidad intraobservador al cabo de varios meses fue completamente insatisfactoria. Por ello, esta medida fue eliminada.

Por lo que respecta al análisis estadístico de los datos, se emplearon básicamente métodos multivariantes. Sin embargo, dado el gran número de variables, estas no se analizaron conjuntamente para evitar el problema de las matrices singulares de varianza-covarianza. La solución que se adoptó fue formar grupos teóricos de variables, tal como han sido presentados en el apartado de "Medidas empleadas", y analizar grupo por grupo.

Para analizar las diferencias entre los grupos de tratamiento se emplearon análisis multivariantes de covarianza, utilizando como covariantes las medidas tomadas en el pretest, y análisis multivariantes de la varianza en aquellos casos en que no hubo covariantes o en que no se cumplieron los supuestos del análisis multivariante de covarianza. En el caso de tablas de 2×2 se empleó la prueba de ji cuadrado o la prueba exacta de Fisher cuando los efectivos de alguna celdilla fueron inferiores a cinco.

Para analizar los cambios pretest-seguimiento y postest-seguimiento en cada grupo de tratamiento, se utilizaron análisis multivariantes mixtos con un factor entre (tratamientos) y uno intra (pretest-seguimiento o postest-seguimiento), de modo que se estudiaron los efectos simples del factor intra dentro de cada nivel del factor entre.

Todos los análisis fueron llevados a cabo con el programa SPSS-X, versión 3.1. En Bados (1986) puede consultarse en detalle el tipo de análisis realizados; por motivo de espacio, estos sólo se presentan en este artículo en forma esquematizada.

Comparaciones entre los grupos de tratamiento

Las diferencias entre los tratamientos en las distintas funciones discriminantes significativas extraídas vienen indicadas en la Tabla 1 y reflejan, según la función discriminante considerada, un efecto principal del factor Entrenamiento en Hablar en Público (EHP), un efecto principal del factor Relajación Aplicada (RA) o una interacción entre ambos.

No se encontraron efectos principales de los factores EHP y RA o efectos de interacción en: las variables de autoinforme a) de miedo a hablar en público; b) de ansiedad social; c) de reacciones somáticas; d) de ansiedad situacional y de la propia actuación; e) de los pensamientos tenidos; f) las variables observacionales de aspectos no verbales; g) las variables de presión sanguínea; h) las variables de autoinforme de ansiedad situacional y actuación al intervenir en clase; i) las calificaciones por compañeros al intervenir en clase; y j) el autoinforme sobre la frecuencia de hablar en público durante los 3 últimos meses.

Tampoco se encontraron diferencias significativas en ciertas variables que podían haber covariado con los tratamientos y haberse constituido así en explicaciones alternativas a la eficacia diferencial de estos. Estas variables fueron a) los autoinformes relativos al número e impacto de los acontecimientos vitales positivos y negativos ocurridos durante el seguimiento y b) el haber recibido tratamiento psicológico y/o psicofarmacológico durante el seguimiento (lo cual no ocurrió).

Tabla 1. Diferencias entre los grupos de tratamiento en las distintas funciones discriminantes significativas extraídas.

Función discriminante	Diferencias entre grupos			
Mejor calificación global de aspectos				
no verbales y de actuación	(3-4) > (1-2)			
Mayor velocidad al hablar	(1-3) > (2-4)			
Menor tasa cardíaca Reacciones somáticas facilitadoras	3=1	2>4	3>4	2=1
durante el comentario en clase	(2-4) > (1-3)			
Menor proporción de pensamientos negativos durante el comentario en clase	<u>3>1</u>	2=4	3=4	<u>2>1</u>
Mejor autovaloración de la actuación al hablar en público en comparación a antes del tratamiento	(3-4) > (1-2)			
Menor porcentaje de sujetos que desearon ayuda adicional	(2-4) > (1-3)			

Nota. El signo > indica una superioridad significativa ($p \leq 0,05$) de un grupo sobre otro; si $p > 0,05$ y $\leq 0,10$, los grupos aparecen subrayados a distinto lado del signo >.

1 = RCA, 2 = RCA + RA, 3 = RCA + EHP, 4 = RCA + RA + EHP.

Tabla 2. Cambios pretest-seguimiento y postest-seguimiento en cada uno de los cuatrogupos de tratamiento.

Grupo teórico de variables	Cambios pre-seguimiento				Cambios post-seguimiento			
	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4
<u>Autoinformes de:</u>								
miedo a hablar en público	++	++	++	++	NS	--	NS	--
ansiedad social	++	++	++	++	NS	NS	++	NS
reacciones somáticas	++	++	++	++	NS	NS	++	NS
ansiedad situacional y actuación	++	++	++	++	NS	-	NS	NS
pensamientos tenidos	++	++	++	++	NS	NS	NS	NS
Calificación por jueces de aspectos de actuación y ansiedad	NS	NS	++	NS	--	--	--	--
<u>Observación objetiva de:</u>								
aspectos no verbales	++	++	++	++	+-	+-	NS	-
aspectos vocales	NS	++	++	NS	NS	NS	+-	NS
Tasa cardíaca	+	++	++	NS	NS	++	++	++
Presión sanguínea	+	+	++	NS	NS	NS	NS	NS
<u>Intervención en clase. Autoinformes de:</u>								
reacciones somáticas		No aplicable			NS	NS	NS	NS
ansiedad situacional y actuación		No aplicable			NS	NS	NS	NS
pensamientos tenidos		No aplicable			NS	NS	NS	NS
<u>Intervención en clase. Calificación por compañeros de aspectos de:</u>								
actuación		No aplicable			NS	-	NS	NS
ansiedad		No aplicable			NS	+	NS	NS

Nota. ++ = mejora significativa ($p \leq 0,05$). + = mejora casi significativa ($0,05 < p \leq 0,10$). -- = empeoramiento significativo. - = empeoramiento casi significativo. +- = mejora en unas variables y empeoramiento en otras. NS = cambio no significativo.

G1 = grupo RCA. G2 = grupo RCA + RA. G3 = grupo RCA + EHP. G4 = grupo RCA + RA + EHP.

Cambios pretest-seguimiento y postest-seguimiento

Estos cambios vienen reflejados en la Tabla 2. Como puede apreciarse, todos los grupos presentaron cambios significativos del pretest al seguimiento en la

mayor parte de las medidas, siendo RCA + EHP el grupo más consistente, y el único que presentó cambios en las calificaciones hechas por los jueces, y RCA + RA + EHP el que mejoró en menos variables. La magnitud del efecto (resultado de elevar al cuadrado de la correlación canónica entre cada función discriminante y el cambio pretest-seguimiento) fue mayor en las medidas de autoinforme (alrededor de 0,40-0,55) y menor en las observacionales (alrededor de 0,25-0,35) y fisiológicas (alrededor de 0,10-0,15).

En cuanto a los cambios postest-seguimiento, los resultados conseguidos en el postratamiento tendieron a mantenerse, aunque hubo un empeoramiento de los grupos RCA + RA y RCA + RA + EHP en ciertas variables, un empeoramiento de todos los grupos en las calificaciones hechas por los jueces y una mejora de tasa cardíaca en casi todos los grupos. El grupo RCA + EHP fue el que mejoró en más variables. La magnitud del efecto (alrededor de 0,10-0,30), tanto para el empeoramiento como para la mejora, fue menor que en el caso de los cambios pretest-seguimiento.

Significación clínico-social

En el análisis de la significación clínica se consideraron las variables enumeradas en la Tabla 5 (consúltese Bados y Saldaña, 1987, para ver cómo se seleccionaron estas variables).

Tabla 3. Porcentajes de sujetos significativamente mejorados durante el postest y el seguimiento en determinadas medidas

Condición	n	CCHP	ADO	PA	IEA	LP:PN	J:ANS	VELOC
RCA	13							
Postest		23,1%	15,4%	38,5%	69,2%	84,6%	7,7%	46,2%
Seguimiento		23,1%	7,7%	30,8%	38,5%	61,5%	0,0%	30,8%
RCA+RA	14							
Postest		71,4%	0,0%	42,9%	42,9%	78,6%	14,3%	21,4%
Seguimiento		42,9%	7,1%	42,9%	21,4%	57,1%	0,0%	7,1%
RCA+EHP	13							
Postest		46,2%	7,7%	30,8%	69,2%	84,6%	23,1%	53,8%
Seguimiento		30,8%	30,8%	46,2%	46,2%	69,2%	23,1%	23,1%
RCA+RA+EHP	10							
Postest		60,0%	0,0%	40,0%	70,0%	60,0%	20,0%	10,0%
Seguimiento		60,0%	10,0%	30,0%	40,0%	60,0%	0,0%	0,0%

Nota. Consúltese la Tabla 5 para el significado de las abreviaturas correspondientes a las medidas.

En las variables tomadas en el pretest y seguimiento, un sujeto fue considerado significativamente mejorado si cumplió los dos criterios siguientes a) criterio de funcionamiento normativo: la puntuación seguimiento en la variable considerada fue más probable que perteneciera a la distribución de un grupo con poco MHP (véanse Bados, 1986; Bados y Saldaña, 1987) que a la de los sujetos con mucho MHP, y b) criterio de cambio fiable y positivo: la diferencia entre la puntuación seguimiento y la puntuación pretest de dicha variable igualó o excedió 1,96 veces, en la dirección de la funcionalidad, el error estándar de la diferencia (Jacobson y cols., 1984, 1986). Este segundo criterio es más estricto que el empleado en el artículo original al basarse en una hipótesis bidireccional en vez de unidireccional y al emplear la modificación relativa al error estándar propuesta por Christensen y Mendoza (1986) y aceptada por Jacobson y cols. (1986). Por ello, los porcentajes de sujetos mejorados en el postest que aparecen en las Tablas 3 y 6 son menores que los que aparecieron en el artículo original.

En las variables tomadas en el seguimiento, pero no en el pretest, un sujeto fue considerado dentro del rango de funcionalidad en una variable si su puntuación seguimiento en dicha variable fue igual o menor que la media más una desviación típica del grupo de poco MHP (Fremouw y Gross, 1983).

La Tabla 3 muestra los porcentajes de sujetos significativamente mejorados durante el postest y el seguimiento en determinadas medidas. Asimismo, en la Tabla 4 aparecen los porcentajes de sujetos incluidos dentro del rango de funcionalidad de ciertas medidas obtenidas al hacer un comentario en clase.

Tabla 4. Porcentajes de sujetos incluidos dentro del rango de funcionalidad de ciertas medidas obtenidas al hacer un comentario en clase.

Condición	n	C:PA	C:TM	C:PN	C:CANS
RCA	13				
Postest		30,8%	46,2%	69,2%	46,2%
Seguimiento		30,8%	46,2%	69,2%	76,9%
RCA+RA	14				
Postest		30,8% ^a	61,5% ^a	85,7%	50,0%
Seguimiento		53,8% ^a	53,8% ^a	85,7%	78,6%
RCA+EHP	12				
Postest		16,7%	25,0%	75,0%	83,3%
Seguimiento		8,3%	25,0%	100,0%	58,3%
RCA+RA+EHP	10				
Postest		22,2% ^b	22,2% ^b	100,0% ^b	80,0%
Seguimiento		33,3% ^b	22,2% ^b	88,9% ^b	90,0%

Nota. Consúltense la Tabla 5 para el significado de las abreviaturas correspondientes a las medidas. ^a n = 13. ^b n = 9. Los datos que faltan hasta un total de N = 50 se debe a que algunos sujetos perdieron parte de los autorregistros relativos al comentario en clase.

Tabla 5. Diferencias en el seguimiento entre los grupos de tratamiento y cambios posttest-seguimiento en cada grupo respecto a los porcentajes de sujetos significativamente mejorados o incluidos dentro del rango de funcionalidad en ciertas variables.

Variables	Diferencias entre grupos	Cambios post-seguimiento			
		G1	G2	G3	G4
CCHP = Cuestionario de Confianza para Hablar en Público	(2-4) > (1-3)	NS	NS	NS	NS
ADO = Ansiedad ante desaprobación por parte de otros	Sin diferencias	NS	NS	NS	NS
PA = Percepción autonómica	Sin diferencias	NS	NS	NS	NS
IEA = Inventario Estado de Ansiedad	Sin diferencias	NS	NS	NS	NS
LP:PN= Proporción pensamientos negativos en Listado Pensamientos	Sin diferencias	NS	NS	NS	NS
J:ANS= Calificación de la ansiedad externamente manifestada	(3-4) > (1-2)	NS	NS	NS	NS
VELOC= Velocidad del habla	(1-3) > (2-4)	NS	NS	NS	NS
C:PA = Percepción autonómica al intervenir en clase	(2-4) > (1-3)	NS	NS	NS	NS
C:TM = Termómetro de miedo relativo al comentario en clase	(1-2) > (3-4)	NS	NS	NS	NS
C:PN = Proporción pensamientos negativos al intervenir en clase	<u>3</u> > <u>1</u> 2=4 3=4 2=1	NS	NS	NS	NS
C:CANS= Calificación ansiedad externamente manifestada al intervenir en clase	Sin diferencias	NS	NS	NS	NS

Nota. El signo > indica una superioridad significativa ($p \leq 0,05$) de un grupo sobre otro; si $p > 0,05$ y $p \leq 0,10$, los grupos aparecen subrayados a distinto lado del signo >.

G1 = grupo RCA. G2 = grupo RCA + RA. G3 = grupo RCA + EHP. G4 = grupo RCA + RA + EHP. NS = cambio no significativo.

La Tabla 5 presenta, en cuanto a los porcentajes de sujetos significativamente mejorados o incluidos dentro del rango de funcionalidad, los resultados de las comparaciones realizadas con el fin de analizar los efectos de los factores RA y EHP tanto globalmente, a través de los niveles del otro factor, como específicamente, dentro de cada nivel del otro factor. Se empleó la prueba de ji cuadrado o la prueba exacta de Fisher cuando los efectivos de alguna celdilla fueron inferiores a cinco. La Tabla 5 muestra también que los porcentajes de sujetos significativamente mejorados en las diversas medidas consideradas no variaron dentro de cada grupo del postest al seguimiento según la prueba de McNemar.

ocho medidas (PA, IEA, LP:PN, J:ANS, C:PA, C:TM, C:PN y C:CANS; véase la Tabla 5) para calcular el porcentaje de sujetos *globalmente* mejorados. Un sujeto fue considerado globalmente mejorado si cumplió los criterios de mejora y/o funcionalidad en al menos la mitad de las variables observacionales y en al menos la mitad de las medidas de autoinforme, siempre que además parte de estas últimas medidas correspondiesen a la situación de charla grabada en vídeo y parte a la situación de intervención en clase.

Tabla 6. Porcentajes de sujetos globalmente mejorados, mejorados adicionalmente, significativamente empeorados y recaídos en cada grupo de tratamiento durante el seguimiento.

Porcentaje de sujetos:	RCA (n=13)	RCA+RA (n=13)	RCA+EHP (n=12)	RCA+RA+EHP (n=9)
Globalmente mejorados				
Postest	46,2%	46,2%	41,7%	55,6%
Seguimiento	46,2%	53,8%	41,7%	33,3%
Mejorados adicionalmente	15,4%	7,7%	25,0%	10,0%
Significativamente empeorados	53,8%	30,8%	16,7%	33,3%
Recaídos	16,7%	16,7%	20,0%	0,0%

Nota. En el caso de los sujetos recaídos el n inicial de cada grupo de tratamiento fue respectivamente 6, 6, 5 y 5. Sólo se encontró una diferencia casi significativa ($p = 0,0968$): RCA fue peor que RCA+EHP en el porcentaje de sujetos significativamente empeorados.

Los porcentajes de sujetos globalmente mejorados en cada grupo de tratamiento durante el postest y el seguimiento aparecen en la Tabla 6. No hubo diferencias significativas entre grupos ni tampoco cambios significativos postest-seguimiento.

dentro de cada grupo. La Tabla 6 muestra además los porcentajes de sujetos mejorados adicionalmente, empeorados significativamente y recaídos en cada tratamiento del posttest al seguimiento.

Un sujeto fue considerado mejorado adicionalmente si cambió fiable y positivamente del posttest al seguimiento en al menos dos de las ocho medidas seleccionadas al calcular la mejora global y cumplió el criterio de funcionamiento normativo en esas dos medidas. Un sujeto fue clasificado como significativamente empeorado si cambió fiablemente y para peor del posttest al seguimiento en al menos dos de las ocho medidas y no cumplió el criterio de funcionamiento normativo en esas medidas. Finalmente, se consideró que un sujeto había recaído si, habiendo mejorado globalmente en el posttest, cumplió los criterios de mejora y/o funcionalidad en el seguimiento en un máximo de dos variables y empeoró significativamente en otras dos variables.

Los grupos de tratamiento no difirieron en el porcentaje de sujetos mejorados adicionalmente ni en el de sujetos recaídos. Sin embargo, en el porcentaje de sujetos significativamente empeorados el grupo RCA tendió a ser peor que el RCA + EHP.

DISCUSIÓN

En el estudio original tanto RA como EHP se mostraron como componentes importantes del tratamiento cuando se combinaron individualmente con RCA, mientras que la adición conjunta de RA y EHP a RCA tuvo efectos desfavorables en comparación a cuando se añadió sólo uno de los componentes. Sin embargo, en el seguimiento realizado a los 13 meses los resultados aparecen más matizados al ponerse de manifiesto no sólo efectos de interacción EHP x RA en algunas variables, sino también efectos principales de EHP y RA en otras variables.

En primer lugar, el incluir en el tratamiento un entrenamiento en hablar en público tuvo un efecto beneficioso en diversas variables observacionales y de autoinforme relacionadas con la actuación al hablar en público y en el porcentaje de sujetos significativamente mejorados en la ansiedad externamente manifestada. Todo esto es congruente con la naturaleza del EHP, el cual persigue el aprendizaje de conductas apropiadas y la eliminación de conductas inadecuadas. Por otra parte, un resultado difícil de explicar, y ya presente en el postratamiento, fue que el porcentaje de sujetos mejorados en el miedo experimentado al intervenir en clase fuera menor entre los que habían recibido EHP.

En segundo lugar, la inclusión de la relajación aplicada en el tratamiento dio lugar a mejores resultados en autoinformes de reacciones somáticas (mayor facilitación autonómica y mayor porcentaje de sujetos mejorados en percepción autonómica al intervenir en clase) y en conseguir un mayor porcentaje de sujetos

mejorados en el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público y un menor porcentaje de sujetos deseosos de recibir ayuda adicional para su MHP (4,2% vs 23,1%). Así pues, el factor RA resulta también beneficioso y ello puede ser debido a la provisión de estrategias para afrontar la ansiedad, tales como la respiración profunda, la relajación muscular y la relajación mental.

El efecto favorable de RA en la percepción autonómica fue altamente situacional. Por un lado, apareció al intervenir en clase, pero no al hablar ante una cámara + auditorio desconocido; por otro lado, se manifestó en el seguimiento, pero no en el postratamiento. Por otra parte, un resultado curioso es que los sujetos que habían recibido RA hablaron más despacio que el resto; no obstante, su velocidad media no fue excesivamente baja (146 palabras por minuto) y se situó casi en el límite inferior de la velocidad aconsejada por Sayer (1983) a la hora de hablar en público (150-180 palabras por minuto).

En tercer lugar, y al igual que en el postratamiento, se detectó en varias variables un efecto de interacción EHP x RA. Sin embargo, el significado de esta interacción no fue tanto el que la adición conjunta de RA y EHP a RCA tuviera efectos desfavorables en comparación a cuando se añadió sólo uno de los componentes (esto sólo se observó en la tasa cardíaca), sino el que dicha adición conjunta no supuso ninguna mejora en comparación a la adición de uno solo de los componentes. En cambio, el añadir EHP a RCA dio lugar a mejores resultados en los pensamientos negativos tenidos al intervenir en clase (aquí también fue beneficiosa la adición de RA a RCA) y en el porcentaje de sujetos significativamente empeorados en el seguimiento.

La desaparición en el seguimiento de los efectos negativos del tratamiento RCA + RA + EHP en comparación a los tratamientos con sólo dos componentes es totalmente concordante con los otros estudios en los que se han encontrado efectos adversos de los paquetes de tratamiento con más componentes (Dawson, 1982; Meichenbaum y cols., 1971; Thorpe y cols., 1976); estos efectos adversos no perduraron en el seguimiento. Si es cierto que los efectos desfavorables de los tratamientos más complejos se deben en ciertos casos a un tiempo insuficiente de intervención, entonces puede hipotetizarse que durante el período de seguimiento los sujetos disponen de tiempo suficiente para asimilar mejor las habilidades enseñadas.

Otra hipótesis alternativa sería que las diferencias entre tratamientos tienden a desaparecer en el seguimiento. Sin embargo, en nuestro seguimiento hemos seguido encontrando tanto efectos principales como de interacción, lo cual concuerda con otros trabajos en los que las diferencias entre tratamientos del MHP en el postratamiento se han mantenido en seguimientos de 1 mes a 2 años (Deffenbacher y cols., 1980; Gatchel y cols., 1979; Hayes y Marshall, 1984; Paul, 1966, 1967; Worthington y cols., 1984).

Por lo que respecta a los cambios intratratamientos, los resultados obtenidos

en la comparación postest-seguimiento divergen algo de la pauta habitualmente encontrada en la bibliografía sobre reducción del MHP, pauta que viene definida por una ausencia de cambios significativos entre el postratamiento y el seguimiento (Black y Martin, 1980; Dawson, 1982; Fremouw y Harmatz, 1975; Gatchel y cols., 1979; Hayes y Marshall, 1984; Hekmat y cols., 1984, 1985; Jaremko, 1980; Lineham y cols., 1977; Osberg, 1981; Trexler y Karst, 1972; Trussell, 1978).

En nuestro caso, no hubo cambios significativos del postest al seguimiento en las variables relacionadas con la intervención en clase, en el porcentaje de sujetos significativamente mejorados en diversas medidas consideradas individualmente y en el porcentaje de sujetos globalmente mejorados. En lo que se refiere al resto de las variables, los grupos RCA + RA y RCA + RA + EHP presentaron un cierto empeoramiento en algunas de ellas, mientras que el grupo RCA + EHP fue el que mejoró en más medidas. Todos los grupos empeoraron en las calificaciones hechas por los jueces y todos, excepto RCA, mejoraron sorprendentemente en tasa cardíaca.

Existen estudios en los que también se ha detectado una mejora en ciertas medidas del postest al seguimiento (Hayes y Marshall, 1984; Jaremko y Walker, 1980; Lent y cols., 1981) y estudios en los que se ha puesto de manifiesto un empeoramiento en ciertas medidas del postest al seguimiento (Gil, 1983b; Hayes y Marshall, 1984; McCroskey, 1972). Gil (1983b) fue el que encontró un empeoramiento en un mayor número de variables; precisamente, este trabajo, al igual que el nuestro, fue realizado con muestras universitarias españolas en vez de anglosajonas y halló el empeoramiento en medidas observacionales (tanto objetivas como de calificación por jueces). Es muy probable que el contexto universitario anglosajón facilite el mantenimiento de los cambios conseguidos al potenciar, a diferencia de la universidad española, las intervenciones en público. Sea como sea, en los 3 últimos meses las frecuencias medias de nuestros sujetos respecto a hacer preguntas en público ($M = 4'62$, $DT = 3'75$) e intervenir en discusiones formales en grupos pequeños ($M = 6,24$, $DT = 5'00$) no fueron muy altas, mientras que la frecuencia media de dar una charla ($M = 0'35$, $DT = 0'66$) fue realmente baja.

A pesar del relativo empeoramiento observado, todos los grupos en nuestro estudio se caracterizaron por un cambio significativo positivo del pretratamiento al seguimiento en la mayor parte de las variables. Además, la magnitud de este cambio fue sensiblemente mayor que la del cambio postest-seguimiento. El grupo RCA + EHP mostró una mejora consistente en todas las variables del pretest al seguimiento, mientras que el grupo RCA + RA + EHP fue el que mejoró en menos medidas.

El porcentaje de sujetos globalmente mejorados no varió del postratamiento al seguimiento ni en conjunto (46,8% vs 44,7%) ni dentro de cada grupo. Así pues, algo más de la mitad de los sujetos siguió sin mejorar suficientemente. Un 14,0% de los sujetos deseó recibir ayuda adicional para su MHP y, como se dijo antes, este

porcentaje fue mayor entre los que no había recibido relajación. Por otra parte, un 14,6% de los sujetos mejoraron adicionalmente del postest al seguimiento y un 34% empeoraron significativamente, aunque en este caso el porcentaje fue menor en el grupo RCA + EHP (16,7%) que en RCA (53,8%). Por último, un 13,6% de los sujetos globalmente mejorados en el postest recayó en el seguimiento.

Los datos anteriores confirman que un porcentaje no despreciable de sujetos empeoran en cierta medida una vez finalizado el tratamiento. A ello pueden contribuir la aplicación de un tratamiento no individualizado ni en su contenido ni en su duración y la falta de un programa postratamiento encaminado a mantener o aumentar los resultados conseguidos. Recientemente, Jansson y cols. (1984) y Öst (1989) han enfatizado este último punto y han presentado un programa de mantenimiento de 6 meses para los trastornos de ansiedad.

El programa de mantenimiento incluiría a) revisión de los fundamentos, metas y resultados del tratamiento aplicado y explicación del programa de mantenimiento; b) compromiso del sujeto con una persona significativa respecto a la práctica continuada de hablar en público; c) acuerdo contractual entre sujeto y terapeuta que especifique las obligaciones de cada uno; d) elaboración de una lista individualizada de estrategias útiles para afrontar los reveses o contratiempos; e) información sobre las situaciones de alto riesgo para las recaídas y sobre cómo aplicar las estrategias de afrontamiento en dichas situaciones; y f) autorregistro del cumplimiento de tareas de hablar en público (este autorregistro es enviado al final de un mes al terapeuta, el cual telefonea al sujeto para discutir brevemente la práctica del mes precedente).

En conclusión, los resultados del estudio realizado indican que tanto RA como EHP son componentes importantes en el tratamiento del MHP, tanto en el postratamiento como en el seguimiento. Sin embargo, su adición conjunta a otro componente, tal como RCA, puede tener efectos desfavorables o nulos en comparación a cuando se añade sólo uno de los componentes. Esto podría evitarse si se dedica el tiempo suficiente para que los sujetos puedan practicar bien y automatizar a la hora de hablar en público las estrategias aprendidas. Finalmente, la consecución de mejores resultados en el seguimiento requiere la planificación y aplicación formal de un programa encaminado a mantener o aumentar los resultados conseguidos.

BIBLIOGRAFIA

- ALLEN, M, HUNTER, J.E. Y DONOHUE, W.A. (1989). Meta-analysis of self-report data on the effectiveness of public speaking anxiety treatment techniques. *Communication Education*, 38, 54-76.
- ALTMAYER, E.M., ROSS, S.L., LEARY, M.R. Y THORNBROUGH, M. (1982). Matching stress inoculation's treatment components to client's anxiety mode. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 331-334.
- BADOS, A. (1986). *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Barcelona.
- BADOS, A (1987). Revisión de la literatura sobre reducción del miedo a hablar en público - II. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 197-231.
- BADOS, A. Y SALDAÑA, C. (1987). Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13, 657-684.
- BARLOW, D.H. Y WOLFE, B.E. (1981). Behavioral approaches to anxiety disorders. A report of the NIMH-SUNY, Albany, Research Conference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 448-454.
- BARRIOS, B.A. Y SHIGETOMI, C.C. (1979). Coping-skills training for the management of anxiety: A critical review. *Behavior Therapy*, 10, 491-522.
- BERNSTEIN, D.A. Y BORKOVEC, T.D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original publicado en 1973.)
- BLACK, E.L. Y MARTIN, G.L. (1980). A component analysis of public speaking behaviors across individuals and behavioral categories. *Communication Education*, 29, 273-282.
- CACIOPPO, J.T. Y PETTY, R.E. (1981). Social psychological procedures for cognitive response assessment: The thought-listing technique. En T.V. Merluzzi, C.R. Glass y M. Genest (Eds.), *Cognitive assessment* (pp. 309-342). Nueva York: Guilford Press.
- CHRISTENSEN, L. Y MENDOZA, J.L. A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RC index. *Behavior Therapy*, 17, 305-308.
- DAWSON, R.W. (1982). Comparative contributions of cognitive behaviour therapy strategies in the treatment of speech anxiety. *Australian Journal of Psychology*, 34, 297-308.
- DEFFENBACHER, J.L. Y MICHAELS, A.C. (1981). A 12-month follow-up of homogeneous and heterogeneous anxiety management training. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 463-466.
- DEFFENBACHER, J.L., MICHAELS, A.C., DALEY, P.C. Y MICHAELS, T. (1980). A comparison of homogeneous and heterogeneous anxiety manage-

- ment training. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 630-634.
- DEFFENBACHER, J.L. Y SNYDER, A.L. (1976). Relaxation as self-control in the treatment of test and other anxieties. *Psychological Reports*, 39, 379-385.
- ENDLER, N.S., HUNT, J.MCV. Y ROSENSTEIN, A.J. (1962). An S-R Inventory of Anxiousness. *Psychological Monographs*, 76, (17, todo el nº 536).
- FREMOUW, W.J. Y GROSS, R. (1983). Issues in cognitive-behavioral treatment of performance anxiety. En P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 2, pp. 279-306). Nueva York: Academic Press.
- FREMOUW, W.J. Y HARMATZ, M.G. (1975). A helper model for behavioral treatment of speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 652-660.
- GATCHEL, R.J., HATCH, J.P., MAYNARD, A., TURNS, R. Y TAUNTON-BLACKWOOD, A. (1979). Comparison of heart rate biofeedback, and systematic desensitization in reducing speech anxiety: Short- and long-term effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 620-622.
- GIL, F. (1983a). Dificultad en las relaciones interpersonales. Eficacia de distintos procedimientos aplicados a la dificultad experimentada al hablar en público. Revisión de estudios. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1, 199-215.
- GIL, F. (1983b). Eficacia de distintos programas aplicados a un problema específico en las relaciones sociales. *Informes de Psicología*, 2, 367-391.
- GLASER, S.R. (1981). Oral communication apprehension and avoidance: The current status of treatment research. *Communication Education*, 30, 321-341.
- GLOGOWER, F.D., FREMOUW, W.J. Y MCCROSKEY, J.C. (1978). A component analysis of cognitive restructuring. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 209-223.
- GLASS, C.R., MERLUZZI, T.V., BIEVER, J.L. Y LARSEN, K.H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.
- HAYES, B.J. Y MARSHALL, W.L. (1984). Generalization of treatment effects in training public speakers. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 519-533.
- HEKMAT, H., LUBITZ, R. Y DEAL, R. (1984). Semantic desensitization: A paradigmatic intervention approach to anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 463-466.
- HEKMAT, H., DEAL, R. Y LUBITZ, R. (1985). Instructional desensitization: A semantic behavior treatment of anxiety disorder. *Psychotherapy*, 22, 273-280.
- HUSEK, T.R. Y ALEXANDER, S. (1963). The effectiveness of anxiety differential in examination stress situations. *Educational and Psychological Measurement*, 23, 309-318.
- JACOBSON, N.S., FOLLETTE, W.C. Y REVENSTORF, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating

- clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- JACOBSON, N.S., FOLLETTE, W.C. Y REVENSTORF, D. (1986). Toward a standard definition of clinically significant change. *Behavior Therapy*, 17, 308-311.
- JANSSON, L., JERRELMALM, A. Y ÖST, L-G. (1984). Maintenance procedures in the behavioral treatment of agoraphobia: A program and some data. *Behavioural Psychotherapy*, 12, 109-116.
- JAREMKO, M.E. (1980). The use of stress inoculation training in the reduction of public speaking anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 735-738.
- JAREMKO, M.E. Y WALKER, G.R. (1980). Public speaking: A stress. *Journal of Chronic Diseases and Therapeutics Research*, 13, 175-184.
- LENT, R.W., RUSSELL, R.K. Y ZAMOSTNY, K.P. (1981). Comparison of cue-controlled desensitization, rational restructuring and a credible placebo in the treatment of speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 608-610.
- LINEHAM, K.S., ROSENTHAL, T.L., KELLEY, J.E. Y THEOBALD, D.E.E. (1977). Homogeneity and heterogeneity of problem class in modeling treatment of fears. *Behavior Research and Therapy*, 15, 211-215.
- MAHL, G.F. (1956). Disturbances and silences in the patient's speech in psychotherapy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53, 1-15.
- MANDLER, G., MANDLER, J. Y UVILLER, E. (1958). Autonomic feedback: The perception of autonomic activity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53, 367-373.
- MASH, E.J. Y TERDAL, L.G. (1980). Follow-up assessments in behavior therapy. En P. Karoly y J.J. Steffen (Eds.), *Improving the long-term effects of psychotherapy* (pp. 99-147). Nueva York: Gardner Press.
- MCCROSKEY, J.C. (1972). The implementation of a large-scale program of systematic desensitization for communication apprehension. *Speech Teacher*, 21, 255-264.
- MEHRABIAN, A. (1969). Some referents and measures of non-verbal behavior. *Behavior Research Methods and Instrumentation*, 1, 203-207.
- MEICHENBAUM, D., GILMORE, J.B. Y FEDORAVICIUS, A. (1971). Group insight versus group desensitization in treating speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 410-421.
- OSBERG, J.W. III (1981). The effectiveness of applied relaxation in the treatment of speech anxiety. *Behavior Therapy*, 12, 723-729.
- ÖST, L-G. (1989). A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 123-130.
- PAUL, G.L. (1966). *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Stanford, California: Stanford University Press.
- PAUL, G.L. (1967). Insight versus desensitization in psychotherapy two years after

- termination. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 333-348.
- RICHARDSON, F.C. Y TASTO, D.L. (1976). Development and factor analysis of a social anxiety inventory. *Behavior Therapy*, 7, 453-462.
- SAYER, J.E. (1983). *Guide to confident public speaking*. Chicago: Nelson-Hall.
- SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, R.L. Y LUSHENE, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- THORPE, G.L., AMATU, H.I., BLAKEY, R.S. Y BURNS, L.E. (1976). Contribution of overt instructional rehearsal and "specific insight" into the effectiveness of self-instructional training: A preliminary study. *Behavior Therapy*, 7, 504-511.
- TREXLER, L.D. Y KARST, T.O. (1972). Rational-emotive therapy, placebo and no-treatment effects on public-speaking anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 60-67.
- TRUSSELL, R.P. (1978). Use of graduated behavior rehearsal, feedback, and systematic desensitization for speech anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 14-20.
- WALLANDER, J.L., CONGER, A.J. Y WARD, D.G. (1983). It may not be worth the effort! Trained judges' global ratings as a criterion measure of social skills and anxiety. *Behavior Modification*, 7, 139-150.
- WEISSBERG, M. (1977). A comparison of direct and vicarious treatments of speech anxiety: Desensitization, desensitization with coping imagery, and cognitive modification. *Behavior Therapy*, 8, 606-620.
- WORTHINGTON, E.L. JR., TIPTON, R.M., CROMLEY, J.S., RICHARDS, T. Y JANKE, R.H. (1984). Speech and coping skills training and paradox as treatment for college students anxious about public speaking. *Perceptual and Motor Skills*, 59, 394.

NOTAS

(1) Para petición de separatas, dirigirse a Arturo Bados, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, c/ Adolf Florensa s/n, 08028 Barcelona, España.

(2) Parte de este trabajo fue presentado en el II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos celebrado en Valencia del 15 al 20 de Abril de 1990.