

ANÁLISIS DE COMPONENTES EN UN TRATAMIENTO COGNITIVO-SOMÁTICO-CONDUCTUAL DEL MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO

Arturo Bados

Carmina Saldaña

Universidad de Barcelona

RESUMEN

Se llevó a cabo un análisis (incompleto) de componentes de un paquete de tratamiento del miedo a hablar en público compuesto por reestructuración cognitiva aplicada (RCA), relajación aplicada (RA) y entrenamiento en hablar en público (EHP). Se formaron cuatro grupos: paquete completo, paquete menos RA, paquete menos EHP y paquete menos RA y menos EHP. RCA fue mejor que un grupo de lista de espera en medidas de autoinforme y en ansiedad externamente manifestada. Al añadir RA a RCA se consiguió una mejora adicional en ciertas medidas de autoinforme, mientras que la adición de EHP a RCA condujo a una mejora en variables observacionales. 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. Esto se atribuyó a un tiempo insuficiente para una intervención tan compleja.

SUMMARY

An (incomplete) component analysis of a treatment package for public speaking anxiety composed of applied cognitive restructuring (ACR), applied relaxation (AR) and training in public speaking (TPS) was carried out. Four groups were formed: complete package, package without TPS, and package without AP and without TPS. ACR was better than a waiting list group

in self-report measures and in externally manifested anxiety. An additional improvement in some self-report measures was secured adding AR to ACR, whereas the addition of TPS to ACR led to an improvement in observational variables. However, the joint addition of AR and TPS to ACR had unfavourable effects in comparison with the addition of only one of the two components. This was attributed to an insufficient time for such a complex intervention.

Una revisión de la literatura sobre reducción del miedo a hablar en público (MHP) realizada por Bados (1987b) puso de manifiesto que los paquetes de tratamiento que combinan técnicas dirigidas a los tres sistemas de respuestas (cognitivo, motor, fisiológico) parecen ser especialmente eficaces en el tratamiento del MHP.

Los programas de tratamiento multicomponentes han sido aconsejados por múltiples autores (Gil, 1984; Meichenbaum y Cameron, 1982; Nietzel y Bernstein, 1981). Sin embargo, es posible que no todos los componentes de un programa sean necesarios o bien que difieran en cuanto a su importancia; por ello, es preciso llevar a cabo análisis de componentes de los paquetes de tratamiento (Bassett y Boone, 1983; Bayés, 1984). De este modo, los resultados obtenidos podrían permitir una simplificación o una mejora del procedimiento investigado.

El objetivo primario de esta investigación consistió precisamente en realizar un análisis (incompleto) de componentes de un paquete de tratamiento similar a uno ya aplicado con éxito (Fremouw y Harmatz, 1975; Worthington, Tipton, Cromley, Richards y Janke, 1984). Dicho paquete combinó la reestructuración cognitiva aplicada en vivo (RCA), la relajación de enfrentamiento aplicada en vivo (RA) y el entrenamiento en hablar en público (EHP).

El análisis de componentes se llevó a cabo formando cuatro grupos: a) paquete completo de tratamiento (RCA + RA + EHP), b) paquete completo menos relajación (RCA + EHP), c) paquete completo menos entrenamiento en hablar en público (RCA + RA), d) paquete completo menos relajación y menos entrenamiento en hablar en público (RCA).

Un segundo objetivo de este trabajo consistió en llevar a cabo el mencionado análisis de componentes cumpliendo una serie de requisitos metodológicos y condiciones que consideramos importantes y que han sido pasados por alto en todos o en la mayor parte de estudios en el campo de la reducción del MHP. Estos requisitos y condiciones fueron los siguientes: utilización de tratamientos de

mayor duración que la acostumbrada; control de las tareas entre sesiones asignadas a los sujetos; empleo de medidas de autoinforme, observacionales y fisiológicas; obtención de datos de fiabilidad y validez de las medidas empleadas; empleo de medidas de generalización al medio natural; obtención de medidas de significación clínica; utilización de fuertes demandas en el pretest para cubrir todo el tiempo de charla y para hacerlo del modo más calmado y competente posible; empleo de fuertes demandas para el grupo de lista de espera también en el postest; supervisión de si los terapeutas administraron cada tratamiento tal como estaba planeado; evaluación de la credibilidad y expectativas de los sujetos y de los terapeutas respecto a los tratamientos recibidos y aplicados respectivamente; evaluación de las impresiones de los sujetos acerca de los terapeutas; empleo de temas de charla con un grado de dificultad empíricamente similar; y aplicación de análisis estadístico de tipo multivariante.

METODO

Sujetos

Los sujetos fueron alumnos de segundo curso de Psicología de la Universidad de Barcelona. El grupo de mucho MHP estuvo constituido por 64 mujeres y 8 hombres que fueron seleccionados, entre un mayor número de sujetos que se presentaron voluntarios ante un anuncio de tratamiento para el MHP, por cumplir los siguientes criterios: a) puntuar por encima de la media teórica en al menos dos de estos tres cuestionarios: Cuestionario de Confianza para Hablar en Público de Paul (1966) con una escala de respuesta de 6 puntos, Inventario de Ansiedad E-R de Endler, Hunt y Rosenstein (1962) con cinco situaciones de hablar en público y los nueve modos de respuesta en Endler y Okada (1975), y Cuestionario de Inquietud al Hablar en Público de Bados (1986); b) presentar el problema de MHP desde hace 1 año como mínimo; c) no haber recibido tratamiento para este problema; y d) no estar tomando fármacos psicotropos ni recibiendo psicoterapia de cualquier tipo.

Los 72 sujetos fueron asignados aleatoriamente a los cuatro grupos de tratamiento y al de lista de espera (LE) con las restricciones de que no podía haber más de dos hombres por grupo y de que cada grupo de tratamiento debía constar de 15 personas. Cuatro sujetos abandonaron la investigación (dos del grupo RCA + RA + EHP y dos del grupo LE) y tres no pudieron ser utilizados en el análisis de los datos en el postratamiento. De este modo, los grupos RCA, RCA + RA, RCA + EHP, RCA + RA + EHP y LE contaron respectivamente con 15, 15, 11 y 10 sujetos a efectos de los análisis estadísticos en el postratamiento.

Además del grupo de MHP elevado, se seleccionó un grupo de poco MHP con el fin de a) comprobar la validez de las medidas em-

pleadas y b) disponer de un grupo criterio que permitiera hallar la significación clínica de los resultados obtenidos. El grupo de poco MHP estuvo formado por 8 mujeres y 1 hombre. De 23 voluntarios, sólo estos 9 cumplieron los siguientes criterios de selección: a) obtener una puntuación en los tres cuestionarios citados un poco más arriba que estuviera al menos una desviación típica por debajo de la media correspondiente al sexo del sujeto; b) obtener una media inferior a 5 (según una escala de 1 a 10) en la calificación de ansiedad manifiesta hecha por el auditorio; c) obtener una media superior a 5 (según una escala de 1 a 10) en la calificación de actuación hecha por el auditorio; y d) no estar tomando fármacos psicotropos ni recibiendo psicoterapia de cualquier tipo.

Una vez que los sujetos del grupo de poco MHP se comprometieron a participar, se les ofrecieron créditos académicos por su colaboración. Sin embargo, los sujetos con mucho MHP no recibieron otro pago que los beneficios obtenidos del programa de tratamiento.

APARATOS Y LUGAR DE LA INVESTIGACION

Se emplearon los siguientes equipos de material: a) Un equipo de grabación audiovisual y visionado compuesto por una cámara Sony Trinitron DXC-1800P, cuatro magnetoscopios (Sony SL-C5E, S1-C7E y SL-C30E, y Mitsubishi HS-307E), dos televisores (Grundig 8215-E y Sanyo Metallic GL), dos monitores Sony Trinitron (HM-1430E y CUM-1850E) y dos focos Varibeam 1000 Mod. 200 IANIRO con lámpara halógena de 1.000 vatios. b) Un equipo de grabación magnetofónica y audición compuesto por tres magnetofones Phillips D-6340 y un micrófono de solapa AIWA CM-60. c) Un esfigmomanómetro automático TAKIO TP-606 con impresora. d) Diez cronómetros Lotus S-2000 y un cronómetro Lotus S-3000 con cuenta atrás.

La investigación se llevó a cabo en diversas salas de la Unidad de Terapia de Conducta y de la Unidad de Medios Audiovisuales de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona. En la sala de grabación (6,55 x 6,35 x 2,85 metros) se colocaron tres filas de dos sillas para el auditorio y una silla para el sujeto a 2,40 metros de la primera fila. En esta fila y justo enfrente del sujeto se emplazó la cámara de vídeo. Dos focos halógenos proyectaron su luz sobre el sujeto y sobre el resto de la habitación. La sala de registro fisiológico se mantuvo a una temperatura constante de 22° y la impresora se colocó dentro de un mueble cerrado para evitar los problemas derivados del ruido de impresión.

En cuanto a las sesiones de tratamiento, las cinco primeras se llevaron a cabo en la Unidad de Terapia de Conducta y las otras cinco, en aulas normales de clase de la Facultad de Psico-

logía para facilitar así la generalización al medio natural de los sujetos.

MEDIDAS EMPLEADAS

Medidas obtenidas exclusivamente en el pretest. Se pasó un Cuestionario Previo con tres ítems que evaluaron la motivación para llevar a cabo el tratamiento, las expectativas iniciales de mejora y el deseo de realizar el tratamiento.

Medidas tomadas tanto en pretest como en el postest. Se emplearon los siguientes grupos de medidas:

a) *Medidas de autoinforme de MHP general.* Se incluyeron aquí el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público, el Inventario de Ansiedad E-R, el Cuestionario de Inquietud al Hablar en Público, ya citados, y el Cuestionario de Autoeficacia para Hablar en Público de Bados (1986).

b) *Medidas de autoinforme de ansiedad social.* Se emplearon cinco de las siete subescalas del Inventario de Ansiedad Social de Richardson y Tasto (1976). Las cinco subescalas fueron desaprobarción por parte de otros, enfrentamiento con otros y expresión de ira, contacto heterosexual, intimidad y calidez interpersonal, 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, Mandler y Uviller (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 "germenes" y "tornillo", una escala de 10 puntos de termómetro de miedo anticipatorio, el Inventario de Estado de Ansiedad de Spielberger, Gorsuch y Lushene (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, Merluzzi, Biever y Larsen (1982).

En el Listado de Pensamientos se consideraron pensamientos positivos aquellos que indicaron emoción positiva, consecuencias favorables, enfrentamiento a la situación, capacidad de manejar las propias emociones, enfoque de la tarea de forma realista y operativa, concentración en la tarea, evaluación positiva de sí mismo, de la tarea o de la situación, etc. Pensamientos negativos fueron aquellos que indicaron lo contrario (véase Bados, 1986).

f) *Medidas observacionales de calificación global.* Se incluyeron calificaciones globales de: aspectos vocales, aspectos no verbales, contenido y organización de la charla, 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 calidez social (Wallander, Conger y Ward, 1983).

En el caso de las tres primeras calificaciones, se emplearon calificaciones globales en vez de calificaciones específicas de los diversos aspectos considerados en cada una de ellas (p.ej., volumen, mirada, coherencia de ideas) debido a las elevadas correlaciones múltiples halladas entre las calificaciones específicas de varios aspectos y la calificación global de todos esos aspectos.

g) *Medidas observacionales (de tipo objetivo) de aspectos no verbales.* Se incluyeron 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), 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) y la Lista de Conductas Apropriadas al Inicio y Final de una Charla confeccionada a partir de la propuesta por Fawcett y Miller (1975). (Véase Bados, 1986, para estas dos últimas Listas).

h) *Medidas observacionales (de tipo objetivo) de aspectos vocales.* Se incluyeron la proporción de tiempo, tasa y 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.

Las medidas observacionales de tipo objetivo fueron registradas independientemente por grupos distintos de dos o tres observadores entrenados que vieron o escucharon las cintas de vídeo o magnetofónicas. En estas cintas aparecieron aleatoriamente mezcladas las charlas de los sujetos con poco y mucho MHP dadas tanto

en el pretest como en el postest. Los observadores sabían que su fiabilidad sería comprobada periódicamente y además recibieron retroalimentación sobre la fiabilidad de sus datos aproximadamente cada 30 charlas observadas. Al igual que los jueces, los observadores no fueron informados de los fines de la investigación.

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 período de adaptación de 5 minutos) de cada una de las siguientes variables fisiológicas: presión sanguínea sistólica y diastólica y tasa cardíaca.

MEDIDAS OBTENIDAS SOLAMENTE EN EL POSTEST

Se evaluó la satisfacción de los sujetos respecto al tratamiento seguido (Cuestionario de Satisfacción del Cliente de Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen, 1979) y la utilidad que atribuyeron a los diversos componentes del tratamiento recibido. Además, se recogió información sobre las opiniones de los sujetos acerca de posibles variaciones en el tratamiento seguido, sobre si los sujetos habían estado recibiendo otro tratamiento psicológico y/o farmacológico durante el tratamiento, y sobre el número e impacto de los acontecimientos vitales positivos y negativos ocurridos durante el tratamiento, pero al margen de este.

Finalmente, 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: termómetro de miedo anticipatorio, termómetro de miedo, autocalificación de la actuación, percepción autonómica, molestia autonómica, facilitación autonómica, 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.

Medidas obtenidas durante el tratamiento

Al final de la 1ª, 6ª y 10ª sesión de tratamiento se evaluaron a) la credibilidad de los sujetos en el tratamiento y las expectativas de mejora suscitadas por este, b) las impresiones de los sujetos sobre diversos aspectos (competencia, agradabilidad, interés, confianza, satisfacción) relacionados con los terapeutas, y c) la credibilidad y expectativas de los terapeutas acerca de los tratamientos aplicados. Para evaluar la credibilidad y expectativas tanto de los sujetos como de los terapeutas, se emplearon dos versiones modificadas del cuestionario de Borkovec y Nau (1972).

PROCEDIMIENTO

Durante las dos semanas y media posteriores a la administración en clase del 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 interesados en participar mantuvieron una breve entrevista con el investigador, encaminada a ver si cumplían algunos de los criterios de selección, completaron el Cuestionario Previo y recibieron el Inventario de Ansiedad Social para contestarlo en casa.

Una semana antes de tener que dar la charla, se dieron a los sujetos tres temas para la exposición: "El racismo", "El fracaso escolar" y "La eutanasia". 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 utilizados en los distintos momentos de evaluación fueron extraídos de un conjunto más numeroso de temas en base a su grado medio de dificultad según las opiniones de 94 alumnos de tercer curso de Psicología.

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 una 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, reaccionando 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

y el Cuestionario de Reconocimiento de Pensamientos. Por último los sujetos firmaron junto con el investigador un contrato de responsabilidad mutuas.

Finalizados los tratamientos, se volvió a repetir la evaluación aunque con las siguientes diferencias respecto a la primera vez: a) los cuestionarios de MHP general no se pasaron en clase; b) los asistentes de investigación y los miembros del auditorio fueron personas distintas, pero del mismo curso y sexo que las anteriores; c) los temas de las charlas fueron diferentes ("Despenalización del uso de la marihuana", "La pena de muerte" y "La mujer en el mundo islámico y en el mundo occidental"); d) salvo para el grupo LE, desaparecieron las instrucciones para actuar de un modo relajado y competente; y e) se pidió a los sujetos que hicieran una breve intervención pública en clase.

El grupo LE recibió instrucciones justificativas de la segunda evaluación e instrucciones repetidas de alta demanda para hacer el comentario en clase, ya que no se atrevían a ello. Terminada la segunda evaluación, los sujetos del grupo LE recibieron tratamiento, pero ya no se obtuvieron más datos de ellos.

TERAPEUTAS

En esta investigación participaron tres parejas de terapeutas, formada cada una de ellas por un hombre y una mujer, con edades comprendidas entre los 22 y los 28 años ($M = 24,50$). Todos los terapeutas eran recién licenciados en Psicología y carecían de experiencia clínica. Los terapeutas fueron entrenados a nivel teórico-práctico en las técnicas a aplicar; el entrenamiento duró 3 meses y medio, a razón de 3-4 días por semana, 4 horas por día, sin contar el tiempo dedicado a las actividades entre sesiones.

Cada pareja de terapeutas llevó conjuntamente un grupo de 5 sujetos dentro de cada una de las cuatro condiciones de tratamiento, siguiendo los manuales que el primer autor había elaborado para este fin. Se supervisó la actuación de los terapeutas para asegurar que aplicaban cada tratamiento en su integridad. Para llevar a cabo esta supervisión, a) los terapeutas completaron una hoja de registro tras cada sesión, b) se grabaron en magnetofón las sesiones de tratamiento y estas grabaciones fueron escuchadas por otras personas entrenadas, y c) se mantuvieron reuniones semanales a lo largo de la investigación en las que los terapeutas recibieron retroalimentación y reforzamiento.

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.

Además, se utilizó un grupo de lista de espera (LE; Grupo 5) con la finalidad de: a) comprobar si los grupos de tratamiento diferían o no de él, y b) determinar si el problema de MHP variaba o no cuando los sujetos no recibían tratamiento. 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.

FIGURA Nº 1: REPRESENTACION DEL DISEÑO FACTORIAL 2 (EHP) x (RA)

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

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 variaron 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 de 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 inadecua

dos 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.

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 evocación, 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

Los acuerdos intercalificadores en las cinco medidas de calificación global fueron satisfactorios tanto en el pretest como en el postest (coeficientes alfa 0,836, salvo uno igual a 0,725 en la calificación del contenido y organización de la charla en el postest y otro igual a 0,664 en la calificación de ansiedad manifiesta en el postest). Los acuerdos intercalificadores respecto a la polaridad de pensamientos se calcularon mediante la proporción de acuerdos y fueron superiores en todos los casos a 0,932.

Los acuerdos interobservadores en las medidas observacionales objetivas se calcularon mediante el coeficiente de correlación r de Pearson y fueron superiores a 0,851 en el caso de la Lista de Verificación conductual para la Ansiedad de Ejecución (en la cual hubo tres observadores) y mayores que 0,957 en el resto de las medidas.

Se calculó la fiabilidad test-retest (14 semanas) de todas las medidas tomadas en el pretest y en el postest. Para ello, se utilizaron los 19 sujetos que no habían recibido tratamiento, esto es, los 10 sujetos del grupo LE y los 9 del grupo de poco MHP. Fueron descartadas aquellas medidas generales cuya fiabilidad test-retest (coeficiente r de Pearson) no fue igual o superior a 0,700 y aquellas medidas situacionales cuya fiabilidad test-retest no fue significativa al nivel de 0,05 (prueba unilateral), lo cual correspondió a $r = 0,389$.

Las medidas eliminadas fueron las siguientes: ansiedad suscita da por la calidez interpersonal, calificación global del contenido y organización de la charla, conductas al inicio y final de la charla, proporción de tiempo de silencios, tasa de silencios y tasa cardíaca medida en cada uno de los tres momentos antes de la charla. Sin embargo, la fiabilidad test-retest de la media de la tasa cardíaca a través de los tres momentos sí que fue significativa ($r = 0,406$), por lo que fue utilizada en análisis posteriores.

En cuanto a la validez de las medidas tomadas tanto en el pretest como en el postest, las comparaciones entre los grupos de poco y mucho MHP pusieron de manifiesto que estos difirieron significativamente en todos los grupos de variables mencionados en el apartado "Medidas empleadas" excepto en las variables observacionales de aspectos no verbales -debido a que el grupo de poco MHP se mostró también deficiente en dichos aspectos- y en las variables fisiológicas -debido a que los sujetos con poco MHP también se activaron fisiológicamente- (para una mayor información, véase Bados, 1987a). Sin embargo, no se eliminó ninguna de estas

variables por la posibilidad de que pudieran ser sensitivas a los efectos de los tratamientos.

Los dos sujetos femeninos que abandonaron el grupo RCA + RA + EHP lo hicieron uno por problemas de apatía generalizada a todas las áreas de su vida y otro por falta de tiempo agravada por ciertos problemas de salud. Estos dos sujetos no se diferenciaron en ninguna medida de los tres sujetos que quedaron en el subgrupo llevado por los mismos terapeutas. Los dos sujetos femeninos que abandonaron el grupo LE adujeron haber encontrado un trabajo temporal que no les dejaba tiempo para realizar el tratamiento. Estos dos sujetos sólo se diferenciaron del resto de sujetos del grupo LE en informar un menor MHP general en unas pocas medidas.

Para llevar a cabo los restantes análisis de datos se emplearon básicamente análisis multivariantes de covarianza, utilizando como variantes 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. Dado el gran número de variables, 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 y analizar grupo por grupo. (Para una mayor información, véase Bados, 1986, donde también podrán consultarse en detalle los análisis realizados; por motivo de espacio, estos sólo se presentan en este artículo en forma esquemática).

COMPARACIONES ENTRE LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO

De las múltiples comparaciones realizadas en un análisis inicial del factor Terapeutas, sólo surgió un resultado significativo en presión sanguínea diastólica ($p = 0,000$) y un resultado casi significativo en tasa cardíaca ($P = 0,067$). Excepto estos dos efectos principales, que pudieron muy bien ser aleatorios, el resto de los efectos principales del factor Terapeutas fueron no significativos. Más importante aún, ninguna interacción entre terapeutas y tratamientos resultó significativa. En función de estos resultados, el factor Terapeutas fue eliminado en todos los análisis posteriores.

Las diferencias entre los tratamientos en las distintas funciones discriminantes significativas extraídas vienen indicadas en la Tabla 1 y reflejan, salvo en la primera función discriminante, una interacción entre los factores Entrenamiento en Hablar en Público (EHP) y Relajación Aplicada (RA). No se encontraron efectos principales de los factores EHP y RA o efectos de interacción en: a) las variables de autoinforme del número e impacto de los acontecimientos vitales positivos y negativos ocurridos durante el tratamiento, pero al margen de este; b) las variables de autoin-

forme de ansiedad social; c) las variables de autoinforme relacionadas con reacciones somáticas; d) las variables de presión sanguínea sistólica; e) las variables de presión sanguínea diastólica; f) la tasa cardíaca; g) las variables de autoinforme relacionadas con reacciones somáticas al intervenir en clase; y h) las variables de autoinforme de los pensamientos tenidos al intervenir en clase.

TABLA Nº 1: DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO EN LAS DISTINTAS FUNCIONES DISCRIMINANTES SIGNIFICATIVAS EXTRAÍDAS.

Función discriminante	Diferencias entre grupos			
Mejores expectativas iniciales de mejora	(3-4) > (1-2)			
Mayor credibilidad/expectativas en el tratamiento.				
1ª sesión	3 > 1	2=4	3 > 4	2=1
6ª sesión	3=1	2=4	3 > 4	2=1
10ª sesión	3=1	2=4	3 > 4	2=1
Mejores impresiones sobre los terapeutas				
1ª sesión	3 > 1	2=4	3=4	2 > 1
6ª sesión	<u>3 > 1</u>	2 > 4	<u>3 > 4</u>	<u>2 > 1</u>
10ª sesión	<u>3=1</u>	2 > 4	<u>3 > 4</u>	<u>2=1</u>
Menor MHP estimado o general	3=1	2=4	3=4	2 > 1
Mejor autocalificación de la actuación	3=1	2 > 4	3=4	2 > 1
Menor ocurrencia de pensamientos negativos	3=1	2 > 4	3=4	2=1
Mejor calificación global de aspectos vocales y no verbales	3 > 1	2=4	3=4	2=1
Menor ansiedad externamente manifestada	<u>3 > 1</u>	2=4	3 > 4	2=1
Mayor fluidez al hablar	3=1	2=4	3 > 4	2=1
Mayor satisfacción con el tratamiento	3 > 1	<u>2 > 4</u>	<u>3 > 4</u>	2=1
Menor miedo experimentado durante el comentario en clase	3=1	<u>2 > 4</u>	3=4	2=1
Mejor calificación del contenido del comentario y de la actuación global en clase	3=1	2 > 4	3=4	2=1

NOTA: El signo > indica una superioridad significativa ($p > 0,05$) de un grupo sobre otro; cuando el grado de significación es mayor que 0'05 y menor o igual que 0'10, los grupos aparecen subrayados a ambos lados del signo > .

El porcentaje de sujetos que juzgaron necesario un tratamiento similar al seguido, pero modificado en algunos puntos, tendió a ser mayor en el Grupo 4 (80,0%) que en el Grupo 2 (40,0%) ($p = 0,099$), mientras que no hubo diferencias entre los Grupos 3(71,4%) y 1 (60,0%). En la necesidad de un tratamiento más largo o de un tratamiento de otro tipo distinto al seguido no se encontraron resultados significativos. Considerando a todos los grupos en conjunto, lo sujetos estuvieron divididos a partes iguales sobre la necesidad o no de un tratamiento más largo, mientras que hubo un mayor porcentaje de sujetos (71,7%) que no consideraron necesario otro tipo de tratamiento ($p = 0,002$).

En la 1ª sesión, los terapeutas creyeron más en el tratamiento 4 que en el 1 ($p = 0,031$) y casi más que en el 2 y el 3($p = 0,063$ en ambos casos). En cambio en la 6ª sesión, los terapeutas sólo creyeron casi más en el tratamiento 4 que en el 1 y 2 ($p = 0,063$ en ambos casos). En la 10ª sesión no hubo diferencias. Por otra parte, las expectativas de los terapeutas respecto al tratamiento 4 fueron mayores que las relativas a los tratamientos 1 y 2 ($p = 0,031$ en ambos casos), sin que hubiera diferencias entre sesiones.

COMPARACIONES ENTRE CADA GRUPO DE TRATAMIENTO Y EL GRUPO DE LISTA DE ESPERA

Las diferencias entre cada grupo de tratamiento y el grupo LE en las distintas funciones discriminantes significativas extraídas aparecen indicadas en la Tabla nº 2. Ningún tratamiento se diferenció significativamente de LE en las variables de autoinforme de ansiedad social, las variables de presión sanguínea sistólica, las variables de presión sanguínea diastólica, y la tasa cardíaca; tampoco en las variables de autoinforme de los acontecimientos vitales ocurridos durante el tratamiento, pero al margen de este.

En las medidas de generalización al medio natural, los tratamientos no fueron comparados con LE ya que sólo 1 de los 10 sujetos de este grupo se atrevió a hacer el comentario en clase. En contraste, todos los sujetos que recibieron tratamiento, excepto uno que había dejado de asistir a la Facultad por motivos laborales, hicieron la intervención en clase.

Los sujetos del grupo LE redujeron significativamente del pretest al postest su miedo experimentado durante la charla ($p = 0,018$), tendieron a reducir sus perturbaciones del habla tipo "ah" ($p = 0,078$) y aumentaron su MHP estimado ($p = 0,039$), el cual se midió 1 semana antes de dar la charla. Sin embargo, el grupo LE no cambió significativamente en las variables de autoinforme relacionadas con la ansiedad social, las reacciones somáticas y los pensamientos tenidos. Tampoco lo hizo en las variables

TABLA N° 2: DIFERENCIAS ENTRE CADA GRUPO DE TRATAMIENTO Y EL GRUPO DE LISTA DE ESPERA EN LAS DISTINTAS FUNCIONES DISCRIMINANTES SIGNIFICATIVAS EXTRAIDAS

Función discriminante	Diferencias entre grupos
Mayores expectativas iniciales de mejora	$5 > 1$; 2,3,4 = 5
Menor MHP estimado o general	$1,2,3,4 > 5$
Menor percepción autonómica	$1,2,3 > 5$; 4 = 5
Menor MHP experimentado durante y/o antes de la charla	$1,2,3,4 > 5$
Mayor ocurrencia de pensamientos positivos y menor de negativos	$1,2,3,4 > 5$
Mejor calificación de aspectos vocales y no verbales	$3 > 5$; 1,2,4 = 5
Menor ansiedad externamente manifestada	$1,3,4 > 5$; 2 = 5
Mayor fluidez al hablar	$3 > 5$; 1,2,4 = 5

NOTA: Cada grupo enumerado a la izquierda del signo > es significativamente superior ($p \geq 0,05$) al grupo enumerado a la derecha. Cuando el grado de significación es mayor que 0'05 y menor o igual que 0'10, los grupos aparecen subrayados a ambos lados del signo > .

observacionales de calificación global y en las de aspectos no verbales ni en las variables fisiológicas de presión sanguínea sistólica, presión sanguínea diastólica y tasa cardíaca.

SIGNIFICACION CLINICO-SOCIAL

En el análisis de la significación clínica se consideraron las variables enumeradas en la Tabla 5. Para seleccionar las siete primeras, se identificaron los grupos teóricos de variables que habían discriminado entre los grupos de poco y mucho MHP y se eligió en cada grupo de variable que correlacionó más alto con la función discriminante. En cuanto a las variables obtenidas al hacer un comentario en clase, se seleccionaron aquellas cuatro que guardaron un paralelismo con alguna de las siete variables anteriores.

En las variables tomadas en el pretest y postest, un sujeto fue considerado significativamente mejorado: a) si su puntuación postest en la variable considerada fue mas probable que perteneciera a la distribución de los sujetos con poco MHP que a la de los sujetos con mucho MHP (Jacobson, Follette y Revenstorf, 1984) y b) si la diferencia entre la puntuación postest y la puntuación pretest de dicha variable igualó o excedió 1,645 veces, en la dirección de la funcionalidad, el error estándar de medición de la variable. En las variables tomadas sólo en el postest, un sujeto

fue considerado dentro del rango de funcionalidad en una variable si su puntuación posttest 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 nº 3 muestra los porcentajes de sujetos significativamente mejorados en determinadas medidas tomadas en el pretest y posttest. 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 Nº 3: PORCENTAJES DE SUJETOS SIGNIFICATIVAMENTE MEJORADOS EN DETERMINADAS MEDIDAS TOMADAS EN EL PRETEST Y POSTEST.

Condición	n	CCHP	ADO	PA	IEA	LP:PN	J:ANS	VELOC
RCA	15	20,0%	26,7%	46,7%	73,3%	87,7%	33,3%	60,0%
RCA+RA	15	73,3%	40,0%	53,3%	66,7%	93,3%	26,7%	40,0%
RCA+EHP	14	50,0%	14,3%	50,0%	78,6%	85,7%	42,9%	57,1%
RCA+RA+EHP	11	54,5%	27,3%	36,4%	72,7%	72,7%	27,3%	18,2%
LE	10	0,0%	10,0%	20,0%	30,0%	40,0%	10,0%	20,0%

NOTA: Consúltense la Tabla nº 5 para el significado de las abreviaturas correspondientes a las medidas.

TABLA Nº 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	15	33,3%	46,7%	73,3%	53,3%
RCA+RA	15	26,7%	60,0%	86,7%	53,3%
RCA+EHP	13	15,4%	30,8%	76,9%	84,6%
RCA+RA+EHP	11	18,2%	27,3%	100,0%	81,8%
LE ^a	10	---	---	---	---

NOTA: Consúltense la Tabla nº 5 para el significado de las abreviaturas correspondientes a las medidas. ^a Sólo un sujeto del grupo LE se atrevió a hacer el comentario en clase.

La Tabla nº 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. Así mismo, presenta los resultados de las comparaciones entre cada grupo de tratamiento y el grupo LE. Se utilizó la prueba de la probabilidad exacta de Fisher.

TABLA Nº 5: RESULTADOS DE LAS COMPARACIONES ENTRE LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO Y ENTRE ESTÓS Y EL GRUPO DE LISTA DE ESPERA EN CUANTO A LOS PORCENTAJES DE SUJETOS SIGNIFICATIVAMENTE MEJORADOS O INCLUIDOS DENTRO DEL RANGO DE FUNCIONALIDAD EN CIERTAS VARIABLES OBTENIDAS EN EL PRETEST Y POSTEST O SOLO EN EL POSTEST.

VARIABLES	RESULTADOS			
CCHP = Cuestionario de Confianza para hablar en Público	3=1 2,3,4 > 5;	2=4	3=4	2 > 1
ADD = Ansiedad ante la desaprobación por parte de otros	3=1	2=4	3=4	2=1
PA = Percepción autonómica	3=1	2=4	3=4	2=1
IEA = Inventario de Estado de Ansiedad	3=1	2=4	3=4	2=1
LP:PN= Proporción de pensamientos negativos en el Listado de Pensamientos	3=1	2=4	3=4	2=1
J:ANS= Calificación de la ansiedad externamente manifestada	3=1	2=4	3=4	2=1
VELOC= Velocidad del habla	3=1	2=4	3 > 4	2=1
C:PA= Percepción autonómica al intervenir en clase	3=1	2=4	3=4	2=1
C:TM= Termómetro de miedo relativo al comentario en clase	(1-2) > (3-4)			
C:PN= Proporción de pensamientos negativos al intervenir en clase	3=1	2=4	3=4	2=1
C:CANS= Calificación de la ansiedad externamente manifestada al intervenir en clase	(3-4) > (1-2)			

NOTA: El signo > indica una superioridad significativa ($p < 0,05$) de un grupo sobre otro; cuando el grado de significación de la diferencia de dos grupos es mayor que 0'05 y menor o igual que 0'10, los grupos aparecen subrayados a distinto lado del signo > .

Se consideraron simultáneamente las medidas PA, IEA, LP:PN, J:ANS, C:PA, C:TM, C:PN y C:CANS (véase la Tabla nº 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.

Los porcentajes de sujetos globalmente mejorados en los Grupos 1, 2, 3 y 5 fueron respectivamente 60%, 53,3%, 53,8%, 63,6%, 10,0%. No hubo diferencias significativas entre los grupos de tratamiento. En comparación con el Grupo LE, el porcentaje de sujetos globalmente mejorados fue mayor en los grupos 1,2 y 4 y tendió a ser superior en el Grupo 3 ($p = 0,074$).

DISCUSION

Excepto en las medidas de ansiedad social, cada tratamiento se mostró superior al grupo de lista de espera en todos los grupos de variables de autoinforme. Estos resultados están en consonancia con la literatura sobre reducción del MHP, ya que en esta ha sido común encontrar mejoras en las medidas de autoinforme (Bados, 1987b).

Todos los tratamientos -excepto RCA + RA, por razones que no son evidentes- fueron más eficaces que LE en reducir las manifestaciones externas de ansiedad objetivamente registradas. En el resto de las variables observacionales, sólo el grupo RCA + EHP fue superior a LE, lo cual se tradujo en una mejora de la fluidez al hablar y de las calificaciones en los aspectos verbales y no verbales de la charla. Si atribuimos esto al EHP, entonces hay que explicar por qué el grupo RCA + RA + EHP no consiguió estos mismos efectos; esta cuestión se discutirá más adelante.

Ningún grupo de tratamiento se diferenció de LE en las calificaciones globales de ansiedad y actuación hechas por los jueces. Esto sugiere que las mejoras conseguidas por los Grupos 1, 3 y 4 en ciertas variables observacionales no fueron lo suficientemente acusadas como para conseguir una repercusión social diferencial respecto al grupo LE.

Ningún tratamiento, ni siquiera los que incluyeron entrenamiento en relajación, se mostró superior a LE en reducir ciertas respuestas fisiológicas como la presión sanguínea sistólica y diastólica y la tasa cardíaca. Es posible que el entrenamiento en autorrelajación hubiera sido más eficaz a este respecto si hubiera sido combinado con sesiones de entrenamiento en vivo por parte de los terapeutas (Borkovec y Sides, 1979b; Hillenberg y Collins,

1982; Lehrer, 1982). No obstante, también es posible que muchos sujetos no necesitaran reducir su activación fisiológica, sino prestar menos atención a esta última y/o reinterpretarla como facilitadora en vez de perturbadora (Hollandsworth y cols., 1979).

Sólo los sujetos que habían recibido tratamiento se atrevieron a hacer una breve intervención pública en clase como parte de la evaluación postest. Así pues, la superioridad de los tratamientos sobre LE no se circunscribió únicamente a la situación de hablar ante un auditorio artificialmente formado + cámara de vídeo, sino que se extendió también a una situación del medio natural de los sujetos.

Ahora bien, puesto que como actividades entre sesiones se había pedido a los sujetos en todos los grupos de tratamiento que hicieran algunas preguntas y comentarios en clase, una forma mejor de evaluar la generalización al medio natural hubiera sido, por ejemplo, pedir a los sujetos que expusieran un trabajo o dieran una charla en clase. Sin embargo, esto se consideró poco factible ya que, dado el elevado número de sujetos, hubiera supuesto una alteración importante, e inoportuna para un número indeterminado de profesores, en la forma magistral de dar las clases.

Ninguno de los cuatro tratamientos fue más eficaz que LE en reducir la ansiedad social autoinformada a pesar de incluir reestructuración cognitiva, una técnica a la que se atribuyen, como a otras técnicas cognitivas, mayores efectos de generalización (Fremouw y Zitter, 1978). Sin embargo, estos efectos no están comprobados (Rachman y Wilson, 1980) y lo más seguro es que para programar la generalización sea necesario emplear otros medios además de las técnicas cognitivas (Eisler y Frederiksen, 1980; Scott Himadi y Keane, 1983).

La superioridad de los tratamientos sobre LE no se limitó solamente a haber conseguido unos mayores cambios en promedio, sino que además tuvo relevancia clínico-social. El porcentaje de sujetos globalmente mejorados (sin que esto signifique una superación completa del MHP) fue de un 10% en el grupo LE y de un 53,3% a un 63,3% en los grupos de tratamiento. Estos últimos porcentajes son alentadores si se tiene en cuenta que los tratamientos fueron de tiempo limitado. No obstante, dichos porcentajes indican también que un poco menos de la mitad de los sujetos no han mejorado suficientemente.

Los porcentajes de sujetos globalmente mejorados en los distintos tratamientos enmascaran el hecho de que los porcentajes de sujetos mejorados variaron ampliamente según las medidas individuales consideradas. Se manifiesta así la poca concordancia existente tanto entre diferentes tipos de medida como entre diferentes sistemas de respuesta.

Los sujetos del grupo LE no cambiaron en general del pretest al postest en los distintos grupos de variables utilizadas, aunque redujeron significativamente su miedo experimentado durante la charla y tendieron a reducir sus perturbaciones del habla tipo "ah". Esta mejora puntual, observada también en otros estudios (Gil, 1981; Kirsch y Henry, 1979; Lent, Russell y Zamostny, 1981; Marshall, Parker y Hayes, 1982; Slutsky y Allen, 1978), pudo ser debida: a) a la exposición por segunda vez a la misma situación temida y a los mismos instrumentos de evaluación, y/o b) a la ocurrencia de ciertos acontecimientos en el medio del sujeto.

Sin embargo, los sujetos del grupo LE aumentaron significativamente su MHP estimado, el cual se midió 1 semana antes de la charla. Quizá los sujetos pensaron que al tener que esperar 3 meses para recibir tratamiento, su MHP había empeorado.

Tanto la relajación aplicada como el entrenamiento en hablar en público se mostraron como componentes importantes del tratamiento cuando se combinaron individualmente con la reestructuración cognitiva aplicada, pero los efectos fueron menos satisfactorios cuando ambos componentes se integraron conjuntamente con esta última técnica.

A pesar de que RCA fue más eficaz que LE en medidas de autoinforme y observacionales, se lograron todavía mejores resultados en ciertas medidas de autoinforme al añadirle RA. Esto pudo ser debido bien a que los sujetos se sabían en disposición de nuevas estrategias para enfrentar la ansiedad bien a que los sujetos utilizaron dichas estrategias (respiración profunda, relajación muscular y relajación mental).

Sin embargo, la relajación no se diferenció de la no relajación en las variables de autoinforme relativas a las reacciones somáticas y en las variables fisiológicas. A este respecto, y como ya se comentó antes, es posible que la adición de sesiones de entrenamiento en relajación en vivo por parte de los terapeutas aumentara la eficacia de la relajación aplicada. Por otra parte, la mejora conseguida en autocalificación de la actuación al añadir RA a RCA no se vió corroborada por los juicios de los calificadores.

Se obtuvieron mejoras en ciertas variables observacionales al añadir EHP a RCA. Esto puede explicarse por el hecho de que el EHP va encaminado a la enseñanza y práctica de conductas apropiadas y, de paso, a la eliminación de conductas inadecuadas.

Los efectos del EHP en las calificaciones de los aspectos vocales y no verbales de la charla y en la Lista de Verificación Conductual para la Ansiedad de Ejecución (lista de conductas relacionadas con la ansiedad y quizá con la habilidad para hablar

en público) fueron más allá de los producidos por la reestructuración cognitiva y la práctica graduada en hablar en público. Esto sugiere: a) que los sujetos no tenían sólo MHP sino también, al menos hasta cierto punto, un déficit de habilidades para hablar en público, que fue en parte superado gracias al EHP, y/o b) que el EHP es un procedimiento especialmente eficaz para controlar las manifestaciones externas de ansiedad.

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 pueden atribuirse a un tiempo insuficiente para una intervención tan compleja. Muy probablemente, los sujetos del Grupo 4 no tuvieron tiempo suficiente para practicar bien y automatizar a la hora de hablar en público las estrategias y habilidades aprendidas. De hecho, los sujetos del grupo 4 comentaron durante las prácticas en dar charlas lo difícil que era atender más o menos simultáneamente a la reestructuración, relajación y aspectos conductuales. Dawson (1982) y Meichenbaum, Gilmore y Fedoravicius (1971) también hallaron que el tratamiento para el MHP con más componentes fue menos eficaz que otro u otros tratamientos con menos componentes, lo cual atribuyeron igualmente a un tiempo insuficiente de intervención.

Se necesitaría, pues, un tratamiento más largo para comprobar si la adición conjunta de RA y EHP a RCA produce o no mejoras adicionales en comparación a cuando se añade a RCA sólo RA o sólo EHP. Además, si se adoptaran la secuencia de introducción de componentes seguida en esta investigación, sería conveniente no empezar con el EHP hasta que las estrategias cognitivas y de relajación estuviesen mínimamente automatizadas.

Creemos que fijar de antemano la duración de un tratamiento tiene el inconveniente de que dicha duración puede ser insuficiente para un cierto número de sujetos. Por ello, sería conveniente especificar el criterio de terminación de un tratamiento no en términos del paso de un cierto tiempo, sino en base a la ejecución de los sujetos, al dominio por parte de estos de las habilidades implicadas en el tratamiento (Fremouw y Gross, 1983; Meichenbaum y Jaremko, 1983). De este modo, no se estudiarían simplemente los efectos relativos de diferentes intervenciones bajo determinadas limitaciones de tiempo; en su lugar, se estudiarían tanto la eficacia de las distintas intervenciones como su eficiencia en términos del tiempo, costo y esfuerzos necesarios para alcanzar ciertos resultados.

Los grupos de tratamiento difirieron no sólo en la intervención aplicada, sino también en expectativas iniciales de mejora y credibilidad/expectativas suscitadas por los tratamientos recibidos. Sin embargo, estas variables no pueden utilizarse para ex-

plicar la eficacia diferencial de los distintos tratamientos, ya que no correlacionaron significativamente ni con los cambios prepost en los grupos de variables dependientes en que habían diferido los tratamientos ni con los grupos de variables obtenidas sólo en el postest y en los que también se encontraron diferencias entre los distintos grupos de tratamiento.

Los grupos de tratamiento también difirieron en las impresiones acerca de los terapeutas, pero dado que estas fueron totalmente anónimas, no fue posible calcular las mismas correlaciones que en el caso de las expectativas iniciales de mejora y de la credibilidad/expectativas en los tratamientos recibidos. De todos modos, a pesar de que no existen datos concluyentes, parece ser que las diferencias en las impresiones sobre los terapeutas no pueden explicar por qué el Grupo 3 se diferenció específicamente del Grupo 1 en medidas observacionales, mientras que el Grupo 2 lo hizo sólo en ciertas medidas de autoinforme.

La credibilidad/expectativas de los terapeutas en los tratamientos aplicados no pueden explicar los resultados obtenidos en esta investigación ya que dichos terapeutas tuvieron una mayor credibilidad y/o expectativas en el tratamiento 4, aquel que fue precisamente el menos eficaz.

Los resultados del análisis de componentes indican que RA y EHP son, en mayor o menor medida, componentes importantes, pero no aportan información sobre si RCA es necesario o no. Podría ser que los efectos del tratamiento RCA fueran debidos solamente a la práctica graduada en hablar en público. Para resolver esta cuestión, se requieren nuevos análisis de componentes.

Suponiendo que posteriores investigaciones revelaran o siguieran revelando la importancia de RCA, RA y EHP, habría que tener en cuenta que cada uno de estos componentes consta en realidad de varios elementos cuya necesidad o importancia también sería necesario analizar.

BIBLIOGRAFIA

- 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. (1987a): Diferencias en medidas de autoinforme, observacionales y fisiológicas entre grupos de poco y mucho miedo a hablar en público. Trabajo enviado para publicar.

- BADOS, A. (1987b): Revisión de la literatura sobre reducción del miedo a hablar en público-II. Trabajo enviado para publicar.
- BASSETT, R.E. y BOONE, M.E. (1983): Improving speech communication skills: An overview of the literature. En R.B. RUBIN (Ed.), *Improving speaking and listening skills* (pp. 83-93). San Francisco: Jossey-Bass.
- BAYES, R. (1984): ¿Por qué funcionan las terapias comportamentales? *Anuario de Psicología*, 30-31, 127-147.
- BERNSTEIN, D.A. y BORKOVEC, T.D. (1983): Entrenamiento en relajación progresiva. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1973).
- BORKOVEC, T.D. y NAU, S.D. (1972): Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260.
- BORKOVEC, T.D. y SIDES, J.K. (1979): Critical procedural variables related to the physiological effects of progressive relaxation: A review. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 119-125.
- 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.
- 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 SNYDER, A.L. (1976): Relaxation as self-control in the treatment of test and other anxieties. *Psychological Reports*, 39, 379-385.
- EISLER, R.M. y FREDERIKSEN, L.W. (1980): *Perfecting social skills: A guide to interpersonal behavior development*. Nueva York: Plenum Press.
- 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).
- ENDLER, N.S. y OKADA, M. (1975): A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R Inventory of General Trait Anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-329.
- FAWCETT, S.B. y MILLER, L.K. (1975): Training public-speaking behavior: An experimental analysis and social validation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 125-135.
- 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.
- FREMOUW, W.J. y ZITTER, R.E. (1978): A comparison of skills training and cognitive restructuring-relaxation for the treatment of speech anxiety. *Behavior Therapy*, 9, 248-259.
- GIL, F. (1981): Eficacia de distintos métodos en el entrenamiento de la habilidad social de hablar en público. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- GIL, F. (1984): Entrenamientos en habilidades sociales. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta* (pp. 399-429). Madrid: Alhambra.
- 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.
- HILLENBERG, J.B. y COLLINS, F.L.Jr. (1982): A procedural analysis and review of relaxation training research. *Behavior Research and Therapy*, 20, 251-260.
- HOLLANDSWORTH, J.G., GLAZESKI, R.C., KIRKLAND, K., JONES, G.E. y NORMAN, L.R. van (1979): An analysis of the nature and effects of test anxiety: Cognitive, behavioral, and physiological components. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 165-180.
- 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.
- KIRSCH, I. y HENRY, D. (1979): Self-desensitization and meditation in the reduction of public-speaking anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 536-541.
- LARSEN, D., ATTKISSON, C., HARGREAVES, W. y NGUYEN, T. (1979): Assessment of client patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- LEHRER, P.M. (1982): How to relax and how not to relax: A re-evaluation of the work of Edmund Jacobson-I. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 417-428.
- 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.

- 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
- MARSHALL, W.L., PARKER, L. y HAYES, B.J. (1982): Treating public speaking problems. A study using flooding and the elements of skills training. *Behavior Modification*, 6, 147-170.
- MEHRABIAN, A. (1969): Some referents and measures of non-verbal behavior. *Behavior Research Methods and Instrumentation*, 1, 203-207.
- MEICHENBAUM, D. y CAMERON, R. (1983): Stress inoculation training. Toward a general paradigm for training coping skills. En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 115-154), Nueva York: Plenum Press.
- 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.
- MEICHENBAUM, D. y JAREMKO, M.E. (Eds.) (1983): *Stress reduction and prevention*. Nueva York: Plenum Press.
- NIETZEL, M.T. y BERNSTEIN, D.A. (1981): Assessment of anxiety and fear. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical Handbook* (2ª ed., pp. 215-245). Nueva York: Pergamon.
- PAUL, G.L. (1966): *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Stanford, California: Stanford University Press.
- RACHMAN, S.J. y WILSON, G.T. (1980): *The effects of psychological therapy* (2ª ed.). Oxford: Pergamon.
- RICHARDSON, F.C. y TASTO, D.L. (1976): Development and factor analysis of a social anxiety inventory. *Behavior Therapy*, 7, 453-462.
- SCOTT, R.R., HIMADI, W. y KEANE, T.M. (1983): A review of generalization in social skills training: Suggestions for future research. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 15, pp. 113-172). Nueva York: Academic Press.
- SLUTSKY, J.M. y ALLEN, G.J. (1978): Influence of contextual cues on the efficacy of desensitization and a credible placebo in alleviating public speaking anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 119-125.
- SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, R.L. y LUSHENE, R.E. (1970): *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

- 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.
- 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 RELATIVAS AL AUTOR

Para petición de separatas, dirigirse a Arturo Bados, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, C/ Baldiri Reixach, s/n, 08028 Barcelona, España.

Este artículo está basado en parte de la Tesis Doctoral del primer autor presentada en la Universidad de Barcelona y dirigida por el segundo autor.