



DIFICULTAD PARA HABLAR EN PÚBLICO EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO: Eficacia de un programa para su control

Ignacio Montorio, María Fernández, Silvia Lázaro y Almudena López

Universidad Autónoma de Madrid

1996, 2(2-3), 227-244

Resumen: La dificultad para hablar en público constituye un problema de alta prevalencia en distintas poblaciones, incluida la población universitaria. El objetivo del presente estudio consiste en analizar la eficacia -estadística y clínica- del programa de dificultad para hablar en público llevado a cabo en el Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid. El programa de intervención incluye las técnicas de respiración profunda, autoinstrucciones y entrenamiento en hablar en público. Los resultados obtenidos, sobre la aplicación del programa en una muestra de 45 personas, indican que ha sido una intervención eficaz -estadística y clínicamente- para vencer la dificultad para hablar en público. Así, se ha producido una mejoría demostrada tanto en la disminución de la intensidad de la dificultad para hablar en público, como en la modificación de las tres respuestas implicadas en esta dificultad. Además, la mejora experimentada por los sujetos se mantiene seis meses después de finalizar el tratamiento, de tal forma que, desde un punto de vista clínico, puede señalarse que el 86% de las personas que han participado en el programa pueden considerarse de baja dificultad.

Palabras Clave: Hablar en público, Ansiedad, Miedo, Fobia social.

Abstract: Speaking in public may be perceived as a threatening situation, one that produces anxiety and fear, and problems associated with it are found in a variety of social groups, including among university students and staff. The aim of the present study is to analyze the statistical and clinical effectiveness of a public speaking program, designed by the Applied Psychology Service of the Universidad Autónoma de Madrid. The program includes techniques including deep breathing, self-instructions and public speaking training. Results from a sample of 45 people from the university community indicate the statistical and clinical effectiveness of this program for the public speaking. Specifically, as well as producing improvements with regard to decreasing the difficulties for public speaking, it led to modification of each the three types of response involved in those difficulties. Moreover, the improvement experienced by the subjects, 86% of whom have some kind of public speaking difficulty, was maintained six months after the application of the program, with some aspects even showing an improvement over this period, according to various measures included in the program's effects.

Key words: Public speaking anxiety, fear, social phobia

Title: *Public speaking difficulties in the university community: efficacy of a training program for its control*

Introducción

La comunicación entre los seres humanos implica participar en situaciones que pueden suscitar temor, como es el caso de hablar en público: la persona se convierte en el centro de atención, debe demostrar una serie de habilidades y se expone a la crítica de los demás. Así, el hecho de hablar en público puede percibirse como una situación amenazante que genera ansiedad y temor. Esta ten-

sión, relativamente frecuente entre las personas, es, en principio, positiva porque facilita y motiva el logro de una adecuada comunicación. No obstante, si esta ansiedad llega a ser intensa se puede transformar en un serio obstáculo para la comunicación, lo que suele producir un impacto negativo sobre la vida de las personas que sufren esta dificultad. Hablar en público es la situación más frecuentemente temida en personas con fobia social y también existe evidencia de que es una situación frecuentemente temida en la población general (Pollard y Henderson, 1988). Estos últimos autores encontraron, en un estudio realizado

* Dirigir la correspondencia a: Dr. Ignacio Montorio Cerrato. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. 28049 Madrid.

e-mail: montorio@ccuam3.sdi.uam.es

© Copyright 1996: de los Editores de **Ansiedad y Estrés**
Artículo recibido: 29-10-96, aceptado: 4-11-96

con población comunitaria, que un 23% de las situaciones temidas por las personas se refieren a hablar en público. Similarmente, se ha señalado que un 25% de adultos dicen experimentar *mucho* temor a hablar ante un grupo (Borkovec y O'Brien, 1976). A pesar de ser un problema común, recientemente se ha señalado la práctica inexistencia de investigaciones que sistemáticamente afronten la búsqueda de explicaciones causales que den cuenta del origen del miedo a hablar en público (Hofmann, Ehler y Roth, 1995).

El miedo o ansiedad ante el hecho de hablar en público es frecuentemente definido de forma ambigua. En un intento de clarificar este concepto, Fremouw y Breitenstein (1990) definen la ansiedad para hablar en público como un conjunto de reacciones fisiológicas y cognitivas no adaptativas ante sucesos ambientales, que dan lugar a un comportamiento ineficaz. Otros términos tales como *miedo escénico* y *ansiedad ante una audiencia* suelen emplearse también para referirse a la ansiedad ante el hecho de hablar en público. Por el contrario, términos tales como *el temor a la comunicación* (reserva, discreción, reticencia o renuencia para comunicarse oralmente en diversas situaciones y tamaños de audiencia, no sólo en la situación de hablar en público) o la *ansiedad social* (inhibición social que no necesariamente implica comunicación oral) trascienden a este concepto. Recientemente, refiriéndose a las dificultades para hablar en público, se ha diferenciado entre la existencia de temor a ansiedad a hablar en público, insuficiencia de habilidades para hablar en público o la presencia de ambos (Bados, 1995). Dentro de esta última perspectiva, se enmarca el presente trabajo, en el que se asume, además, que ambos conceptos (inhabilidad y ansiedad) deben entenderse, no desde una perspectiva dicotómica, sino como un continuo a lo largo del cual se sitúa cada persona.

Entre los distintos grupos de individuos en los que puede aparecer este problema, el que constituyen los universitarios -alumnos y profesores- tiene una especial importancia, dado el posible impacto de tal problema sobre actividades habituales en el ámbito académico tales como la participación en clases, exposiciones, seminarios, mesas redondas, congresos, etc. Las dificultades para hablar en público tienen una especial relevancia en este contexto puesto que son un elemento fundamental en el presente inmediato (en el aprendizaje y la adquisición de habilidades profesionales) y en el futuro profesional de los estudiantes (posibles abogados, profesores, psicólogos, políticos, etc.). Además, saber expresarse ante un grupo constituye una habilidad fundamental en el momento de la incorporación de los estudiantes universitarios al mundo laboral.

La prevalencia de este problema entre los estudiantes universitarios ha sido cifrada en, al menos, entre un 20 y un 30% de esta población (Bados, 1992; Gil, 1981; Granell y Feldman, 1987; Lane y Borkovec, 1984; Lang, Levin, Miller y Lozak, 1983). En este mismo sentido, en un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Madrid (Montorio, Guerrero e Izal, 1991) para analizar la presencia de este tipo de dificultades en población universitaria, sobre una muestra de 403 estudiantes universitarios, mayoritariamente mujeres (71%), se encontró que el 92% de los estudiantes informan tener esta dificultad en algún grado y, de ellos, el 45% dicen tener "mucho" o "muchísima" dificultad para hablar ante un grupo. Si atendemos al grado en que este problema afecta a la vida de quienes lo padecen, puede decirse aproximadamente que a las tres cuartas partes de la muestra (70,4%) les afecta en su vida al menos un poco o a veces, afectando a un 20,4% de los mismos, mucho o con frecuencia. Esta interferencia del problema en la vida de los estudiantes queda reflejada, también, en el alto grado en el que, quienes tienen dificultad para

hablar en público evitan hablar en público (76'3% evitan al menos alguna vez hacerlo al cabo de un año) y en cómo se inhiben de participar en distintas actividades que impliquen de una u otra forma hablar en público (61'5% dejan de realizar actividades en algún grado). Además, entre las personas que evitan pasar por esta situación social, casi la mitad (46'5%) lo hacen sistemáticamente o con elevada frecuencia. Los sujetos que manifiestan tener dificultades para hablar en público muestran niveles muy por encima de la media de la muestra, estadísticamente significativos, en manifestaciones negativas de tipo cognitivo, motor, fisiológico y de autoconfianza con respecto a las personas que no muestran este tipo de dificultades (según la información recogida con el Cuestionario de Confianza como Orador y el Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público, descritos en el apartado de variables e instrumentos este trabajo). De este mismo estudio se deriva que el grado de dificultad informado se relaciona con la cantidad de manifestaciones negativas presentes de respuesta motora, fisiológica y cognitiva, si bien con éstas últimas la relación es de mayor importancia.

Para solucionar las dificultades para hablar en público se han utilizado, al menos, 33 tipos distintos de intervención con sus variantes y posibles combinaciones (Bados y Saldaña, 1987), siendo algunas de las más utilizadas el *entrenamiento en hablar en público*, la *desensibilización sistemática*, la *relajación muscular*, la *reestructuración cognitiva*, el *biofeedback*, el *modelado*, la *exposición imaginal* y la *práctica en vivo* (Bados, 1990; Gil, 1983; Granell y Feldman, 1987; Hayes y Marshall, 1984). Con respecto a los resultados obtenidos mediante distintas intervenciones sobre este problema, puede concluirse que, en general, exceptuando algunas técnicas de intervención o salvo problemas de procedimiento, los grupos de entrenamiento se han mostrado consistentemente

superiores a los que no han recibido tratamiento o a grupos placebo en pruebas de autoinforme y de observación.

El objetivo último de la investigación en la que se enmarca el presente trabajo es optimizar un programa para tratar la dificultad para hablar en público, dirigido a aquellas personas de la comunidad universitaria que no son capaces de enfrentarse a esta situación o, si lo hacen, su actuación no es satisfactoria, debido a su falta de habilidades para exponer ante un auditorio o a su miedo a intervenir ante un público. En una primera versión del programa de dificultad para hablar en público aplicado en el Servicio de Psicología Aplicada de la U.A.M., se encontró, utilizando los criterios de significación clínica de Jacobson y Truax (1991), una eficacia clínica del 94% tras la aplicación de un programa multimodal que incluía relajación progresiva, entrenamiento en autoinstrucciones y entrenamiento en hablar en público (Izal y Montorio, 1992), comprobándose, además, que los cambios positivos tras la intervención se mantuvieron e incluso mejoraron según un seguimiento realizado a los 6 meses (Izal, Montorio y Lázaro, 1994; Montorio e Izal, 1993). De esta primera aplicación del programa se extrajeron las siguientes conclusiones: a) la bondad de la técnica de autoinstrucciones para vencer la dificultad para hablar en público -apenas utilizada en el tratamiento de este problema- al ser una técnica eficaz y de bajo coste comparada con otras de naturaleza similar b) el elevado coste en tiempo del entrenamiento en relajación progresiva y, por último, c) la conveniencia de aumentar el tiempo dedicado al entrenamiento de las respuestas motoras.

En relación con todo ello, se plantearon una serie de modificaciones para sucesivas aplicaciones del programa. En primer lugar, si bien la técnica de relajación progresiva ha mostrado su eficacia clínica para el control de las manifestaciones fisiológicas de ansiedad en el problema de hablar en público en el

contexto universitario (Bados, 1987; Izal y Montorio, 1992), el coste en tiempo -número de sesiones y actividades para casa- que supone la enseñanza de la técnica de relajación progresiva puede hacer aconsejable su sustitución por otro tipo de técnicas de control fisiológico, como es el entrenamiento en respiración profunda o diafragmática. Esta técnica ha sido escasamente utilizada en anteriores estudios (Deffenbacher et al., 1977; Gil, 1981; Jarmeko et al., 1980; Naggs, 1979; Sherman et al., 1974;) según refleja una extensa revisión sobre 133 estudios realizada por Bados (1987). En segundo lugar, al sustituir la técnica de relajación progresiva por la respiración diafragmática, que requiere menos tiempo, se ha dedicado una sesión íntegra más al entrenamiento en hablar en público, a la vez que ha sido posible dedicar parte del tiempo de otras sesiones al aprendizaje de las autoinstrucciones.

En definitiva, en el presente estudio se pretende analizar la eficacia -estadística y clínica- del programa de dificultad para hablar en público descrito que incluye las técnicas control de la respiración, autoinstrucciones y entrenamiento en hablar en público. Se mantienen, pues, aquellas características de los programas para hablar en público que, según la literatura, contribuyen a su eficacia del programa: utilización de un programa multimodal, que implica una mayor eficacia que la utilización de técnicas aisladas (Allen, Hunter Y Donohue, 1989; Bados y Saldaña, 1987; Feldman, 1984), empleo de la técnica de autoinstrucciones, realización de actividades para casa y duración extensa (12 horas) claramente superior a la media de 5 horas como tiempo medio utilizado en los programas de entrenamiento (Bados, 1987).

La comunicación entre los seres humanos implica participar en situaciones que pueden suscitar temor, como es el caso de hablar en público: la persona se convierte en el centro de atención, debe demostrar una serie de

habilidades y se expone a la crítica de los demás. Así, el hecho de hablar en público puede percibirse como una situación amenazante que genera ansiedad y temor. Esta tensión, relativamente frecuente entre las personas, es, en principio, positiva porque facilita y motiva el logro de una adecuada comunicación. No obstante, si esta ansiedad llega a ser intensa se puede transformar en un serio obstáculo para la comunicación, lo que suele producir un impacto negativo sobre la vida de las personas que sufren esta dificultad. Hablar en público es la situación más frecuentemente temida en personas con fobia social y también existe evidencia de que es una situación frecuentemente temida en la población general (Pollard y Henderson, 1988). Estos últimos autores encontraron, en un estudio realizado con población comunitaria, que un 23% de las situaciones temidas por las personas se refieren a hablar en público. Similarmente, se ha señalado que un 25% de adultos dicen experimentar *mucho* temor a hablar ante un grupo (Borkovec y O'Brien, 1976). A pesar de ser un problema común, recientemente se ha señalado la práctica inexistencia de investigaciones que sistemáticamente afronten la búsqueda de explicaciones causales que den cuenta del origen del miedo a hablar en público (Hofmann, Ehler y Roth, 1995).

El miedo o ansiedad ante el hecho de hablar en público es frecuentemente definido de forma ambigua. En un intento de clarificar este concepto, Fremouw y Breitenstein (1990) definen la ansiedad para hablar en público como un conjunto de reacciones fisiológicas y cognitivas no adaptativas ante sucesos ambientales, que dan lugar a un comportamiento ineficaz. Otros términos tales como *miedo escénico* y *ansiedad ante una audiencia* suelen emplearse también para referirse a la ansiedad ante el hecho de hablar en público. Por el contrario, términos tales como el *temor a la comunicación* (reserva, discreción, reticencia o renuencia para comunicarse oralmente en

diversas situaciones y tamaños de audiencia, no solamente en la situación de hablar en público o la *ansiedad social* (inhibición social que no necesariamente implica comunicación oral) trascienden a este concepto. Recientemente, refiriéndose a las dificultades para hablar en público, se ha diferenciado entre la existencia de temor a ansiedad a hablar en público, insuficiencia de habilidades para hablar en público o la presencia de ambos (Bados, 1995). Dentro de esta última perspectiva, se enmarca el presente trabajo, en el que se asume, además, que ambos conceptos (inhabilidad y ansiedad) deben entenderse, no desde una perspectiva dicotómica, sino como un continuo a lo largo del cual se sitúa cada persona.

Entre los distintos grupos de individuos en los que puede aparecer este problema, el que constituyen los universitarios -alumnos y profesores- tiene una especial importancia, dado el posible impacto de tal problema sobre actividades habituales en el ámbito académico tales como la participación en clases, exposiciones, seminarios, mesas redondas, congresos, etc. Las dificultades para hablar en público tienen una especial relevancia en este contexto puesto que son un elemento fundamental en el presente inmediato (en el aprendizaje y la adquisición de habilidades profesionales) y en el futuro profesional de los estudiantes (posibles abogados, profesores, psicólogos, políticos, etc.). Además, saber expresarse ante un grupo constituye una habilidad fundamental en el momento de la incorporación de los estudiantes universitarios al mundo laboral.

La prevalencia de este problema entre los estudiantes universitarios ha sido cifrada en, al menos, entre un 20 y un 30% de esta población (Bados, 1992; Gil, 1981; Granell y Feldman, 1987; Lane y Borkovec, 1984; Lang, Levin, Miller y Lozak, 1983). En este mismo sentido, en un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Madrid (Montorio, Guerrero e Izal, 1991) para analizar la presen-

cia de este tipo de dificultades en población universitaria, sobre una muestra de 403 estudiantes universitarios, mayoritariamente mujeres (71%), se encontró que el 92% de los estudiantes informan tener esta dificultad en algún grado y, de ellos, el 45% dicen tener “mucho” o “muchísima” dificultad para hablar ante un grupo. Si atendemos al grado en que este problema afecta a la vida de quienes lo padecen, puede decirse aproximadamente que a las tres cuartas partes de la muestra (70,4%) les afecta en su vida al menos un poco o a veces, afectando a un 20,4% de los mismos, mucho o con frecuencia. Esta interferencia del problema en la vida de los estudiantes queda reflejada, también, en el alto grado en el que, quienes tienen dificultad para hablar en público evitan hablar en público (76,3% evitan al menos alguna vez hacerlo al cabo de un año) y en cómo se inhiben de participar en distintas actividades que impliquen de una u otra forma hablar en público (61,5% dejan de realizar actividades en algún grado). Además, entre las personas que evitan pasar por esta situación social, casi la mitad (46,5%) lo hacen sistemáticamente o con elevada frecuencia. Los sujetos que manifiestan tener dificultades para hablar en público muestran niveles muy por encima de la media de la muestra, estadísticamente significativos, en manifestaciones negativas de tipo cognitivo, motor, fisiológico y de autoconfianza con respecto a las personas que no muestran este tipo de dificultades (según la información recogida con el Cuestionario de Confianza como Orador y el Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público, descritos en el apartado de variables e instrumentos este trabajo). De este mismo estudio se deriva que el grado de dificultad informado se relaciona con la cantidad de manifestaciones negativas presentes de respuesta motora, fisiológica y cognitiva, si bien con éstas últimas la relación es de mayor importancia.

Para solucionar las dificultades para hablar en público se han utilizado, al menos, 33 tipos distintos de intervención con sus variantes y posibles combinaciones (Bados y Saldaña, 1987), siendo algunas de las más utilizadas el *entrenamiento en hablar en público*, la *desensibilización sistemática*, la *relajación muscular*, la *reestructuración cognitiva*, el *biofeedback*, el *modelado*, la *exposición imaginal* y la *práctica en vivo* (Bados, 1990; Gil, 1983; Granell y Feldman, 1987; Hayes y Marshall, 1984). Con respecto a los resultados obtenidos mediante distintas intervenciones sobre este problema, puede concluirse que, en general, exceptuando algunas técnicas de intervención o salvo problemas de procedimiento, los grupos de entrenamiento se han mostrado consistentemente superiores a los que no han recibido tratamiento o a grupos placebo en pruebas de autoinforme y de observación.

El objetivo último de la investigación en la que se enmarca el presente trabajo es optimizar un programa para tratar la dificultad para hablar en público, dirigido a aquellas personas de la comunidad universitaria que no son capaces de enfrentarse a esta situación o, si lo hacen, su actuación no es satisfactoria, debido a su falta de habilidades para exponer ante un auditorio o a su miedo a intervenir ante un público. En una primera versión del programa de dificultad para hablar en público aplicado en el Servicio de Psicología Aplicada de la U.A.M., se encontró, utilizando los criterios de significación clínica de Jacobson y Truax (1991), una eficacia clínica del 94% tras la aplicación de un programa multimodal que incluía relajación progresiva, entrenamiento en autoinstrucciones y entrenamiento en hablar en público (Izal y Montorio, 1992), comprobándose, además, que los cambios positivos tras la intervención se mantuvieron e incluso mejoraron según un seguimiento realizado a los 6 meses (Izal, Montorio y Lázaro, 1994; Montorio e Izal, 1993). De esta

primera aplicación del programa se extrajeron las siguientes conclusiones: a) la bondad de la técnica de autoinstrucciones para vencer la dificultad para hablar en público -apenas utilizada en el tratamiento de este problema- al ser una técnica eficaz y de bajo coste comparada con otras de naturaleza similar b) el elevado coste en tiempo del entrenamiento en relajación progresiva y, por último, c) la conveniencia de aumentar el tiempo dedicado al entrenamiento de las respuestas motoras.

En relación con todo ello, se plantearon una serie de modificaciones para sucesivas aplicaciones del programa. En primer lugar, si bien la técnica de relajación progresiva ha mostrado su eficacia clínica para el control de las manifestaciones fisiológicas de ansiedad en el problema de hablar en público en el contexto universitario (Bados, 1987; Izal y Montorio, 1992), el coste en tiempo -número de sesiones y actividades para casa- que supone la enseñanza de la técnica de relajación progresiva puede hacer aconsejable su sustitución por otro tipo de técnicas de control fisiológico, como es el entrenamiento en respiración profunda o diafragmática. Esta técnica ha sido escasamente utilizada en anteriores estudios (Deffenbacher et al., 1977; Gil, 1981; Jarmeko et al., 1980; Naggs, 1979; Sherman et al., 1974;) según refleja una extensa revisión sobre 133 estudios realizada por Bados (1987). En segundo lugar, al sustituir la técnica de relajación progresiva por la respiración diafragmática, que requiere menos tiempo, se ha dedicado una sesión íntegra más al entrenamiento en hablar en público, a la vez que ha sido posible dedicar parte del tiempo de otras sesiones al aprendizaje de las autoinstrucciones.

En definitiva, en el presente estudio se pretende analizar la eficacia -estadística y clínica- del programa de dificultad para hablar en público descrito que incluye las técnicas control de la respiración, autoinstrucciones y entrenamiento en hablar en público. Se man-

tienen, pues, aquellas características de los programas para hablar en público que, según la literatura, contribuyen a su eficacia del programa: utilización de un programa multimodal, que implica una mayor eficacia que la utilización de técnicas aisladas (Allen, Hunter Y Donohue, 1989; Bados y Saldaña, 1987; Feldman, 1984), empleo de la técnica de autoinstrucciones, realización de actividades para casa y duración extensa (12 horas) claramente superior a la media de 5 horas como tiempo medio utilizado en los programas de entrenamiento (Bados, 1987).

Método

Sujetos

El estudio se ha llevado a cabo en el Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid, habiendo participado en él un total de 45 personas (33% varones y 66% mujeres), con una media de edad de 23 años (D.T= 4, rango= 19-34). Todos ellos, procedentes de la comunidad universitaria (alumnos de distintas Facultades en su mayor parte, profesores y personal de administración y servicios), solicitaron ser admitidos en el programa. Los sujetos fueron distribuidos aleatoriamente en siete grupos que recibieron idéntico tratamiento.

Variables e instrumentos

Las variables utilizadas para la evaluación de la dificultad para hablar en público son acordes a la naturaleza multicomponente del problema. En este sentido, se han evaluado el

componente cognitivo, manifestaciones fisiológicas de ansiedad y habilidades motoras necesarias para una correcta exposición en público. Así, de forma previa y posterior al programa de intervención, se realizó una evaluación de cada participante en el programa, utilizándose distintas técnicas: autoinforme, observación y registro psicofisiológico. En la Tabla 1 se muestran los instrumentos utilizados, los aspectos evaluados en cada caso, el número de ítems y la técnica de evaluación utilizada.

En primer lugar, se tomaron dos medidas de la dificultad general para hablar en público, utilizándose para ello los siguientes instrumentos:

- *Cuestionario de Confianza como Orador* (Paul, 1966, adaptado por Granell y Feldman, 1987). Este cuestionario incluye 27 cuestiones sobre pensamientos positivos y negativos referidos a la situación de exponer ante un grupo. La consistencia interna (alfa de Cronbach) encontrada en una muestra de población universitaria española ha sido de .95.

- *Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público* (CDHP) (Montorio, Guerrero e Izal, 1991), que evalúa el grado de dificultad general para hablar en público (33 ítems). A su vez, este cuestionario consta de tres partes cada una de las cuales evalúa un componente distinto (cognitivo, motor y fisiológico) de la dificultad para exponer ante un grupo. La consistencia interna (alfa de Cronbach) encontrada en una muestra de población universitaria española ha sido de .87, así como la validez concurrente entre el Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público (CDHP) y el Cuestionario de Confianza como Orador de Paul es de -.86.

Tabla 1. Programa Dificultad para Hablar en Público Evaluación:
Instrumentos y modalidad de respuesta

Instrumento	Evalúa	Ítems	Técnica de eval.
Cuest. Dific. Hablar en Público (CDHP)(U.A.M., 1991)	Dificultad Global	33	Autoinforme
CDHP Motor	Motor	11	Autoinforme
CDHP Cognitivo	Cognitivo	7	Autoinforme
CDHP Fisiológico	Fisiológico	15	Autoinforme
Cuestionario Confianza Paul(Paul, 1966) (Granel, 88)	Cognitivo	27	Autoinforme
Cuestionario de Pensamientos (Bados, 1992)	Cognitivo	30	Autoinforme
Temor a la Evaluación Negativa (Watson y Friend, 1966)	Cognitivo	30	Autoinforme
Código Observ. Estructurada	MotorFisiológico	19 1	Observación(Jueces)
Termómetro de miedo (ansiedad)	Fisiológico	1	Observación (Jueces) (Auto-Evaluación)
Calificación de exposición	Motor	1	Observación (Auto-Evaluación)
Conductancia	Fisiológico		Objetiva (registro psicofisiológico)

Además de las medidas de dificultad general para hablar en público, se evaluaron distintas variables relativas a los componentes cognitivo, motor y fisiológico. Con respecto a la evaluación del componente cognitivo se utilizaron los siguientes instrumentos:

- *Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público (parte cognitiva)* (Montorio, Guerrero e Izal, 1991) que mide el grado de adecuación de los pensamientos relacionados con la situación de hablar en público (7 ítems). La consistencia interna (alfa de Cronbach) encontrada en una muestra de población universitaria española ha sido de .91.

- *Cuestionario de Reconocimiento de Pensamientos* (Bados, 1992), que recoge 30 distintas manifestaciones sobre pensamientos concretos -negativos y positivos- que pueden producirse en una situación de hablar en público.

A partir de él se obtuvieron dos medidas, porcentaje de pensamientos positivos y porcentaje de pensamientos negativos del sujeto ante la situación de hablar en público.

- *Cuestionario de Temor a la Evaluación Negativa* (Watson y Friend, 1969), que incluye 30 ítems a través de los cuales se evalúa el componente cognitivo de la ansiedad social. Concretamente, mide el grado en que una persona experimenta temor ante la posibilidad de ser juzgada negativamente por parte de los demás.

- *Autocalificación de la exposición*. Se pide al sujeto que valore, sobre una escala de 10 puntos, la calidad de su actuación inmediatamente antes de su exposición ante un grupo en una prueba de ejecución simulada, con objeto de obtener un indicador de "autoconfianza" antes de la exposición.

Por lo que se refiere a las manifestaciones fisiológicas de la dificultad para hablar en público se utilizaron las siguientes medidas e instrumentos.

- *Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público (parte fisiológica)* (Montorio, Guerrero e Izal, 1991) que incluye 15 elementos sobre percepción autonómica y que permite obtener una medida de la activación fisiológica que experimenta el sujeto ante el hecho de hablar en público. La consistencia interna (alfa de Cronbach) encontrada en una muestra de población universitaria española ha sido de .89.

- *Un termómetro de ansiedad*, consistente en una escala de 10 puntos, en la que 1 significa ausencia de ansiedad y 10 un grado de ansiedad máxima. El sujeto cumplimenta esta escala inmediatamente antes y después de su exposición en una prueba de ejecución simulada, lo que constituye una medida subjetiva de su nivel de activación fisiológica en ambos momentos.

- *Una escala de observación* de 10 puntos, en la que 1 significa ausencia de manifestaciones de ansiedad y 10 un grado de ansiedad máximo. Esta escala, cumplimentada por jueces entrenados una vez finalizada la exposición del sujeto en una prueba de ejecución simulada, proporciona una medida objetiva del grado de activación fisiológica del sujeto durante la exposición.

- *Registro psicofisiológico* de la respuesta electrodermal (conductancia de la piel) medido en los dedos índice y anular de la mano dominante antes y después de la exposición en una prueba de ejecución simulada.

Por último, las variables relativas al componente motor o de ejecución han sido evaluadas utilizando las siguientes medidas:

- *Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público (parte motora)* (Montorio, Guerrero e Izal, 1991), que consiste en un autoinforme de 11 ítems sobre la preparación y calidad de la

ejecución al exponer en público. A partir de él se obtiene una medida subjetiva del grado de habilidad motora del sujeto para exponer ante un grupo. La consistencia interna (alfa de Cronbach) de este instrumento encontrada en una muestra de población universitaria española es de .86.

- *Un Código de Observación Estructurado*, elaborado específicamente para este estudio a partir de otros procedimientos similares (Bados, 1992; Granell y Feldman, 1987; Paul, 1966). Este código, que incluye 19 conductas agrupadas en las categorías "expresión verbal", "voz", "contacto visual", "gestos y movimientos" y "tensión", se cumplimenta mediante registro de las conductas observadas en intervalos de 30 segundos durante una prueba de ejecución simulada de 3 minutos de exposición por cada sujeto. Todas las conductas tienen una definición operativa para que pueda ser juzgada su presencia o ausencia. Proporciona una medida de la habilidad motora del sujeto para exponer en público. La fiabilidad interjueces (dos observadores con 10 horas de entrenamiento) obtenida en este trabajo fue de .94 (según el índice acuerdos/acuerdos + desacuerdos), valor similar al obtenido en la aplicación correspondiente a la anterior edición del programa (.95) (Izal y Montorio, 1992).

Tras el programa, a todos los sujetos se les administró además un cuestionario de valoración del tratamiento compuesto por 15 elementos cuya respuesta se realiza sobre una escala tipo Likert de 7 puntos. Los ítems se refieren a diversos aspectos del programa (competencia del terapeuta, eficacia del programa, utilidad de la intervención, etc.).

Aparatos y lugar de investigación

La investigación se llevó a cabo en la Sala de Grupos del Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.

En las sesiones de evaluación se colocó una fila de sillas para la audiencia formada por cinco personas y dos jueces expertos. La persona que hacía la exposición se colocaba de pie, a una distancia aproximada de 3 metros, frente a la audiencia. El aparato utilizado para la evaluación de la conductancia fue el modelo LE 131 Thermal/GSR de la casa Letica. Todas las sesiones fueron grabadas en vídeo.

Procedimiento

Con respecto al procedimiento empleado se señalan a continuación tan sólo los aspectos más importantes. En cuanto a la captación de sujetos se realizó a través de información sobre el programa mediante carteles publicitarios sobre el Servicio de Psicología Aplicada. Como parte de la evaluación, se realizó con todos los interesados una entrevista personal, en la cual se administraban dos autoinformes: el Cuestionario de Confianza como Orador de Paul (1966) adaptado por Granell y Feldman (1988) y el Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público (Montorio, Guerrero e Izal, 1991), con el fin de confirmar que el problema consistía realmente en una dificultad para hablar en público (y no un problema general de habilidades sociales, de lenguaje o simplemente un deseo de mejorar las habilidades de exposición). Una vez identificadas las personas a quienes iba dirigido el programa, es decir, aquellas cuyo problema principal era una dificultad para hablar en público, en días sucesivos se llevaba a cabo la sesión de evaluación. En dicha sesión se administraban los autoinformes y se realizaba una observación del sujeto durante una exposición de 3 minutos de duración ante una audiencia formada por cinco personas desconocidas para él. Inmediatamente antes y después de realizar la exposición era también evaluada la respuesta fisiológica de conductancia de la piel. Todos los sujetos fueron evaluados de la misma

forma antes y después del tratamiento (evaluación pre-post). Además, se realizó en todos los casos una evaluación de seguimiento a los 6 meses, tras la finalización del tratamiento, mediante el envío y devolución por correo de los cuatro autoinformes empleados en las fases pre y post.

Por último, en cuanto al entrenamiento o programa de tratamiento, éste consta de 8 sesiones semanales de una duración de hora y media cada una. La estructura de cada una de las sesiones es la siguiente: revisión de las actividades asignadas para casa en la sesión anterior, explicación e introducción de las técnicas de intervención que se entrenan en cada sesión, práctica (ejercicios, ensayos de conducta), feedback por parte de los monitores y del grupo y, por último, asignación de actividades para casa. Con respecto al tiempo dedicado a cada una de las técnicas de tratamiento empleadas, se dedicaron aproximadamente 3,5 horas al entrenamiento en técnicas de respiración, 2,5 horas al entrenamiento en autoinstrucciones y 6 horas al entrenamiento o práctica en habilidades para hablar en público.

El tratamiento, como ya se ha dicho es multimodal, incidiendo en los tres sistemas de respuesta, e incluye las técnicas siguientes:

- 1) *Respiración profunda o diafragmática*. Con la práctica de esta técnica, se pretende el control voluntario de la respiración para conseguir reducir las respuestas fisiológicas alteradas.
- 2) *Autoinstrucciones*. Mediante esta técnica se trata de reducir la frecuencia de pensamientos negativos y aumentar la frecuencia de pensamientos positivos, sustituyendo las verbalizaciones o mensajes internos negativos por otros más facilitadores para afrontar satisfactoriamente la situación de hablar en público.
- 3) *Entrenamiento en habilidades para hablar en público*. Consiste en la práctica en aspectos motores implicados en hablar en público

tale como la mirada, volumen de la voz, expresión facial, movimientos corporales, postura y componentes paraverbales (volumen, entonación, fluidez, claridad, velocidad, etc.), realizada de forma gradual. Incluye un conglomerado de procedimientos conductuales tales como instrucciones, discusión, modelado, ensayo de conducta, refuerzo, etc.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se ha utilizado la comparación de las variables evaluadas antes y después del entrenamiento - incluyendo un seguimiento a los 6 meses-. Los estadísticos utilizados han sido la *t* de Student para muestras relacionadas, en los análisis que implicaban contrastes paramétricos, y la *Z* de Wilcoxon para muestras relacionadas, en aquellos casos en que se manipulaban variables de naturaleza ordinal.

Además, al contar con 14 variables dependientes como medida del cambio tras la intervención, se ha preferido realizar adicionalmente un análisis de varianza multivariado (MANOVA) para constatar que los resultados obtenidos no se deben a errores estadísticos (las sucesivas pruebas mediante *t* de Student no son estadísticamente independientes entre sí al implicar las mismas medidas de tendencia central). Los análisis multivariados realizados han sido dos, uno para la comparación pre-post (factor Intervención Pre vs. Post) en la que se incluyen todas las variables dependientes y otro para la comparación pre-post-seguimiento (factor Intervención Pre vs. Post vs. Seguimiento) en la que se incluyen como variables dependientes sólo las siete medidas coincidentes en todas las fases experimentales (pre, post y seguimiento): frecuencia de pensamientos negativos, frecuencia de pensamientos positivos, temor a la evaluación negativa, problemas específicos en cada uno los tres sistemas de respuesta motor, cognitivo y fisiológico implicados en la dificultad para

hablar en público (puntuaciones parciales del Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público -parte motora, cognitiva y fisiológica, respectivamente-) y autoconfianza (Cuestionario de Confianza como Orador de Paul).

Resultados

1. Comparación entre antes y después del tratamiento

En la Tabla 2 puede observarse cómo, según el estadístico *t* de Student, en todas las variables utilizadas se producen diferencias significativas antes/después del tratamiento en el sentido esperado. Por lo que se refiere a los resultados de los dos índices de intensidad de dificultad para hablar en público empleados, se observa una disminución de 16 puntos en la puntuación en el Cuestionario de Confianza como Orador de Paul ($t=4,8$, $p .01$) (una disminución es lo esperado), así como un aumento estadísticamente significativo de más de 25 puntos en la puntuación del Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público ($t=-12,2$, $p .01$). Con respecto a los aspectos cognitivos, puede observarse que ha aumentado significativamente (un aumento de puntuación es indicativo de mejora) la puntuación en el Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público (parte cognitiva), una diferencia promedio de la puntuación de casi 10 puntos ($t= -11,5$, $p .01$). También ha disminuido en torno a un 40% la proporción de pensamientos negativos ($t= 5,5$, $p .01$) y ha aumentado la proporción de pensamientos positivos aproximadamente un 28% ($t= -6,4$, $p .01$). La diferencia pre-post en la puntuación obtenida según el cuestionario de Temor a la Crítica Negativa es también significativa, produciéndose una disminución de casi 6 puntos como promedio ($t= 4,3$, $p .01$).

Tabla 2. Comparación de puntuaciones antes/después del tratamiento

VARIABLES	Amplitud	Pretest (D.T.)	Post-test (D.T.)	t (sig.)
Dificultad global hablar en público (CDHP)	0-69	27.6(6.8)	52.9(9.8)	-12.2**
CDHP (1) motora	0-33	13.5(5.0)	25.9(2.8)	-11.5**
CDHP (1) cognitiva	0-21	6.7(2.4)	16.2(4.1)	-11.5**
CDHP (1) fisiológica	0-15	7.4(2.2)	10.7(2.8)	5.2**
Dificultad global hablar en público (CEP) (confianza como orador)	27-108	91.8(8.8)	74.7(10.1)	4.8**
Proporción de pensamientos positivos	0-100	19.2(16.7)	47.0(21)	-6.4**
Proporción de pensamientos negativos	0-100	59.8(29.8)	19.2(16.8)	5.5**
Temor a la evaluación negativa	0-30	23.7(5.8)	18.0(7.1)	4.3**
Ejecución (código de observación)	0-100	63.8(8.3)	85.9(6.1)	-8.8**
Ansiedad ante la exposición (jueces)	1-10	7.6(1.8)	5.8(1.6)	2.9**
Ansiedad antes de la exp. (autoevaluación)	1-10	7.5(1.4)	5.5(1.5)	1.4*
Ansiedad después de la exp. (autoevaluac.)	1-10	7.3(1.5)	4.7(0.8)	9.3**
Expectativas de ejecución (antes de la exposición) (autocalificación)	1-10	3.4(1.4)	5.3(1.5)	-6.3**
Expectativas de ejecución (después de la exposición) (autocalificación)	1-10	2.4(1.7)	5.3(1.8)	-8.7**
Conductancia antes de la exposic. (N=23)		12.8(4.3)	6.1(2.2)	5.1**
Conductancia después de la exposic.(N=23)		9.3(4.8)	5.5(2.2)	3.3**

** p<.01; * p<.05; (1) Subtest del Cuestionario Dificultad para Hablar en Público

Tabla 3. Puntuaciones de seguimiento y su comparación con medidas pre y post-tratamiento

VARIABLES	Seguimiento D.T.	Comparación pre-seguimiento t (sig.)	Comparación post-seguimiento t (sig.)
Dificultad global hablar en público CDHP	54.0(9.3)	5.0**	-11
CDHP. Parte motora	24.9(4.6)	3.7**	-9
CDHP Parte cognitiva	15.9(2.3)	4.9**	-7
CDHP Parte fisiológica	13.2(1.9)	4.7**	2.7*
Dificultad global hablar en público (confianza como orador, CEP)	63.0(6.7)	-6.3**	-2.3*
Proporción de pensamientos positivos	59.4(18.2)	4.8 **	2.2 *
Proporción de pensamientos negativos	15.7 (14.1)	-4.1 **	-3
Temor a la Evaluación Negativa	13.9 (6.9)	-7.7 **	-3.9 **

** p<.01; * p<.05.

Igualmente, se observa un aumento de 2 puntos ($t=6.3$, $p=.01$) en la autoevaluación de la calidad de la próxima exposición del sujeto (expectativas de ejecución).

Por lo que respecta a las manifestaciones de ansiedad o síntomas fisiológicos de temor a hablar en público, vemos cómo se produce una mejoría significativa según el

Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público (parte fisiológica), aumentando 3,3 puntos ($t=-5,2$, $p .01$) (un incremento en la puntuación significa una disminución de ansiedad). Con respecto a la tensión o ansiedad durante la exposición autoinformada por los propios sujetos después de la exposición, se observa como ésta disminuye significativamente tras el entrenamiento de 7,3 a 4,7 puntos sobre una escala de 10 ($t=9,3$ $p .01$). Este aspecto es corroborado por la evaluación realizada por jueces expertos sobre el nivel de tensión que varía de 7.6 puntos antes del programa a 5.6 puntos una vez finalizado éste ($t= 2.9$, $p .01$). En lo referente a la respuesta de conductancia, ésta disminuye significativamente tras el tratamiento 6,7 μ hmo ($t=5,1$ $p .01$), evaluada en el momento antes de la exposición, y 4,8 μ hmo ($t=3,3$; $p .01$), evaluada después de la exposición.

En tercer lugar, con respecto a los resultados referentes a los aspectos motores o de ejecución, según el Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público (parte motora), se produce un aumento (indicativo de mejora) de 12,4 puntos como promedio ($t=-11,5$, $p .01$). También, se produce un aumento significativo en la puntuación de ejecución correcta durante la exposición, evaluada por jueces expertos según el código de observación estructurado, de aproximadamente 22 puntos ($t= - 8.8$, $p .01$). Así mismo, con respecto a las calificaciones de los propios sujetos sobre la calidad que atribuyen a su exposición al ser preguntados después de efectuar ésta (autocalificación después de la exposición), se comprueba que esta puntuación aumenta casi 3 puntos sobre una escala de 10 tras haber finalizado el tratamiento ($t=-8,7$, $p .01$).

2) Seguimiento

En la Tabla 3 aparecen las puntuaciones obtenidas en las medidas de autoinforme empleadas en la fase de seguimiento, así como las diferencias entre las puntuaciones pre-tratamiento y seguimiento, por un lado, y post-tratamiento y seguimiento, por otro.

En primer lugar, con respecto a la comparación entre las fases de pre-tratamiento y seguimiento, se observa una mejora estadísticamente significativa en todas las variables dependientes. En segundo lugar, con respecto a la comparación entre las fases de finalización del tratamiento y seguimiento a los 6 meses, hay que destacar que se mantiene la ganancia obtenida tras el tratamiento en cuanto a la proporción de pensamientos negativos, así como en la respuesta motora y cognitiva (pensamientos que facilitan el afrontamiento de la situación de hablar en público) según el Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público (CDHP). Además, se produce una mejora en las variables referidas a la proporción de pensamientos positivos, con un aumento estadísticamente significativo del 12% ($t=2.2$, $p .05$), temor a la evaluación negativa, con una disminución significativa en la puntuación de 4 puntos ($t=-3.9$; $p .01$) y en la dificultad global para hablar en público (Cuestionario de Confianza como Orador de Paul) con una disminución de casi 12 puntos ($t=-2.3$; $p .05$).

c) Comparación entre pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento según análisis MANOVA

Con respecto a los dos análisis de varianza multivariados que se han realizado (MANOVA) los resultados encontrados se describen a continuación. En el primer análisis, en el que se toman como *variables dependientes* 14 medidas, que se muestran en la Tabla 1, y como *factor* la intervención (Fase Pre vs. Post), se encuentra que existe un cambio significativo -conjuntamente

para todas las variables dependientes- tras la intervención ($F= 66.5$, $p .01$), con una varianza explicada del 81% ($\eta^2=.81$). Similarmente, para el segundo análisis, cuando se utilizan las 7 variables dependientes (Pensamientos negativos, Pensamientos positivos, Temor a la Evaluación Negativa, Dificultad global para hablar en público medido por el Cuestionario de Confianza como Orador de Paul y, por último, Habilidad motora, Respuesta cognitiva y Respuesta fisiológica según los tres índices proporcionados por el Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público) que son coincidentes en los tres momentos de evaluación (Factor Intervención Pre vs. Post vs. Seguimiento) los resultados muestran significación estadística ($F=17,3$, $p .01$; $\eta^2=.51$)

d) Significación clínica

La significación clínica del tratamiento se ha establecido a partir de las puntuaciones globales de los sujetos en el Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público. Así, se ha asignado a cada uno de ellos a uno de los tres grupos distintos: nivel "bajo", "intermedio" y "alto" de dificultad para hablar en público, previamente establecidos, según los criterios de Jacobson y Revenstorf (1991), a partir de los datos del estudio sobre prevalencia de este problema en una muestra de población universitaria, descrito en la introducción de este trabajo (Montorio, Guerrero e Izal, 1991). Antes de comenzar el entrenamiento, un 85% de las personas pertenecen al grupo de "alta dificultad" para hablar en público mientras que tras el tratamiento sólo un 4% se mantienen en esta categoría. Igualmente, al comenzar el tratamiento ninguno de los sujetos pertenecía, como es lógico, al grupo de "baja dificultad" para hablar en público mientras que, al finalizar, un 80% son cla-

sificados como pertenecientes a este grupo. Finalmente, en el seguimiento un 6% se mantienen en el grupo de "alta dificultad" para hablar en público y un 86% manifiestan un grado de "baja dificultad" para hablar en público. El porcentaje restante de sujetos pertenece al grupo de "dificultad intermedia" (15% en la fase pre, 16% en la fase post y 8% en el seguimiento).

Discusión

Los resultados obtenidos indican que esta versión aplicada del Programa Conductual para Hablar en Público, que incluye las técnicas de **respiración profunda**, **autoinstrucciones** y **entrenamiento en hablar en público**, ha sido una intervención eficaz para vencer la dificultad para hablar en público, como muestra el que todos los aspectos evaluados hayan mejorado significativamente tras el tratamiento. Además, esto es corroborado por un análisis multivariado de varianza, que muestra que globalmente se producen cambios significativos entre antes y después del tratamiento, tanto una vez finalizado éste como tras un periodo de seis meses. Ahora bien, es posible analizar más detenidamente las mejoras producidas tras la aplicación del programa.

En primer lugar, es destacable el cambio que experimentan los sujetos en el grado de dificultad general para hablar en público, como pone de relieve los indicadores o medidas de esta variable. Así, si tenemos en cuenta el rango de amplitud teórica de cada una de las medidas, se observa cómo disminuye un 16%, en el sentido esperado, la media del Cuestionario de Confianza como Orador de Paul y se incrementa en un 36% la media del Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público. Pero, además, también se observa un perfil de mejoría homogéneo y considerablemente

elevado en cada una de las modalidades de respuesta. En este sentido, han mejorado todos los aspectos evaluados en relación con el componente cognitivo: se incrementa un 59% la puntuación correspondiente a la parte cognitiva del Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público, aumenta un 28% la proporción de pensamientos positivos y disminuye un 40,6% la proporción de pensamientos negativos. En cuanto a la ansiedad social, los resultados obtenidos, según el cuestionario de Temor a la Evaluación Negativa, también han sido positivos, con una disminución del 19% en ansiedad social. Igualmente, puede resaltarse que la ejecución en la exposición en público, según todas las fuentes informantes, ha mejorado tras el entrenamiento. Así, existe un incremento de conductas apropiadas de un 22% según los jueces y un 29% según los propios oradores. Para terminar, con respecto a las manifestaciones fisiológicas de ansiedad, se ha producido una clara mejora, ya que éstas han disminuido significativamente tanto según los propios sujetos (disminución del 22% según el Cuestionario de Dificultad para Hablar en Público (Parte Fisiológica) y del 26% según el Termómetro de Ansiedad después de la exposición), como según observadores externos (disminución del 18% según observación por jueces). Así mismo, según la medida de conductancia, también se produce una mejora significativa, tanto antes como después de realizar una exposición en público (prueba de ejecución simulada).

Por lo que se refiere a la eficacia clínica del programa, los resultados con que contamos son muy positivos tanto en el momento de finalización del tratamiento (80% de sujetos sin dificultad, 16% con dificultad media y 4% con alta dificultad), como a los 6 meses de finalizar el mismo (un 86% de los sujetos pertenecen al grupo

de mínima dificultad para hablar en público, un 8% de dificultad intermedia y un 6% que no experimenta mejoría clínica. Además, esta positiva valoración de la eficacia del tratamiento es apoyada por la opinión de los propios sujetos, quienes en su totalidad al ser preguntados sobre la eficacia del tratamiento, sobre una escala de 7 puntos (cuestionario de Valoración del Tratamiento), situaron sus respuestas entre las posiciones de media y alta eficacia del tratamiento (un 2% de sujetos en la puntuación 5, un 20% en la puntuación 6 y el restante 78% de personas en la puntuación 7, es decir, de máxima eficacia del tratamiento).

A la vista de los resultados obtenidos en este estudio se constata nuevamente que los programas multimodales son una buena elección para el tratamiento de las dificultades para hablar en público (Allen, Hunter y Donohue, 1989; Bados y Saldaña, 1987; Feldman, 1984) y que, más concretamente, la combinación de **respiración profunda**, **autoinstrucciones** y **entrenamiento en habilidades para hablar en público** produce un claro efecto beneficioso sobre las dificultades para hablar en público en todas sus manifestaciones. Creemos, además, que el orden seguido en la aplicación de las técnicas ha facilitado los resultados de este tratamiento multimodal. Dadas las características que definen la dificultad para hablar en público, se considera más adecuado reducir, primeramente, la respuesta fisiológica, después la cognitiva y finalmente la motora, siendo este orden aparentemente el más eficaz en la práctica clínica (Walker y Shea, 1984).

Un aspecto destacable es la utilidad demostrada por la técnica de respiración profunda para el control de la respuesta fisiológica. Como se desprende de los resultados, esta técnica se ha mostrado útil para reducir la tensión y la ansiedad, tanto en medidas de autoinforme, como según la

observación de jueces y una medida objetiva de activación psicofisiológica, como es la conductancia. La diferencia con estudios previos en los que se ha utilizado la técnica de respiración profunda y cuyos resultados no han sido tan satisfactorios como esperaban sus autores (Ver Gil, 1983), puede deberse al orden de aplicación de las técnicas y el tiempo dedicado al aprendizaje de las mismas.

En cuanto a la generalización del tratamiento, puede decirse que ha existido tal efecto, según muestra la disminución de la medida subjetiva de ansiedad social utilizada (evaluada a través del Cuestionario de Temor a la Evaluación Negativa) que, además, se mantiene en el seguimiento. En otros estudios similares al nuestro, sin embargo, no se observa este efecto de generalización (Gil, 1983).

En lo referente al mantenimiento de las habilidades aprendidas para superar la dificultad para hablar en público, la revisión de distintos estudios muestra que en un gran número de ellos no se efectúa seguimiento alguno, o si se realiza suele ser mediado un período de tiempo inferior a tres meses (Bados, 1987). Nuestros resultados indican que el programa de hablar en público descrito en este trabajo es una intervención eficaz no sólo inmediatamente después del tratamiento, sino también a medio plazo, después de seis meses finalizado éste. En este sentido, es interesante señalar que la disminución del temor a la evaluación negativa después del tratamiento es un excelente predictor a la largo plazo de la eficacia terapéutica de los programas de intervención en problemas de ansiedad social (Mattick y Peters, 1988), lo que está en consonancia con nuestros resultados, que muestran simultáneamente una disminución considerable de la ansiedad social al finalizar el tratamiento y un mantenimiento

de la mejoría terapéutica seis meses después.

En cualquier caso, hemos de tener presente que los resultados positivos referentes al mantenimiento de la mejoría clínica alcanzada tras el tratamiento, durante el período de seguimiento, deben ser matizados por el hecho de que en esta fase sólo fueron utilizadas medidas de autoinforme. Igualmente, queremos destacar que este trabajo, como todo aquél que se realiza en un medio natural, ha estado sujeto a algunas limitaciones. En nuestro caso, dificultades académico-administrativas y de infraestructura han impedido contar con un grupo control y con medidas objetivas en la fase de seguimiento. Esperamos, no obstante, que futuras aplicaciones del programa basadas en la experiencia acumulada a través del presente y anteriores trabajos, permitan la superación de limitaciones como éstas y, de esta forma, puedan obtenerse datos más rigurosos.

Como conclusión, pese a estas consideraciones metodológicas, no cabe duda de que la implantación de programas de intervención para vencer las dificultades para hablar en público en contextos académicos, como la que se aquí se describe, puede tener importantes consecuencias positivas de tipo personal y social. Hablar en público es una habilidad profesional de primer orden necesaria para obtener un adecuado aprovechamiento académico y ejercer, en mayor o menor medida, múltiples profesiones. Si consideramos que, simplemente en lo que se refiere a estudiantes de licenciatura, 4 de cada 10 alumnos sienten mucho temor a hablar en público y un tercio del total de alumnos no se van a exponer a esta situación nunca durante su licenciatura, podemos entender que es éste un problema que puede interferir seriamente en su formación. Más aún, no parece arriesgado hipotetizar que muchos de los alumnos que

tienen dificultades para hablar en público, cuando se enfrenten a una entrevista de trabajo o al propio ejercicio profesional, fracasarán o, al menos, tendrán dificultades para demostrar su capacitación profesional. En definitiva, en un contexto académico, tener dificultades para hablar en público puede suponer una severa limitación personal en el rendimiento académico y en el futuro éxito profesional. Vencer estas dificultades mediante programas multimodales, implantados en servicios psicológicos

académicos aplicados, como el aquí expuesto u otros similares constituye, en realidad, una forma relativamente sencilla de prevención de posibles problemas académicos, personales y profesionales.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a Arturo Bados y Elena Granell por facilitarnos documentación para la elaboración del programa

Referencias bibliográficas

- 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.
- 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, (3).
- Bados, A. (1990): Afrontamiento y prevención del estrés: Intervención sobre las dificultades para hablar en público. En J. M^a Buceta y A. M^a Bueno (Ed.): *Modificación de conducta*. Eudema Universidad Manuales.
- Bados, A. (1992). *Análisis de Componentes de un Tratamiento Cognitivo-Somático-Conductual del Miedo a Hablar en Público*. Barcelona: Publicaciones de la Universidad de Barcelona (Tesis doctoral microfichada original de 1996).
- Bados, A. (1995). Habilidades de enfrentamiento al estrés: Intervención para hablar en público. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (eds.): *Psicología y Salud: Control de Estrés y Trastornos Asociados*. Madrid: Dykinson.
- Bados, A. y Saldaña, C. (1987). Análisis de componentes en un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público. *Análisis y modificación de conducta*, 13, (38).
- Borkovec, T.D. y O'Brien, G.T. (1976). Methodological and target issues in analogue therapy outcome research. En M. Hersen, E. Eisler y P. Miller (eds.): *Progress in behavior modification* (vol. 3). Nueva York: Academic Press.
- Deffenbacher, J.L. y Payne, D.M. (1977). Two procedures for relaxation as self-control in the treatment of communication apprehension. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 255-258.
- Feldman, L. (1984). *Prevalencia y Tratamiento del Temor a Hablar en Público en niños de edad escolar*. Tesis de Maestría. Unidad Simón Bolívar. Caracas. Venezuela.
- Fremouw, W.J. y Breitenstein, J.L. (1990). Speech anxiety. En H. Leitenberg (ed.): *Handbook of social and evaluation anxiety*. Nueva York: Plenum Press.
- Fremouw, W.J. y Gross, R. (1983). Issues in cognitive-behavioral treatment performance anxiety. In P.C. Kendall (Ed.): *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*. Vol 2, pp. 279-396. New York: Academic Press.
- 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. (1983). Eficacia de distintos programas aplicados a un problema específico en las relaciones sociales. *Informes de Psicología*, 367-391.
- Granell, E. (1988). *Venza el Temor a Hablar en Público: Guía para su Autocontrol*. Sistemas Técnicos de Edición, S.A. de C.V. México. D.F.
- Granell, E. y Feldman, L. (1987). Temor a hablar en Público: Un programa para su autocontrol. *Boletín de la AVEPSO*, X (3), 3-11.

- Hayes, B.J. y Marshall, W.L. (1984). Generalization and treatment effects in training public speakers. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 519-533.
- Hofmann, S.G., Ehler, A. y Roth, W.T. (1995). Conditioning theory: a model for the etiology of public speaking anxiety?. *Behavior Research Therapy*, 33 (5), 567-571.
- Izal, M. y Montorio, I. (1992). Difficulties in public speaking: A training Program. *22nd Congress of the European Association for Behavior Therapy*. Coimbra. Septiembre, 1992.
- Izal, M., Montorio, I. y Lázaro, S. (1994). Public speaking difficulties: Effectiveness of two different treatment procedures. *Trabajo presentado en el XXIII Congress of International Applied Psychology IAP*. Madrid, Julio.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. D. (1991). Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jarmeko, M.E.; Hadfield, R. y Walker, W.E. (1980). Contribution of an educational to stress inoculation of speech anxiety. *Perceptual and Motor skills*, 50, 495-501.
- Lane, T.W. y Borkovec, T.D. (1984). The influence of therapeutic expectancy/demand on self efficacy ratings. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 95-106.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct, en Shlien, J.M.(ed.): *Research in psychotherapy*, vol.III, American Psychological Association, Washington.
- Lang, P.J.; Levin, D.N.; Miller, G.A. y Lozak, M.J. (1983). Fear behavior, fear imagery and the psychotherapy of emotion: The problem of affective response integration. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 276-306.
- Lehrer, P.M. (1982). How to relax and how not to relax: A reevaluation of the work of Edmund Jacobson-I. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 417-428.
- Mattick, R.P. y Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Montorio, I. Guerrero, M.A. e Izal, M. (1991). *Estudio sobre las dificultades para hablar en público de estudiantes universitarios*. Trabajo no publicado. Universidad Autónoma de Madrid.
- Montorio, I. e Izal, M. (1993). Dificultades para hablar en público: seguimiento de un programa aplicado a población universitaria. *II Congreso de Psicología Conductual*. Palma de Mallorca. Abril.
- Naggs, S.E. (1979). *The importance of an educational phase to the stress inoculation training of anxiety*. Tesis de grado de master no publicada, Universidad de Richmond.
- Paul, G.L. (1966). *Insight vs. Desensitization in Psychotherapy*. Stanford University Press: California. U.S.A.
- Pollard, C.A. y Henderson, J.G. (1988). Four types of social phobia in a community sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 440-445.
- Sherman, A.R.; Mulac, A y McCann, M.J. (1974). Synergistic effect of self-relaxation and rehearsal feedback in the treatment of subjective and behavioral dimensions of speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 819-827.
- Walker, J.E. y Shea, T.M. (1984). *Manejo conductual*. Mexico: Manual Moderno.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of Social-Evaluative Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.