

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

UNIVERSIDAD DE BARCELONA

Tesis Doctoral:

**ANALISIS DE COMPONENTES DE UN TRATAMIENTO
COGNITIVO-SOMATICO-CONDUCTUAL DEL
MIEDO A HABLAR EN PUBLICO.**

Primera Parte

Autor: **ARTURO BADOS LOPEZ**

Directora: Dra. **CARMINA SALDAÑA GARCIA**

Barcelona, 1986

A Sagrario

A los profesores de Psicometría del Departamento de Psicología Experimental por ceder amablemente el tiempo de una de sus clases para pasar una batería de cuestionarios.

A Reyes Jiménez por su cuidadosa labor mecanográfica.

Noviembre, 1986

A.B.L.

INDICE

	<u>Pág.</u>
Resumen	1
Introducción	7
1. Concepto de miedo a hablar en público	13
2. Modelos explicativos del miedo a hablar en público	18
2.1. Modelo de déficit de habilidades	19
2.2. Modelo de ansiedad condicionada	21
2.3. Modelo de valoración cognitiva defectuosa	23
2.4. Modelo de discriminación defectuosa	24
3. Revisión de la literatura sobre reducción del miedo a ha- blar en público	26
3.1. Características descriptivas y aspectos metodológicos de las investigaciones revisadas	28
3.1.1. Muestras empleadas	45
3.1.1.1. Tamaño, sexo y mortalidad	45
3.1.1.2. Características de las muestras	46
3.1.1.3. Captación y pago de los sujetos	49
3.1.1.4. Criterios de selección de los sujetos	52
3.1.2. Características de la charla	56
3.1.2.1. Duración y tiempo de preparación de la charla ..	57
3.1.2.2. Tema de la charla	58
3.1.3. Características del auditorio	58
3.1.3.1. Tamaño y composición del auditorio	59
3.1.3.2. Reacción del auditorio	64
3.1.3.3. Aviso de evaluación	65
3.1.4. Sesiones de tratamiento	65
3.1.4.1. Número, duración y distribución	65
3.1.4.2. Modalidad de las sesiones	67
3.1.5. Terapeutas	68
3.1.5.1. Número y características	68
3.1.5.2. El autor como terapeuta	68
3.1.5.3. Experiencia en clínica y en las técnicas aplica- das	69
3.1.5.4. Evaluación de los efectos de los terapeutas ...	69
3.1.5.5. Supervisión de los tratamientos aplicados	71
3.1.5.6. Evaluación de características de los terapeutas por los sujetos	71
3.1.6. Evaluación de la credibilidad en los tratamientos y de las expectativas generadas por estos	72
3.1.7. Características de demanda	74
3.1.8. Diseños utilizados	76
3.1.9. Problemas estadísticos	77

5.1.3.1.1. Medidas generales de MHP y aspectos relacionados	165
5.1.3.1.2. Medidas generales de ansiedad social	168
5.1.3.1.3. Medidas situacionales al hablar en público .	169
5.1.3.2. Medidas observacionales	174
5.1.3.2.1. Medidas de observación objetiva	175
5.1.3.2.2. Medidas de calificación	181
5.1.3.3. Medidas fisiológicas	183
5.1.4. Procedimiento	184
5.2. Resultados	189
5.2.1. Variables descartadas	189 ✓
5.2.2. Acuerdo intercalificadores e interobservadores en las medidas observacionales	190
5.2.3. Comparaciones entre los grupos con poco y mucho MHP.	193
5.2.4. Comparaciones intragrupos entre determinadas variables	199
5.3. Discusión	201
6. Investigación principal	209
6.1. Método	212
6.1.1. Sujetos	212
6.1.2. Aparatos y lugar de la investigación	219
6.1.2.1. Aparatos	219
6.1.2.2. Lugar de la investigación	219
6.1.3. Medidas empleadas en la evaluación	221
6.1.3.1. Medidas obtenidas exclusivamente en el pretest .	221
6.1.3.2. Medidas tomadas tanto en el pretest como en el postest	222
6.1.3.3. Medidas obtenidas solamente en el postest	223
6.1.3.3.1. Cuestionario de Satisfacción respecto a los Servicios Recibidos	223
6.1.3.3.2. Cuestionario Adicional ,	224
6.1.3.3.3. Medidas de generalización al medio natural .	225
6.1.3.4. Medidas obtenidas durante el tratamiento	227
6.1.4. Procedimiento	229
6.1.5. Terapeutas	238
6.1.6. Tratamientos	242
6.1.6.1. Reestructuración cognitiva aplicada	244
6.1.6.2. Relajación aplicada	250
6.1.6.3. Entrenamiento en hablar en público	257
6.2. Resultados	262
6.2.1. Variables descartadas	262
6.2.2. Sujetos perdidos	262

6.2.3. Acuerdo intercalificadores e interobservadores en las medidas observacionales	264
6.2.4. Fiabilidad test-retest	267
6.2.5. Comparaciones entre los grupos de poco y mucho MHP .	269
6.2.5.1. Comparaciones entre determinadas variables dentro de los grupos de poco y mucho MHP	276
6.2.6. Análisis de las variables que pueden afectar a la interpretación de los efectos de los tratamientos ..	278
6.2.6.1. Credibilidad y expectativas de los terapeutas respecto a los distintos tratamientos que aplicaron	278
6.2.6.2. Acontecimientos vitales ocurridos durante el tratamiento	280
6.2.6.3. Sujetos que recibieron tratamiento psicológico y/o farmacológico	281
6.2.6.4. Motivación y deseo de tratamiento y expectativas iniciales de mejora	282
6.2.6.5. Credibilidad y expectativas de los sujetos respecto a los tratamientos recibidos	283
6.2.6.6. Impresiones de los sujetos sobre los terapeutas.	287
6.2.6.7. Análisis del factor Terapeutas	291
6.2.7. Análisis de las medidas obtenidas tanto en el pretest como en el postest	293
6.2.7.1. Variables de autoinforme de MHP estimado	294
6.2.7.2. Variables de autoinforme de ansiedad social ...	297
6.2.7.3. Variables de autoinforme relacionadas con reacciones somáticas	297
6.2.7.4. Variables de autoinforme de ansiedad situacional y de calificación de la propia actuación	298
6.2.7.5. Variables de autoinforme de los pensamientos tenidos	300
6.2.7.6. Variables observacionales de calificación global	302
6.2.7.7. Variables observacionales de aspectos no verbales	304
6.2.7.8. Variables observacionales de aspectos vocales ..	307
6.2.7.9. Variables fisiológicas de presión sanguínea sistólica	310
6.2.7.10. Variables fisiológicas de presión sanguínea diastólica	311
6.2.7.11. Tasa cardíaca	312
6.2.7.12. Cambios del grupo de lista de espera del pretest al postest	313
6.2.8. Análisis de las medidas obtenidas sólo en el postest	315
6.2.8.1. Satisfacción con el tratamiento recibido	315
6.2.8.2. Opiniones sobre posibles variaciones en el tratamiento seguido	318
6.2.8.3. Generalización al medio natural de los sujetos .	320

	<u>Pág.</u>
6.2.8.3.1. Variables de autoinforme relacionadas con reacciones somáticas al intervenir en clase.	321
6.2.8.3.2. Variables de autoinforme de ansiedad situacional y de calificación de la propia actuación al intervenir en clase	322
6.2.8.3.3. Variables de autoinforme de los pensamientos tenidos al intervenir en clase	323
6.2.8.3.4. Variables observacionales de calificación por compañeros al intervenir en clase	323
6.2.9. Análisis adicionales	324
6.2.10. Significación clínico-social	329
6.3. Discusión	339
6.3.1. Diferencias entre los grupos de poco y mucho MHP ...	339
6.3.2. Diferencias entre cada grupo de tratamiento y el grupo LE	347
6.3.3. Análisis de componentes	357
6.3.4. Comentarios adicionales	370
6.4. Conclusiones	375
7. Referencias	385
8. Apéndices	424
Apéndice 1. Reproducción de los cuestionarios y otros instrumentos de medida empleados en la investigación	425
1.1. Cuestionario de Confianza para Hablar en Público ...	426
1.2. Cuestionario de Autoeficacia e Inquietud en Situaciones de Hablar en Público	427
1.3. Inventario de Ansiedad Estimulo-Respuesta	428
1.4. Cuestionario Previo (utilizado en el estudio piloto).	430
1.5. Cuestionario Previo	431
1.6. Inventario de Ansiedad Social	433
1.7. Cuestionario de Percepción Somática	437
1.8. Diferencial Semántico de Ansiedad	439
1.9. Termómetro de miedo anticipatorio	440
1.10. Termómetro de miedo y autocalificación de la actuación	441
1.11. Inventario de Estado de Ansiedad	442
1.12. Listado de Pensamientos (utilizado en el estudio piloto	443
1.13. Instrucciones para los calificadores de pensamientos	446
1.14. Listado de Pensamientos	447
1.15. Cuestionario de Reconocimiento de Pensamientos	448
1.16. Lista de Verificación Conductual para la Ansiedad de Ejecución	449
1.17. Registro de perturbaciones del habla	450
1.18. Registro de conductas al inicio y final de la charla	451

	<u>Pág.</u>
1.19. Instrucciones parciales para los calificadores de aspectos vocales	452
1.20. Instrucciones parciales para los calificadores de aspectos no verbales	453
1.21. Instrucciones parciales para los calificadores del contenido y organización de la charla	454
1.22. Instrucciones parciales para los calificadores de miedo y actuación	455
1.23. Cuestionario de Satisfacción respecto a los Servicios Recibidos	456
1.24. Cuestionario Adicional	459
1.25. Autorregistro tras el comentario en clase	461
1.26. Evaluación por compañeros relativa al comentario en clase	463
1.27. Cuestionario de Credibilidad en el Tratamiento y Expectativas de Mejora	464
1.28. Cuestionario sobre los Entrenadores	465
1.29. Cuestionario de Credibilidad y Expectativas de los Terapeutas acerca de los Tratamientos Aplicados ...	466
1.30. Cuestionario sobre Temas para Hablar en Público ...	467
Apéndice 2. Programa de entrenamiento para el miedo a hablar en público: Reestructuración cognitiva aplicada, relajación aplicada y entrenamiento en hablar en público. Manual para los entrenadores	470
Apéndice 3. Entrenamiento en relajación progresiva: Manual para los sujetos	554
Apéndice 4. Instrucciones grabadas en cada una de las cuatro cintas de relajación	578
Apéndice 5. Significado de las abreviaturas utilizadas	594

Resumen.

En esta Tesis Doctoral se llevaron a cabo un estudio piloto y una investigación principal. Dos fueron los objetivos básicos de esta última. El primero de ellos consistió en realizar un análisis de componentes de un paquete de tratamiento para el miedo a hablar en público que combina técnicas dirigidas a los tres sistemas de respuesta (cognitivo, motor, fisiológico); estas técnicas fueron reestructuración cognitiva aplicada, relajación aplicada y entrenamiento en hablar en público.

El segundo objetivo consistió en llevar a cabo el análisis de componentes cumpliendo una serie de requisitos metodológicos y condiciones que han sido pasados por alto en todos o en la mayor parte de estudios en el campo de la reducción del miedo a hablar en público (MHP). Entre otros requisitos y condiciones pueden citarse el empleo de medidas de autoinforme, observacionales y fisiológicas; la obtención de datos de fiabilidad y validez de las medidas empleadas; el empleo de medidas de generalización al medio natural; la obtención de medidas de significación clínica; la supervisión de si los terapeutas aplicaban cada tratamiento como estaba planeado; la evaluación de la credibilidad y expectativas de los sujetos y de los terapeutas respecto a los tratamientos recibidos y aplicados respectivamente; y la evaluación de las impresiones de los sujetos acerca de los terapeutas.

Antes de poner en marcha la investigación principal, se llevó a cabo un estudio piloto con la finalidad de (a) comprobar, mediante la comparación de dos grupos contrastados en nivel de MHP, la validez de la mayor parte de las medidas que iban a emplearse en la investigación principal, (b) comprobar si en las variables observacionales seleccionadas podían conseguirse niveles de acuerdo satisfactorios interobser-

vadores, y (c) valorar hasta qué punto eran apropiados los diversos pasos y aspectos del procedimiento que se iba a seguir en la investigación principal.

La muestra de sujetos del estudio piloto estuvo constituida por 22 mujeres y 8 hombres, estudiantes universitarios de quinto curso de Psicología. La mitad formaron el grupo de poco MHP y la otra mitad, el grupo de mucho MHP.

En la evaluación realizada en el estudio piloto se incluyeron medidas de autoinforme de (a) MHP estimado, (b) ansiedad social, (c) ansiedad subjetiva experimentada antes de dar una charla y durante esta, (d) reacciones somáticas percibidas antes, durante y después de dar una charla, y (e) pensamientos tenidos también en estos tres momentos. Además, se utilizaron calificaciones subjetivas por parte de jueces y observaciones de tipo objetivo de aspectos vocales, no verbales y verbales relacionados con el MHP y/o la actuación al hablar en público. Por último, se empleó un registro de la tasa cardíaca y de la resistencia eléctrica de la piel, pero tuvo que ser abandonado por problemas técnicos con los aparatos. !

Los sujetos tuvieron 5 minutos para preparar una charla de 3 minutos que dieron ante 6 personas desconocidas y una cámara de vídeo. La reacción del auditorio ante las charlas fue de neutralidad.

Los resultados del estudio piloto pusieron de manifiesto que tanto los observadores como los calificadores lograron niveles de acuerdo plenamente satisfactorios en las distintas variables observacionales. Por otra parte, los análisis multivariantes de la varianza revelaron que los grupos de poco y mucho MHP difirieron en los distintos grupos de variables de autoinforme, pero no en las variables observacionales.

La ausencia de diferencias en las variables de observación fue atribuida a que la forma en que se captó a los sujetos pudo dar lugar a

que el grupo de poco MHP incluyera sujetos con mucho más miedo del que confesaron. Debido a esto y al hecho de que el estudio piloto condujo a modificar ciertos aspectos importantes del procedimiento experimental, se volvió a repetir en la investigación principal la comparación de dos grupos contrastados en nivel de MHP.

Además, puesto que el objetivo primordial de la investigación principal consistía en realizar un análisis de componentes de un paquete de tratamiento compuesto por reestructuración cognitiva aplicada (RCA), relajación aplicada (RA) y entrenamiento en hablar en público (EHP), se formaron cuatro grupos para llevar a cabo este análisis: (a) paquete completo de tratamiento (RCA + RA + EHP), (b) paquete completo menos RA (RCA + EHP), (c) paquete completo menos EHP (RCA + RA), y (d) paquete completo menos RA y menos EHP (RCA).

Estos cuatro grupos dieron lugar a un diseño factorial 2 x 2 con un factor Entrenamiento en Hablar en Público y un factor Relajación Aplicada. Los dos niveles de ambos factores fueron SI y NO. Además, se utilizó un grupo de lista de espera (LE).

La muestra de sujetos con mucho MHP estuvo constituida por 64 mujeres y 8 hombres, estudiantes universitarios de segundo curso de Psicología. Estos sujetos formaron los cuatro grupos de tratamiento antes citados y el grupo de lista de espera. Por otra parte, se seleccionó un grupo de poco MHP con el fin de comprobar la validez de las medidas empleadas y disponer de un grupo criterio que permitiera hallar la significación clínica de los resultados obtenidos. Este grupo de poco MHP estuvo formado por 8 mujeres y 1 hombre, estudiantes también de segundo curso de Psicología.

En la evaluación se emplearon: (a) las variables de autoinforme y observacionales utilizadas en el estudio piloto y además variables fisiológicas de presión sanguínea y tasa cardíaca; (b) medidas de

satisfacción con los tratamientos recibidos y opiniones de los sujetos sobre posibles variaciones en los tratamientos seguidos; (c) medidas de generalización al medio natural obtenidas al hacer los sujetos un breve comentario en clase; (d) medidas de la motivación y deseo de tratamiento, de las expectativas iniciales de mejora, de la credibilidad y expectativas suscitadas por los tratamientos recibidos y de las impresiones acerca de los terapeutas; (e) medidas de la credibilidad y expectativas de los terapeutas respecto a los tratamientos aplicados; (f) medidas del número e impacto de los acontecimientos vitales positivos y de los acontecimientos vitales negativos ocurridos durante el tratamiento, pero al margen de este.

Salvo las medidas del apartado "a", las cuales se tomaron tanto en el pretest como en el postest, el resto se obtuvieron sólo en el pretest, en el postest o durante el tratamiento. En el pretest y en el postest, los sujetos tuvieron que dar una charla de 3 minutos ante 6 personas desconocidas y una cámara de vídeo. Los sujetos dispusieron de 1 semana para preparar tres temas cuyos títulos se les dieron por escrito; sin embargo, no se les comunicó sobre cuál de estos temas hablarían hasta 10 minutos antes de la charla. La reacción del auditorio ante las charlas fue de interés.

Tres parejas de terapeutas, formada cada una por un hombre y una mujer, participaron en la investigación. Estos terapeutas carecían de experiencia clínica, pero fueron concienzudamente entrenados y se supervisó su actuación para asegurar que aplicaban cada tratamiento tal como estaba planeado. Cada pareja de terapeutas llevó conjuntamente un grupo de 5 sujetos dentro de cada uno de los cuatro grupos de tratamiento. Hubo en total 10 sesiones de tratamiento, una por semana. La duración de las sesiones osciló entre 90 y 120 minutos y la de los tratamientos entre 16 horas 45 minutos y 20 horas (en función del

número y tipo de componentes de cada tratamiento).

Los datos se analizaron mediante análisis multivariantes. Los principales resultados obtenidos fueron los siguientes:

- a) Los grupos de poco y mucho MHP difirieron, en el sentido previsto, en medidas de autoinforme y observacionales, pero no en las fisiológicas. Sin embargo, estas últimas no fueron eliminadas debido a la posibilidad de que pudieran ser sensitivas a los efectos de los tratamientos.
- b) Cada tratamiento fue más eficaz que LE en medidas de autoinforme. Todos los tratamientos, excepto RCA + RA, se mostraron también superiores a LE en reducir las manifestaciones externas de ansiedad. En el resto de variables observacionales, sólo el grupo RCA + EHP fue mejor que LE. No hubo diferencias respecto a LE ni en las variables fisiológicas ni en la ansiedad social autoinformada.
- c) La mayor eficacia de los tratamientos sobre LE no se circunscribió únicamente a la situación de hablar ante 6 personas más una cámara de vídeo, sino que se extendió también a una situación del medio natural de los sujetos (comentario en clase).
- d) La superioridad de los tratamientos sobre LE no se limitó solamente a haber conseguido unos mayores cambios en promedio, sino que además tuvo relevancia clínica (medida esta en porcentaje de sujetos mejorados).
- e) Los sujetos del grupo LE no cambiaron en general del pretest al postest, aunque redujeron su MHP experimentado durante la charla, tendieron a reducir sus perturbaciones del habla tipo "ah" y aumentaron su MHP estimado, el cual se midió 1 semana antes de dar la charla.

f) Se lograron mejores resultados en ciertas medidas de autoinforme al añadir RA a RCA. Similarmente, se obtuvieron mejoras en ciertas variables observacionales al combinar EHP con RCA. Sin embargo, la adición conjunta de RA y EHP a RCA tuvo efectos desfavorables en comparación a cuando se añadió sólo uno de los componentes. Los peores resultados del tratamiento RCA + RA + EHP pueden atribuirse a un tiempo insuficiente para una intervención tan compleja.

En resumen, tanto RA como EHP se mostraron como componentes importantes del tratamiento cuando se combinaron individualmente con RCA, pero los efectos fueron menos satisfactorios cuando ambos componentes se integraron conjuntamente con esta última técnica.

INTRODUCCION.

Un gran número de personas tiene o tendrá a lo largo de su vida la oportunidad de hablar en público, ya sea para decir unas palabras en un banquete, expresar una opinión ante una comunidad de vecinos, exponer un trabajo o hacer una pregunta en clase, dar una conferencia, presentar un informe ante compañeros de trabajo, intervenir en una asamblea, pronunciar un discurso, etc. Hablar en público en estas ocasiones, si se hace medianamente bien, trae o puede traer consigo ventajas de tipo social (prestigio, apoyo, aprobación...), académico, profesional, económico, etc.

Dada la importancia de hablar en público, al menos para una parte de la población, se han escrito diversidad de libros más o menos generales sobre el tema (Asensio, 1984; Campbell, 1972; Carnegie, 1971, 1977; Catta, 1979; Fetting, 1980/1982; Osborn, 1982; Sayer, 1983; Torriente, 1980; Valenti, 1982) e incluso se han creado clubs para aprender y perfeccionar dicha habilidad (Bjorklund, 1985). Sin embargo, a pesar de que hay personas a las que les agrada hablar en público¹, un porcentaje significativo de personas presenta un miedo intenso o severo a realizar esta actividad y se retrae a la hora de intervenir públicamente.

Se ha comprobado que entre un 20% y un 30% de universitarios norteamericanos informan al menos mucho miedo a hablar en público (MHP) (Borkovec y O'Brien, 1976; Borkovec y Sides, 1979a; Brooks y Platz, 1968; Giffin, 1966, citado por Giffin y Bradley, 1969a; Giffin y Bradley, 1969b; Gross y Fremouw, 1982; Lane y Borkovec, 1984). Lang, Levin, Miller y Kozak (1983) hallaron que un 30% de 3.600 universita-

¹Paivio ha hablado de un factor de "exhibicionismo" (o grado en que a una persona le gusta recitar, actuar o intervenir ante un auditorio), el cual está mínimamente o no correlacionado con el factor "aprensión ante los auditorios" (Levin, Baldwin, Gallwey y Paivio, 1960; Paivio, Baldwin y Berger, 1961; Paivio, 1963). R.

rios norteamericanos obtuvieron puntuaciones de al menos tres puntos por encima de la media teórica en un cuestionario de MHP (el Personal Report of Confidence as a Speaker de Paul, 1966). Por otra parte, Gil (1981) encontró que un 32% de 210 universitarios españoles puntuaron por encima de dicha media en el citado cuestionario.

Considerando los datos obtenidos con las versiones de 20 y 25 ítems del Personal Report of Communication Apprehension de McCroskey (1970, 1978) -versiones que supuestamente reflejan una aprensión a la comunicación, pero que en realidad parecen medir básicamente MHP (Lederman, 1982; McCroskey, 1981; Page, 1980; Pearson, 1979; Porter, 1979, 1981)- puede decirse que entre un 15% y un 20% de los sujetos presentan un MHP elevado o severo (McCroskey, 1977; Porter, 1981). Estos porcentajes y la intensidad del miedo son similares en muestras universitarias de Estados Unidos, Australia, China y Guam, pero, en relación a la muestra norteamericana, son menores en Filipinas y Corea del Sur y mayores en Hawai y Japón (Hansford y Hattie, 1982; Klopff y Cambra, 1979, 1980a, 1980b; McCroskey, 1981).

Junto a su relativa frecuencia, el MHP aparece como uno de los cinco o diez miedos más intensos en poblaciones diversas tales como universitarios (Geer, 1965; Grossberg y Wilson, 1965), pacientes con problemas de ansiedad (Rothstein y Boblitt, 1970; Thyer, Tomlin, Curtis, Cameron y Nesse, 1985) y personas adultas en general (Bruskin & Associates, 1973, citado por Foss, 1983 y Neer, 1982). Intervenir o hablar en público es considerado por adultos y adolescentes como una de las situaciones sociales más difíciles (Argyle, 1981a; Harris y Brown, 1982).

(En contraste con lo anterior, el miedo a las actividades relacionadas con hablar en público no es uno de los diez miedos más intensos informados por niños de 8 a 11 años de edad) situándose estos miedos

sobre todo en el factor miedo al peligro y a la muerte (Ollendick, 1983). Esto parece concordar con la idea de que muchos miedos y fobias sociales comienzan principalmente después de la pubertad o en la adolescencia tardía (Liebowitz, Gorman, Fyer y Klein, 1985; Ollendick, 1979). Sin embargo, si bien no se han encontrado respecto a la intensidad del MHP diferencias entre edades con muestras que fueron desde los 18 años a la edad adulta (Clevenger, 1959a; Hansford y Hattie, 1982), tampoco se han hallado con niños y adolescentes de 7 a 18 años de edad (Ollendick, Matson y Helsel, 1985). Ahora bien, Clevenger (1959b) comenta dos estudios según los cuales el MHP autoinformado y/u observado es menor en estudiantes de secundaria de cursos superiores que en estudiantes de secundaria de cursos más bajos. Puede concluirse, pues, que los pocos estudios realizados no dejan clara la relación existente entre el MHP y la edad (con todos los cambios situacionales que van asociados con esta).

Resumiendo lo anteriormente expuesto, podemos decir que el MHP o ansiedad respecto a hablar en público es un miedo relativamente frecuente e intenso, al menos a partir de cierta edad. Aunque algunos autores han distinguido entre miedo y ansiedad (Porter y Burns, 1973; véanse Bellack y Hersen, 1977, y Nietzel y Bernstein, 1981), en este trabajo, siguiendo la línea predominante dentro del enfoque conductual, no se seguirá esta distinción (Borkovec, 1976; Carlile y Behnke, 1973; Nietzel y Bernstein, 1981). Por tanto, no se establecerán diferencias entre los términos miedo a hablar en público (fear of public speaking) y ansiedad respecto a hablar en público (public speaking anxiety).

Según Borkovec y sus colaboradores (Borkovec y O'Brien, 1976; Borkovec, Wall y Stone, 1974; Borkovec, Weerts y Bernstein, 1977), el MHP es una conducta objetivo clínicamente pertinente en estudios análogos ya que:

- a) es relativamente frecuente,
- b) supone o puede suponer una preocupación para el sujeto y una interferencia en su vida diaria,
- c) ocurren grandes incrementos en la activación fisiológica en anticipación o en respuesta a hablar en público,
- d) no tiene lugar una rápida habituación de las respuestas fisiológicas de la exposición pretest a la exposición posttest, y
- e) los cambios del pretest al posttest no se ven prácticamente afectados por las características de demanda.

Ahora bien, independientemente de que el MHP sea o no sea una buena conducta objetivo en estudios análogos sobre reducción de ansiedad, lo que parece claro es que constituye por sí mismo un problema de interés; esto es así especialmente en poblaciones tales como estudiantes, enseñantes, universitarios, ejecutivos, congresistas, políticos, clérigos, actores, abogados, jueces, etc., en las que hablar en público es o debería ser un aspecto básico de la carrera o profesión. Tomando como ejemplo la población universitaria, no es difícil imaginar el impacto negativo que el MHP tiene en la participación en clases, seminarios, congresos, mesas redondas, etc. Incluso entre profesores e investigadores universitarios aparecen casos de personas que reducen su participación en público al mínimo posible y/o se muestran deficientes en sus actuaciones en público.

Aceptando pues que el MHP es un problema de interés por méritos propios, pensamos que los puntos básicos a considerar a continuación son:

- a) ver qué se entiende por MHP,
- b) ver cómo puede explicarse el origen y permanencia de este miedo, y
- c) hacer una revisión crítica de la literatura para comprobar si

dicho problema puede eliminarse o reducirse y, en caso afirmativo, localizar qué técnicas o procedimientos son los más eficaces.

1. CONCEPTO DE MIEDO A HABLAR EN PUBLICO.

Ya en 1955, Clevenger revisó unas cuantas conceptualizaciones sobre el MHP y terminó definiendo este como "una condición emocional en la cual la emoción supera al intelecto en la extensión en que la comunicación queda perjudicada, ya sea en la recepción del auditorio o en la autoexpresión del orador, y donde el estímulo u objeto inmediato de la emoción es la situación de hablar ante un auditorio" (pág. 30). Anteriormente, Low y Sheets (1951) habían definido el MHP en base a las manifestaciones conductuales del orador, tales como poco contacto visual, movimientos de inquietud de las extremidades, estremecimiento del cuerpo, voz tímida, etc.

Más recientemente, Lamb (1972b), siguiendo los pasos de Spielberger (1966) en el campo de la ansiedad y precediendo a los de McCroskey (1981; McCroskey y Beatty, en prensa) en el campo de la aprensión a la comunicación, ha distinguido entre estado de MHP y rasgo de MHP. El primero sería la ansiedad experimentada en una situación de hablar en público, ansiedad que se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión, y por activación del sistema nervioso autónomo. Por otra parte, el segundo se refiere a diferencias individuales relativamente estables en la disposición o tendencia a responder con elevaciones del estado de MHP en situaciones de hablar en público. Los datos obtenidos por Beatty, Behnke y McCallum (1978) y por Beatty y Behnke (1980) sugieren que el rasgo de MHP no es totalmente estable, sino que se ve afectado por factores situacionales que produzcan en el sujeto una discrepancia entre el nivel inicial de rasgo de MHP y el nivel de estado de MHP experimentado en situaciones particulares.

A la concepción del MHP, antes mencionada, en términos de manifestaciones conductuales y a la definición del MHP, que acabamos de ver, como experiencia cognitivo-fisiológica pueden añadirse otras visiones

distintas. Así, por ejemplo, Wolpe (1973/1977) consideraría el MHP como el patrón de respuestas autónomas características de una persona ante la situación de hablar en público, mientras que para Valins (1966) la activación autonómica real no sería necesaria para experimentar MHP en la medida en que la persona pensase que está activada e interpretara esta supuesta activación como MHP. *Hay que tener en cuenta que, nicando, sería el concepto...*

Sin embargo, dentro del enfoque conductual, la concepción más extendida de la ansiedad (y por comprensión, del MHP) es aquella que considera a ésta no como un estado emocional unitario o como un rasgo, sino como una etiqueta sumaria multidimensional que implica tres componentes o sistemas de respuesta (cognitivo, conductual manifiesto y fisiológico) separados, pero interactivos, que ocurren en respuesta a estímulos externos (socio-ambientales) e internos (cognitivos y fisiológicos) (Borkovec, 1976; Borkovec y cols., 1977; Hugdahl, 1981; Lang, 1977; Lehrer y Woolfolk, 1982; Nietzel y Bernstein, 1981).

Dentro del componente cognitivo se incluyen, por ejemplo, la denominación del problema en términos de miedo, ansiedad, inquietud, desasosiego, etc.; la anticipación de consecuencias desfavorables; la evaluación negativista de la situación, de uno mismo y/o de la propia actuación; la preocupación por reacciones somáticas; los pensamientos de escape o evitación (Sarason, 1980).

En el sistema fisiológico pueden distinguirse cambios autonómicos (tasa cardíaca, presión sanguínea, actividad electrodermal, temperatura...), somáticos (tensión muscular, respiración) y corticales (actividad electroencefalográfica) (Carrobles, 1981; Vila, 1984a).

Dentro del sistema conductual manifiesto pueden considerarse tanto las conductas de escape y evitación como los efectos observables de la activación fisiológica y/o las perturbaciones en la actuación (muecas faciales, temblor de voz, tartamudeo, bloqueos de la charla, gestos de

inquietud, sonrisa o risa inapropiada...) (Borkovec y cols., 1977).

Estos tres sistemas de respuesta no están altamente correlacionados, como tampoco lo están las diferentes medidas que pueden tomarse dentro de cada uno de ellos. Esto no es difícil de comprender si se tiene en cuenta que los tres sistemas de respuesta (y también los índices dentro de un sistema dado) pueden ser influidos separadamente por diferentes factores socio-ambientales, cognitivos y biológicos, y que la historia de aprendizaje asociada con cada uno de ellos puede diferir. Por lo tanto, existen diferencias individuales en los patrones de respuesta de la ansiedad. Así, una persona con MHP puede mostrar fuertes reacciones sólo en uno o dos sistemas de respuestas (por ejemplo, puede informar miedo y evitar las situaciones de hablar en público, pero sin que se detecte activación fisiológica), mientras que otra puede mostrar fuertes reacciones en los tres sistemas de respuesta o en dos sistemas distintos (por ejemplo, puede informar miedo y detectarse activación fisiológica, pero sin que se dé evitación de las situaciones de hablar en público). Más aún, dos personas que exhiben fuertes reacciones en los mismos sistemas de respuesta, pueden hacerlo en diferentes índices.

Lo que está claro entonces, como indican Borkovec y cols. (1977), es que el hecho de que se afirme si una persona tiene MHP o no depende en gran medida

- a) del patrón de respuestas de ansiedad de la persona y del sistema de respuesta e índices intrasistema que sean evaluados, y
- b) de los factores socio-situacionales (p.ej., características de demanda), cognitivos (p.ej., expectativas y valoraciones del sujeto), consecuentes (p.ej., reforzamiento positivo, castigo) y/u otros potencialmente influyentes que estén operando en un momento

dado.

A pesar de la ausencia de una correlación elevada entre los tres sistemas de respuesta, se asume que estos se influyen o pueden influirse recíprocamente. Es decir, la reacción en un sistema puede dar lugar a reacciones adicionales en el mismo y/o en otros sistemas. Esto contribuiría -junto con otros factores, como las reacciones de otras personas en términos de aprobación o desaprobación- al mantenimiento o reducción de la ansiedad según el tipo de reacciones que ocurran (Borkovec, 1976).

2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL MIEDO A HABLAR EN PUBLICO.

Entre las causas del MHP se han citado algunas tales como sentimientos de inferioridad, conflicto entre el miedo al fracaso y el miedo a las consecuencias de no intervenir en público, experiencias negativas de hablar en público, interpretación errónea en términos de miedo de la activación fisiológica experimentada, la falta de familiaridad con la situación de hablar en público o la complejidad de esta, y el fallo en prepararse adecuadamente (Clevenger y Phifer, 1959).

Otras posibles explicaciones del origen del miedo son aquellas que hacen referencia a condicionamiento clásico directo, aprendizaje observacional, aprendizaje mediante transmisión verbal o escrita de información, mediación de cogniciones erróneas y reforzamiento directo de los informes y conductas de miedo (Borkovec, 1976; Emmelkamp, 1982b; Hugdahl y Ost, 1985; Rimm y Lefebvre, 1981; Wolpe, 1983).

Extrapolando a partir de la literatura sobre habilidades sociales y ansiedad social, puede decirse que existen cuatro modelos principales sobre la etiología y mantenimiento del MHP (Bellack y Morrison, 1982; Curran, 1977; Galassi, Galassi y Vedder, 1981; Gil, 1984; Glaser, 1981; Linehan, 1979; Twentyman y Zimering, 1979). Basándonos en estas referencias, presentaremos a continuación dichos modelos.

2.1. MODELO DE DEFICIT DE HABILIDADES.

Según este modelo, las habilidades requeridas para hablar en público están ausentes del repertorio conductual de la persona. Aunque un sujeto pueda tener los componentes conductuales básicos (p.ej., vocabulario, entonación, gestos, mirada...), ^{pero} no ha aprendido a combinarlos y secuenciarlos para producir una respuesta apropiada (p.ej., para dar una charla ante un auditorio). De este modo, la persona no ha

aprendido la conducta adecuada, al menos con la suficiente fuerza como para poder ejecutarla fluidamente, o bien puede haber aprendido una conducta inapropiada.

El MHP, cuando se da, viene determinado por el repertorio deficiente de conductas. La falta de habilidad del sujeto da lugar a consecuencias negativas y/o a la ansiedad subsecuente. La persona se encuentra ansiosa al no saber cómo comportarse o al hacerlo de una forma incorrecta. Una hipótesis alternativa es que, al menos en algunos casos, una elevada activación fisiológica interfiere en la producción de las conductas apropiadas.

Algunos autores han señalado que es posible que la ansiedad venga determinada no tanto por el déficit de habilidades como por el hecho de percibirse carente de las habilidades adecuadas (Kelly, 1982; Phillips y Sokoloff, 1979). Así, bastantes personas que no informan MHP carecen de la habilidad para hablar en público, pero no se dan cuenta de ello, por lo que no se preocupan. En contraste, numerosos sujetos que informan mucho MHP poseen las habilidades necesarias, pero se perciben a sí mismos como careciendo de ellas (McCroskey y Beatty, en prensa).

El objetivo a conseguir, según este modelo, es que la persona aprenda las habilidades en las cuales se muestra deficiente. Se enseñan gradual y acumulativamente los elementos de respuesta y/o respuestas de las que se carece en situaciones progresivamente más difíciles y mediante una combinación de técnicas tales como instrucciones, modelado, ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento y práctica en el ambiente natural (Eisler y Frederiksen, 1980). Ciertos autores han querido ver en el éxito de estas técnicas evidencia a favor del modelo aquí expuesto. Ahora bien, el que estas técnicas sean eficaces no quiere decir que las personas tengan déficit de habilidades, ya que dicha combinación de técnicas reduce la ansiedad y esta reducción puede

producir mejora conductual (Emmelkamp, 1982a; Kelly, 1982). Como bien han señalado Galassi y cols. (1981), los datos de tratamientos exitosos no pueden utilizarse para apoyar uno u otro modelo, ya que los mecanismos responsables de la eficacia de un tratamiento son generalmente desconocidos y quizá, (añadiríamos nosotros, muy distintos en algunos casos de los postulados teóricamente.)

En este modelo, las habilidades que se han considerado ausentes son frecuentemente de tipo motor (verbal y no verbal). Ahora bien, una visión más amplia del concepto de habilidad exigiría también la consideración de las habilidades requeridas para mantener las respuestas fisiológicas a un nivel óptimo (p.ej., relajación, respiración profunda) y de las habilidades cognitivas, las cuales son necesarias para planificar y evaluar una acción, y para percibir y valorar las situaciones en que dicha acción es adecuada. Cohen (1980) y Phillips (1977) mencionan una serie de habilidades cognitivas (y conductuales) importantes a la hora de hablar en público como, por ejemplo, tener en cuenta lo que el auditorio desea, imaginar posibles respuestas del auditorio según lo que uno diga y preparar alternativas para responder a esas respuestas, organizar las ideas en secuencias u órdenes coherentes, etc.

2.2. MODELO DE ANSIEDAD CONDICIONADA.

Este modelo mantiene que la persona posee en su repertorio las habilidades necesarias para hablar en público, pero que no las exhibe o bien responde inadecuadamente debido a la ansiedad condicionada a situaciones de hablar en público. Ya sea a través de experiencias directas o vicarias, situaciones previamente neutrales de hablar en

público se han asociado con estímulos aversivos. De esta forma, se ha desarrollado una activación autonómica condicionada que interfiere (o impide la actuación a la hora de hablar en público). Esta ansiedad condicionada puede ocurrir a pesar de lo adecuado que sea el repertorio de habilidades de hablar en público de una persona.

Se ha comprobado que la ansiedad condicionada puede mantenerse, en algunos casos, a pesar de la exposición repetida a la situación temida en ausencia de estimulación aversiva externa; este hecho ha sido explicado por Wolpe (1983) en términos de que no hay otras respuestas que puedan competir eficazmente con la ansiedad. Por otra parte, Eysenck (1976/1980, 1983) ha afirmado en su teoría de la incubación que la ansiedad condicionada puede fortalecerse, bajo ciertas condiciones, como resultado de la exposición a los estímulos condicionados. Según esta teoría, las respuestas condicionadas e incondicionadas de ansiedad son funcionalmente equivalentes, con lo cual los estímulos condicionados quedan reforzados aun cuando no estén presentes los estímulos incondicionados. Se establece así un ciclo de retroalimentación positiva que da lugar a un incremento de las respuestas condicionadas de ansiedad en vez de extinción; esto ocurre cuando la exposición a los estímulos condicionados es corta en vez de larga y cuando las respuestas condicionadas son fuertes en vez de débiles.

Según este modelo, el objetivo de cualquier intervención debe ser la eliminación o reducción de la activación autonómica condicionada. Se supone que al conseguir esto, quedarán desinhibidas y se manifestarán las conductas apropiadas. Entre las técnicas empleadas, para conseguir este objetivo, se encuentran la desensibilización sistemática (Wolpe, 1973/1977), la desensibilización de autocontrol (Goldfried, 1971), la relajación progresiva (Bernstein y Borkovec, 1973/1983) y la inundación (Emmelkamp, 1982a).

2.3. MODELO DE VALORACION COGNITIVA DEFECTUOSA.

Según este modelo, el modo en que una persona evalúa las situaciones determina sus respuestas emocionales a dichas situaciones. Más concretamente, las valoraciones inadecuadas de la situación, de la propia actuación y de uno mismo, y las expectativas de consecuencias aversivas (p.ej. <desaprobación de los demás>) están implicadas en el origen y mantenimiento del MHP, si bien el sujeto conoce y posee las conductas apropiadas para hablar en público.

Se ha comprobado que, a diferencia de sujetos con escasa ansiedad social, sujetos con elevada ansiedad social están más preocupados por la evaluación de los demás, (presentan más autodeclaraciones negativas) (Beidel, Turner y Dancu, 1985; Cacioppo, Glass y Merluzzi, 1979; Glass, Merluzzi, Biever y Larsen, 1982), (perciben la retroalimentación de los demás como más negativa) (Smith y Sarason, 1975) (esperan consecuencias menos favorables o más negativas de sus actuaciones) (Eisler, Frederiksen y Peterson, 1978), (valoran su actuación de forma inferior a la evaluación que hacen observadores externos) (Clark y Arkowitz, 1975), presentan un diálogo interno en el que las autodeclaraciones negativas predominan sobre la positivas (Schwartz y Gottman, 1976) y recuerdan más la retroalimentación negativa que la positiva (O'Banion y Arkowitz, 1977). Similarmente, en comparación a sujetos con poco MHP, sujetos con mucho MHP subestiman más su actuación en relación a los juicios de otras personas (Gilkinson, 1943), anticipan reacciones desfavorables o mínimamente favorables en el auditorio (Low y Sheets, 1951) y presentan menores expectativas de autoeficacia respecto a distintos aspectos y situaciones de hablar en público (Lane, 1980, citado por Lane y Borkovec, 1984).

Desde la perspectiva de este modelo, el objetivo que se persigue

es modificar las evaluaciones, autodeclaraciones y/o creencias de la persona de forma que aprenda a valorar las situaciones de un modo más realista. Entre las técnicas utilizadas pueden citarse la reestructuración racional sistemática (Goldfried, Decenteceo y Weinberg, 1974; Goldfried y Goldfried, 1980), el entrenamiento autoinstruccional (Meichenbaum, 1977; Meichenbaum y Cameron, 1983) y la terapia racional-emotiva (Ellis, 1962/1980; Ellis y Grieger, 1977/1981; Ellis y Whiteley, 1979).

2.4. MODELO DE DISCRIMINACION DEFECTUOSA.

Este modelo supone que las dificultades sociales de un sujeto derivan de que éste no sabe cómo emparejar conductas específicas con situaciones sociales específicas (p.ej., situaciones de hablar en público). La persona no discrimina adecuadamente cuándo una respuesta particular, que ya existe en su repertorio, es apropiada y cuándo no. El sujeto carece o hace un uso erróneo de las habilidades de resolución de problemas necesarias en una situación o situaciones dadas. Por ejemplo, puede no saber generar alternativas de respuesta suficientes o apropiadas, puede retardar excesivamente o incluso no llevar a cabo la toma de decisiones, puede carecer del conocimiento adecuado para tomar decisiones (p.ej., desconocimiento de las normas imperantes en una situación), etc. Por tanto, un sujeto puede no responder o hacerlo inadecuadamente a pesar de tener un repertorio de conductas apropiadas. Sería el caso, por ejemplo, de la persona que da una charla en términos demasiado simples ante un auditorio entendido.

Greene y Sparks (1983) han señalado que el no poder identificar planes o acciones apropiados da lugar a ansiedad. Según este modelo, la

persona se encontraría ansiosa al no saber qué hacer en una situación dada o al darse cuenta de que está actuando o ha actuado de una forma incorrecta.

El objetivo a conseguir sería enseñar al sujeto a discriminar qué situaciones exigen qué conductas. Esto puede lograrse mediante información, discusión y reforzamiento de las respuestas adecuadas para cada situación particular o bien mediante técnicas más complejas como las de resolución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971; Goldfried y Davison, 1976/1981).

Los cuatro modelos aquí expuestos no se excluyen entre sí. Cada uno de ellos, ya sea individualmente o en distintas combinaciones, puede desempeñar un papel en el origen y/o mantenimiento del MHP. Esto no es raro, ya que la mayoría de los problemas vienen determinados por múltiples factores. Lo más probable es que, al igual que existen diferencias individuales en los patrones de respuesta de la ansiedad, también existan diferencias entre individuos en cuanto a la base del MHP. Lo que debería hacerse entonces en cada caso, con vistas al tratamiento, es comprobar si el sujeto posee o no las habilidades motoras y cognitivas requeridas y si la ansiedad (condicionada y/o cognitivamente mediada) está presente o no (Marshall, 1981). Sin embargo, como Kelly (1982) ha señalado, no es siempre fácil distinguir empíricamente si una actuación deteriorada refleja ansiedad o déficit de habilidades (o ambos).