

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

6.2.7.12. Cambios del grupo de lista de espera del pretest al postest.

Se analizaron los mismos grupos de variables mencionados al comienzo del punto 6.2.7. Los grupos de variables de autoinforme y observacionales fueron analizados mediante AMUVARs unifactoriales de medidas repetidas. En el caso de la tasa cardíaca se aplicó un AVAR unifactorial de medidas repetidas. Por último, los grupos de variables fisiológicas de presión sanguínea fueron analizados tanto con AMUVARs como con AVARs factoriales 2 x 3 con dos factores intra; Pre-post fue el primer factor y Momentos, el segundo.

Los sujetos del grupo LE aumentaron significativamente su MHP estimado del pretest al postest ($p = 0'039$, $cc = 0'879$; véase la Tabla 71). Sin embargo, redujeron significativamente su miedo experimentado durante la charla ($p = 0'018$, $cc = 0'910$; véase la Tabla 72) y tendieron a reducir sus perturbaciones del habla tipo "ah" ($p = 0'078$, $cc = 0'841$; Tabla 73).

El grupo LE no cambió significativamente en las variables de autoinforme de ansiedad social [$L = 0'699$, $F(4, 6) = 0'65$, $p = 0'650$], en las variables de autoinforme relacionadas con reacciones somáticas [$L = 0'898$, $F(3, 7) = 0'26$, $p = 0'850$] y en las variables de autoinforme de los pensamientos tenidos [$L = 0'339$, $F(4, 6) = 2'92$, $p = 0'116$].

Los sujetos de lista de espera tampoco cambiaron significativamente del pretest al postest en las variables observacionales de calificación global [$L = 0'575$, $F(4, 6) = 1'11$, $p = 0'433$], en las variables observacionales de aspectos no verbales [$L = 0'411$, $F(4, 6) = 2'15$, $p = 0'192$] y en la tasa cardíaca [$F(1, 9) = 2'19$, $p = 0'173$].

Finalmente, en las variables fisiológicas de presión sanguínea sistólica y de presión sanguínea diastólica ni los AMUVARs ni los AVARs

Tabla 71. Análisis de los cambios pre-post del grupo LE en las variables de autoinforme de MHP estimado.

L	F	g.l.	p	cc	Centroides	
					Pretest	Posttest
0,227	5,12	4, 6	0,039	0,879	-1,24	1,24
Correlación entre cada variable y la función discriminante						
Variables						
	PRCS	S-R	CIHP	CAHP		
	0,790	0,410	0,481	-0,480		

Tabla 72. Análisis de los cambios pre-post del grupo LE en las variables de autoinforme de ansiedad situacional y de calificación de la propia actuación.

L	F	g.l.	p	cc	Centroides	
					Pretest	Posttest
0,173	7,18	4, 6	0,018	0,910	-1,47	1,47
Correlación entre cada variable y la función discriminante						
Variables						
	AD	TMA	SAI	AACH		
	-0,123	-0,306	-0,638	0,362		

Tabla 73. Análisis de los cambios pre-post del grupo LE en las variables observacionales de aspectos vocales.

L	F	g.l.	p	cc	Centroides	
					Pretest	Posttest
0,292	3,63	4, 6	0,078	0,841	1,04	-1,04
Correlación entre cada variable y la función discriminante						
Variables						
	DUMESI	VELOC	RAAH	RANOAH		
	0,262	-0,200	0,548	0,217		

factoriales 2 x 3 pusieron de manifiesto efectos significativos Pre-post ($p > 0,149$ en los dos grupos de variables) o efectos significativos Pre-post x Momentos ($p > 0,751$ en los dos grupos de variables).

6.2.8. ANALISIS DE LAS MEDIDAS OBTENIDAS SOLO EN EL POSTEST.

Se consideraron en este análisis tres grupos de variables que luego se subdividieron, tal como se explicará más adelante en cada apartado. Los tres grupos de variables fueron: (a) satisfacción con el tratamiento recibido, (b) opiniones sobre posibles variaciones en el tratamiento seguido, y (c) generalización al medio natural de los sujetos.

Otras medidas obtenidas sólo en el posttest, tales como las referidas a los acontecimientos vitales ocurridos durante el tratamiento y las referidas a haber recibido algún tipo de tratamiento psicológico y/o farmacológico durante el entrenamiento, fueron ya analizadas en el punto 6.2.5.

6.2.8.1. Satisfacción con el tratamiento recibido.

Como se recordará, además de evaluar la satisfacción global de los sujetos respecto a los servicios recibidos (CSQ), se pidió a los sujetos que calificaran lo útiles o provechosos que consideraban diversos componentes del tratamiento que habían seguido. Las calificaciones de los componentes que fueron comunes a todos los tratamientos (USEIN, URC, URCA, UPGHP, UTAR) y la variable CSQ fueron analizadas conjuntamente mediante un AMUVAR 2 (RA) x 2 (EHP).

Las medias y desviaciones típicas de todas las variables anteriores pueden verse en la Tabla 74. El AMUVAR RA x EHP puso de manifiesto una interacción significativa RA x EHP ($p = 0,035$), de modo que se analizaron los efectos simples (Tabla 75).

Tabla 74. Medias y DT de las variables de satisfacción con el tratamiento.

Variables	RCA ^a		RCA + RA ^a		RCA + EHP ^b		RCA+RA+EHP ^c	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
CSQ	25,00	3,05	26,80	2,34	28,21	2,86	24,45	2,02
USEIN	4,40	1,18	4,67	1,23	5,00	1,11	5,45	0,69
URC	5,40	0,51	5,80	0,41	5,43	0,51	5,27	0,79
URCA	5,33	0,72	5,67	0,62	5,57	0,51	5,36	0,81
UPGHP	5,40	0,63	5,67	0,62	5,86	0,36	5,64	0,50
UTAR	5,00	0,76	5,27	0,70	4,93	1,21	4,64	0,50
UR	—	—	5,13	0,92	—	—	5,27	0,90
URA	—	—	5,13	0,83	—	—	5,18	0,98
UEHP	—	—	—	—	6,00	0,00	5,64	0,50

^a n = 15. ^b n = 14. ^c n = 11.

Tabla 75. Análisis de los efectos simples de EHP y RA en el AMUVAR aplicado a las variables de satisfacción con el tratamiento comunes a todos los grupos.

	Efectos simples			
	EHP D RA(No)	EHP D RA(Sí)	RA D EHP(No)	RA D EHP(Sí)
L	0,735	0,779	0,879	0,788
F	2,76	2,17	1,05	2,07
g.l.	(6, 46)	(6, 46)	(6, 46)	(6, 46)
p	0,022	0,063	0,405	0,076
cc	0,514	0,470	--	0,461
Centroides				
Nivel "Sí"	0,90	-0,85	--	-0,72
Nivel "No"	-0,69	0,65	--	0,77
	Correlación entre cada variable y la función discriminante			
CSQ	0,767	0,591	--	0,956
USEIN	0,343	-0,475	--	-0,277
URC	0,032	0,632	--	0,189
URCA	0,224	0,302	--	0,209
UPGHP	0,526	0,037	--	0,271
UTAR	-0,053	0,495	--	0,232

Nota. D significa "dentro".

Cuando los sujetos no recibieron RA, el grupo con EHP informó mayor satisfacción tanto global como con la práctica graduada de hablar en público que el grupo sin EHP; en cambio, cuando los sujetos recibieron RA, fue el grupo sin EHP el que informó, casi significativamente (p

= 0'063), mayor satisfacción tanto global como con diversos componentes del tratamiento. Por otra parte, los sujetos que no tuvieron RA tendieron a indicar ($p = 0'076$) una mayor satisfacción global con el tratamiento que los sujetos que tuvieron RA, pero esto sólo fue cierto cuando EHP estuvo presente. En resumen, el Grupo 3 se mostró o tendió a mostrarse más satisfecho que los Grupos 1 ($p = 0'022$, $cc = 0'514$) y 4 ($p = 0'076$, $cc = 0'461$), mientras que el Grupo 2 tendió a mostrarse más satisfecho que el Grupo 4 ($p = 0'063$, $cc = 0'470$) y no se diferenció del Grupo 1.

Las medias y desviaciones típicas de las calificaciones en utilidad de la relajación (UR) y de la relajación aplicada (URA) aparecen en la Tabla 74. Ambas variables fueron analizadas con un AMUVAR unifactorial que comparó a los dos grupos que habían recibido relajación. El efecto no fue significativo [$L = 0'992$, $F(2, 23) = 0'09$, $p = 0'913$].

Los dos grupos que habían recibido EHP fueron comparados mediante un AVAR en la calificación sobre la utilidad del entrenamiento en hablar en público. El resultado fue significativo [$F(1, 23) = 7'36$, $p = 0'012$]. El grupo 3 consideró más útil el EHP ($M = 6,00$) que el Grupo 4 ($M = 5,64$).

A pesar de las diferencias halladas entre los grupos, el grado medio de satisfacción en todos estos fue alto o muy alto, tal como puede apreciarse en la Tabla 74. De los componentes comunes a todos los tratamientos, la sesión inicial y las tareas entre sesiones fueron los calificados un poco más bajo en cuanto a su utilidad; sin embargo, ambas calificaciones siguieron siendo elevadas.

6.2.8.2. Opiniones sobre posibles variaciones en el tratamiento seguido.

El juicio cuantitativo de los sujetos sobre la necesidad de un tratamiento adicional para terminar de superar su MHP fue analizado mediante un AVAR 2 (RA) x 2 (EHP). Ningún efecto resultó significativo ($p > 0'557$ en todos los casos). Las medias (y desviaciones típicas) de los Grupos 1, 2, 3 y 4 fueron respectivamente 4'00 (1'13), 4'00 (1'41), 4'21 (1'12) y 4'18 (1'25). La puntuación mínima posible era uno y la máxima, siete.

Los porcentajes de sujetos en cada grupo de tratamiento que creyeron necesario (a) un tratamiento más largo, (b) un tratamiento similar al seguido, pero modificado en algunos puntos, y (c) un tratamiento de tipo distinto al seguido aparecen en la Tabla 76.

Tabla 76. Porcentajes de sujetos que creyeron necesario un tratamiento más largo, un tratamiento modificado y un tratamiento de otro tipo.

Tratamiento	n	Tratamiento más largo	n	Tratamiento modificado	n	Tratamiento de otro tipo
RCA	15	53,3%	15	60,0%	14	42,9%
RCA + RA	15	53,3%	15	40,0%	15	20,0%
RCA + EHP	14	42,9%	14	71,4%	13	23,1%
RCA + RA + EHP	10	60,0%	10	80,0%	11	27,3%

Nota. Algún sujeto olvidó u omitió contestar alguna de las preguntas.

Para analizar los datos correspondientes a cada uno de los tres aspectos mencionados en el párrafo anterior, se construyeron tablas 2 x 2. En estas tablas una variable fue la necesidad del aspecto considerado y la otra variable fue RA en unos casos y EHP en otros. Los dos niveles de cada una de estas tres variables fueron SI y NO. Además, las relaciones entre necesidad del aspecto y RA fueron analizadas para cada uno de los niveles de EHP y las relaciones entre necesidad del aspecto

y EHP fueron analizadas para cada uno de los niveles de RA.

Cada tabla 2 x 2 fue analizada mediante la prueba de la probabilidad exacta de Fisher. No se encontró ningún resultado significativo, excepto que, cuando RA estuvo presente, el porcentaje de sujetos que consideraron necesario un tratamiento modificado tendió a ser mayor en el grupo con EHP que en el grupo sin EHP ($p = 0,099$). Es decir, el porcentaje de sujetos que juzgaron necesario un tratamiento modificado tendió a ser mayor en el Grupo 4 que en el Grupo 2, mientras que no hubo diferencias entre los Grupos 3 y 1.

En los otros dos aspectos (necesidad de un tratamiento más largo o de un tratamiento de otro tipo) no se encontraron resultados significativos. Los porcentajes de sujetos en la muestra total que creyeron necesario un tratamiento de mayor duración o un tratamiento de tipo distinto al seguido fueron respectivamente 51,9% y 28,3%. En cada uno de los dos aspectos se comparó, mediante una prueba de ji cuadrado, el porcentaje de sujetos que lo juzgaron necesario con el porcentaje de sujetos que no lo juzgaron así. Los resultados obtenidos fueron respectivamente: $\chi^2 (1, N = 54) = 0'07, p = 0'785$; y $\chi^2 (1, N = 53) = 9'98, p = 0'002$.

A la vista de estos últimos resultados puede concluirse que los sujetos estuvieron divididos a partes iguales sobre la necesidad o no de un tratamiento más largo, mientras que hubo un mayor porcentaje de sujetos que no consideraron necesario otro tipo de tratamiento distinto al seguido.

En cuanto al porcentaje de sujetos que creyeron necesario un tratamiento modificado, sólo en el Grupo 4 tendió este porcentaje a ser mayor que el porcentaje de sujetos que no juzgaron necesario modificar el tratamiento [$\chi^2 (1, N = 10) = 3'60, p = 0'058$].

Se analizaron las contestaciones de los sujetos a las preguntas

abiertas en las que se habían solicitado modificaciones a introducir en el tratamiento, cosas que no habían gustado, cosas que habían sobrado, cosas que se habían echado en falta y cualesquiera comentarios o sugerencias que quisieran hacerse. Aunque las respuestas de los sujetos a estas preguntas fueron bastante idiosincrásicas, hubo dos aspectos que tendieron a echarse en falta en todos los tratamientos: (a) la práctica en hablar ante públicos más numerosos y (b) la práctica en dar charlas ante auditorios que fueran variando en composición para que los oyentes no fueran siempre conocidos.

Además de lo anterior, 2 sujetos del Grupo RCA y otros 2 del Grupo RCA + EHP hubieran deseado aprender alguna técnica para controlar sus reacciones somáticas. Un sujeto del Grupo RCA y 3 del Grupo RCA + RA hubieran querido que se consideraran los aspectos conductuales al hablar en público. Finalmente, 5 sujetos del Grupo RCA + RA + EHP hubieran deseado una mayor profundización y tiempo de dedicación a los aspectos conductuales.

6.2.8.3. Generalización al medio natural de los sujetos.

La calificación por compañeros y el autorregistro por parte de los sujetos en relación a una breve intervención de estos en clase fueron la forma de obtener las medidas de generalización. Siguiendo la pauta utilizada al analizar las medidas obtenidas tanto en el pretest como en el postest, las medidas de generalización fueron agrupadas para su análisis del siguiente modo:

- a) Variables de autoinforme relacionadas con reacciones somáticas al intervenir en clase (C:PA, C:MA, C:FA).
- b) Variables de autoinforme de ansiedad situacional y de calificación de la propia actuación al intervenir en clase (C:TMA, C:TM, C:AACO).

- c) Variables de autoinforme de los pensamientos tenidos al intervenir en clase (C:PP, C:PN).
- d) Variables observacionales de calificación por compañeros al intervenir en clase (C:CAV, C:CANV, C:CCC, C:CACT, C:CANS).

Cada uno de los cuatro grupos de variables fue analizado mediante un AMUVAR factorial 2 (RA) x 2 (EHP). Los grupos de tratamiento no se compararon con el grupo LE ya que sólo 1 de los 10 sujetos de este grupo hizo el comentario en clase; y ello, a pesar de que los sujetos del grupo LE, a diferencia de los de los otros grupos, recibieron instrucciones repetidas alentándoles a llevar a cabo la intervención en clase.

Un sujeto del grupo RCA + EHP tampoco hizo el comentario en clase. Esta persona había encontrado un trabajo de jornada completa fuera de Barcelona y había dejado de asistir a las clases en la Facultad.

6.2.8.3.1. Variables de autoinforme relacionadas con reacciones somáticas al intervenir en clase.

Las medias y desviaciones típicas de estas variables aparecen en la Tabla 77. El AMUVAR RA x EHP no puso de manifiesto ningún efecto significativo ($p > 0'570$ en todos los casos).

Tabla 77. Medias y DT de las variables de autoinforme relacionadas con reacciones somáticas al intervenir en clase.

Condición	n	C:PA		C:MA		C:FA	
		Media	DT	Media	DT	Media	DT
RCA	15	27,73	12,46	2,27	1,75	2,33	2,09
RCA + RA	15	25,60	10,15	2,20	1,21	2,33	1,68
RCA + EHP	13	27,00	8,75	2,08	1,26	3,23	2,42
RCA + RA + EHP	11	27,18	12,70	2,45	1,63	3,09	2,34
Poco MHP	9	14,00	4,03	1,00	0,00	2,11	2,98

6.2.8.3.2. Variables de autoinforme de ansiedad situacional y de calificación de la propia actuación al intervenir en clase.

En la Tabla 78 pueden verse las medias y desviaciones típicas de estas variables. El AMUVAR RA X EHP reveló un efecto principal de EHP que tuvo un grado de significación inferior a 0,10 ($p = 0,085$). El reanálisis de este efecto aparece en la Tabla 79. Los grupos con EHP (3 y 4) tendieron a informar un mayor miedo durante el comentario en clase que los grupos sin EHP (1 y 2) ($p = 0,086$, $cc = 0,350$).

Tabla 78. Medias y DT de las variables de autoinforme de ansiedad situacional, calificación de la propia actuación y pensamientos tenidos al intervenir en clase.

Condición	n	C:TMA		C:TM		C:AACO		C:PP		C:PN	
		Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
RCA	15	5,00	2,17	3,73	1,49	5,93	1,44	0,757	0,277	0,221	0,258
RCA+RA	15	4,87	1,60	3,33	1,35	6,20	1,01	0,821	0,260	0,136	0,215
RCA+EHP	13	4,85	1,63	4,00	1,58	6,38	0,96	0,845	0,179	0,145	0,177
RCA+RA+EHP	11	4,73	1,42	4,55	1,44	5,91	0,83	0,850	0,150	0,095	0,105
Poco MHP	9	2,11	1,36	1,89	0,93	6,44	0,73	0,599	0,153	0,160	0,213

Tabla 79. Reanálisis del efecto EHP en el AMUVAR factorial 2 x 2 aplicado a las variables de autoinforme de ansiedad situacional y de calificación de la propia actuación al intervenir en clase.

L	F	g.l.	p	cc	Centroides	
					EHP sí	EHP no
0,877	2,33	(3, 50)	0,086	0,350	-0,37	0,38

Correlación entre cada variable y la función discriminante

Variables		
C:TMA	C:TM	C:AACO
0,112	-0,668	-0,123

6.2.8.3.3. Variables de autoinforme de los pensamientos tenidos al intervenir en clase.

Las medias y desviaciones típicas de estas variables pueden consultarse en la Tabla 78. El AMUVAR RA x EHP no reveló ningún efecto significativo ($p > 0,129$ en todos los casos).

6.2.8.3.4. Variables observacionales de calificación por compañeros al intervenir en clase.

En la Tabla 80 pueden verse las medias y desviaciones típicas de estas variables. El AMUVAR RA x EHP puso de manifiesto una interacción RA x EHP que alcanzó un grado de significación inferior a 0,15 ($p = 0,116$), de modo que se analizaron los efectos simples (Tabla 81).

Tabla 80. Medias y DT de las variables observacionales de calificación por compañeros al intervenir en clase.

Condición	n	C:CAV		C:CANV		C:CCC		C:CACT		C:CANS	
		Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
RCA	15	4,47	0,61	4,37	0,76	4,80	0,48	7,23	1,27	4,00	1,57
RCA+RA	15	4,70	0,58	4,57	0,70	5,26	0,49	7,33	0,77	4,27	1,53
RCA+EHP	13	4,88	0,56	4,85	0,68	5,12	0,56	7,15	1,01	3,65	1,23
RCA+RA+EHP	11	4,62	0,60	4,61	0,72	4,68	0,78	6,68	0,81	3,86	1,14
Poco MHP	9	5,02	0,55	4,80	0,57	4,93	0,78	7,67	0,79	3,00	1,56

En comparación a los sujetos que tuvieron EHP, los que no lo tuvieron recibieron calificaciones más altas de sus compañeros respecto al contenido de su comentario en clase y respecto a su actuación global, pero esto sólo fue cierto cuando RA estuvo presente. Así pues, el Grupo 2 se mostró superior al 4 ($p = 0'025$, $cc = 0'487$), mientras que no hubo diferencias entre los Grupos 1 y 3.

Tabla 81. Análisis de los efectos simples de EHP y RA en el AMUVAR aplicado a las variables observacionales de calificación por compañeros al intervenir en clase.

	Efectos simples			
	EHP D RA(No)	EHP D RA(Sí)	RA D EHP(No)	RA D EHP(Sí)
L	0,850	0,763	0,867	0,927
F	1,62	2,86	1,42	0,72
g.l.	(5, 46)	(5, 46)	(5, 46)	(5, 46)
p	0,173	0,025	0,236	0,612
cc	--	0,487	--	--
Centroides				
Nivel "Sí"	--	0,69	--	--
Nivel "No"	--	-0,48	--	--
Correlación entre cada variable y la función discriminante				
C:CAV	--	-0,085	--	--
C:ANV	--	0,035	--	--
C:CCC	--	-0,641	--	--
C:CACT	--	-0,418	--	--
C:CANS	--	-0,183	--	--

Nota. D significa "dentro".

6.2.9. ANALISIS ADICIONALES.

Los análisis realizados con los distintos grupos de medidas de autoinforme y observacionales tomadas tanto en el pretest como en el postest o sólo en el postest pusieron de manifiesto varias interacciones entre los factores RA y EHP. En tres grupos de medidas (pensamientos tenidos al hablar ante el auditorio artificialmente formado, calificaciones globales al hablar ante este auditorio y ansiedad situacional al intervenir en clase) la interacción RA x EHP no fue significativa, aunque sí lo fue o tendió a serlo el efecto principal de EHP. Sin embargo, un examen cuidadoso de los datos en estos tres grupos de medidas sugirió que el efecto de EHP pudo depender de los niveles del factor RA. Para comprobar esta hipótesis, analizamos los efectos simples de EHP en cada uno de los tres grupos de variables mencionados.

Por otra parte, los grupos de tratamiento difirieron no sólo en la

intervención aplicada, sino en otros grupos de variables que podrían explicar las diferencias en resultados entre los distintos tratamientos. Estos grupos de variables fueron (a) la motivación y deseo de tratamiento y las expectativas iniciales de mejora, (b) la credibilidad y expectativas de mejora suscitadas por los tratamientos recibidos y (c) las impresiones de los sujetos sobre los terapeutas. Con el fin de comprobar si cada uno de los dos primeros de estos tres grupos de variables estaba correlacionado con los cambios pre-post en cada uno de los 11 grupos teóricos de variables obtenidas en el pretratamiento y postratamiento, calculamos las correspondientes correlaciones canónicas considerando conjuntamente a todos los sujetos que habían recibido tratamiento. Similarmente, se calcularon las correlaciones canónicas entre cada uno de los dos primeros grupos de variables y cada uno de los cuatro grupos teóricos de variables obtenidas en la intervención en clase.

Puesto que las impresiones de los sujetos sobre los terapeutas fueron totalmente anónimas, no fue posible calcular las correlaciones canónicas de este grupo de variables con cada uno de los 15 grupos teóricos de variables mencionados en el párrafo anterior.

6.2.9.1. Análisis de los efectos simples de EHP en las variables de autoinforme de los pensamientos tenidos.

Los resultados de este análisis pueden verse en la Tabla 82. En comparación a los sujetos sin EHP, los sujetos con EHP mostraron una mayor ocurrencia de pensamientos positivos y negativos, sobre todo de estos últimos; ahora bien, esto sólo fue así cuando RA estuvo presente. Así pues, el Grupo 2 se caracterizó por una menor ocurrencia de

pensamientos predominantemente negativos que el Grupo 4 ($p = 0'032$, $cc = 0'457$), mientras que no hubo diferencias entre los Grupos 1 y 2.

Tabla 82. Análisis de los efectos simples de EHP en el AMCOVAR aplicado a las variables de autoinforme de los pensamientos tenidos.

	Efectos simples	
	EHP D RA(No)	EHP D RA(Sí)
L	0,887	0,791
F	1,40	2,90
g.l.	(4, 44)	(4, 44)
p	0,250	0,032
cc	--	0,457
Centroides		
Nivel "Sí"	--	0,45
Nivel "No"	--	-0,98
Correlación entre cada variable y la función discriminante		
RF:FP	--	0,730
RP:FN	--	0,799
LP:PP	--	-0,269
LP:PN	--	0,493

Nota. D significa "dentro".

6.2.9.2. Análisis de los efectos simples de EHP en las variables observacionales de calificación global.

La Tabla 83 presenta los resultados de este análisis. Cuando los sujetos no recibieron RA, el grupo con EHP tendió a recibir calificaciones más altas en los aspectos vocales y no verbales de su actuación que el grupo sin EHP; este efecto no se mantuvo cuando RA estuvo presente. Así pues, el Grupo 3 tendió a ser más eficaz que el 1 ($p = 0'054$, $cc = 0'432$), mientras que no hubo diferencias entre los Grupos 2 y 4.

Tabla 83. Análisis de los efectos simples de EHP en el AMCOVAR aplicado a las variables observacionales de calificación global.

	Efectos simples	
	EHP D RA(No)	EHP D RA(Sí)
L	0,813	0,963
F	2,53	0,42
g.l.	(4, 44)	(4, 44)
p	0,054	0,793
cc	0,432	--
Centroides		
Nivel "Sí"	-0,66	--
Nivel "No"	0,61	--
Correlación entre cada variable y la función discriminante		
CGAV	-0,867	--
CGANV	-0,666	--
J:ACT	-0,307	--
J:ANS	0,047	--

Nota. D significa "dentro".

6.2.9.3. Análisis de los efectos simples de EHP en las variables de autoinforme de ansiedad situacional y de calificación de la propia actuación al intervenir en clase.

Los resultados de este análisis se presentan en la Tabla 84. Cuando los sujetos tuvieron RA, el grupo con EHP tendió a informar más miedo durante el comentario en clase que el grupo sin EHP; este efecto no se dio cuando los sujetos no tuvieron RA. Así pues, el Grupo 2 tendió a indicar menos miedo al intervenir en clase que el Grupo 4 ($p = 0'087$, $cc = 0'356$), mientras que no hubo diferencias entre los Grupos 1 y 3.

6.2.9.4. Correlaciones canónicas.

Ninguna de las correlaciones canónicas entre el grupo de variables motivación y deseo de tratamiento y expectativas iniciales de mejora,

Tabla 84. Análisis de los efectos simples de EHP en el AMUVAR aplicado a las variables de autoinforme de ansiedad situacional y de calificación de la propia actuación al intervenir en clase.

	Efectos simples	
	EHP D RA(No)	EHP D RA(Sí)
L	0,950	0,873
F	0,85	2,33
g.l.	(3, 48)	(3, 48)
p	0,475	0,087
cc	--	0,356
Centroides		
Nivel "Sí"	--	-0,59
Nivel "No"	--	0,48
Correlación entre cada variable y la función discriminante		
C:TMA	--	0,074
C:TM	--	-0,774
C:AACO	--	0,245

Nota. D significa "dentro".

por un lado, y los cambios pre-post en cada uno de los 11 grupos teóricos de variables obtenidas en el pretratamiento y postratamiento, por otro lado, fue significativa ($p > 0,129$ en todos los casos). Tampoco fueron significativas las correlaciones entre el primer grupo de variables y cada uno de los cuatro grupos teóricos de variables obtenidas en la intervención en clase ($p > 0,144$ en todos los casos).

Se calcularon también los coeficientes corregidos de correlación múltiple (R_c) entre las expectativas iniciales de mejora y cada uno de los 15 grupos teóricos de variables. Ninguna de las correlaciones múltiples fue significativa y sólo la correlación múltiple entre las expectativas iniciales de mejora y las variables de autoinforme de los pensamientos tenidos al intervenir en clase tendió a la significación ($R_c = 0'259$, $p = 0'064$).

La credibilidad y expectativas de los sujetos respecto a los tratamientos recibidos se midieron en la primera, sexta y décima sesión

de tratamiento. En la primera sesión no se encontró ningún resultado significativo; el grupo de variables credibilidad/expectativas tendió a correlacionar con el grupo de variables de autoinforme de los pensamientos tenidos al intervenir en clase ($cc = 0'370$, $p = 0'091$) y con los cambios pre-post en el grupo de variables de autoinforme de ansiedad social ($cc = 0'479$, $p = 0'068$).

En la segunda sesión, el grupo de variables credibilidad/expectativas correlacionó significativamente con los cambios pre-post en el grupo de variables de presión sanguínea diastólica ($cc = 0'465$, $p = 0'042$) y casi significativamente con los cambios pre-post en el grupo de variables de presión sanguínea sistólica ($cc = 0'378$, $p = 0'087$) y ansiedad social ($cc = 0'404$, $p = 0'062$). En la tercera sesión, correlacionó significativamente con los cambios pre-post en el grupo de variables de presión sanguínea sistólica ($cc = 0'555$, $p = 0'012$).

En 5 de las 6 correlaciones significativas o casi significativas el sentido fue de que a mejores expectativas iniciales de mejora o credibilidad/expectativas en el tratamiento recibido, mayores fueron las mejoras de los sujetos. En la otra correlación, el sentido se invirtió; en concreto, a mayor credibilidad en el tratamiento durante la sexta sesión, menor reducción en la presión sanguínea diastólica medida en el último momento justo antes de dar la charla.

Es importante tener en cuenta que en las 6 correlaciones significativas o casi significativas obtenidas estuvieron implicados grupos teóricos de variables en los cuales no se habían encontrado diferencias entre los grupos de tratamiento.

6.2.10. SIGNIFICACION CLINICO-SOCIAL.

La comparación entre las medias de las distintas condiciones

experimentales proporciona información sobre la posible eficacia diferencial de estas últimas. Ahora bien, desde un punto de vista clínico- social, resulta mucho más importante determinar el porcentaje de sujetos mejorados en cada condición.

En el análisis de la significación clínica se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

- PRCS = Cuestionario de Confianza para Hablar en Público.
- IAS:D = Ansiedad suscitada por la desaprobación por parte de otros según el Inventario de Ansiedad Social.
- APQ:P = Percepción autonómica según el Cuestionario de Percepción Autonómica.
- SAI = Inventario de Estado de Ansiedad.
- LP:PN = Proporción de pensamientos negativos en el Listado de Pensamientos.
- J:ANS = Calificación por parte de los jueces de la ansiedad manifestada por los sujetos.
- VELOC = Velocidad del habla.
- C:PA = Percepción autonómica al intervenir en clase.
- C:TM = Termómetro de miedo relativo al comentario en clase.
- C:PN = Proporción de pensamientos negativos al intervenir en clase.
- C:CANS = Calificación de la ansiedad manifestada al intervenir en clase.

Para seleccionar estas variables se procedió del siguiente modo:

- a) Variables tomadas en el pretest y postest (PRCS, IAS:D, APQ:P, SAI, LP:PN, J:ANS, VELOC). Se identificaron los grupos teóricos de variables que habían discriminado entre los grupos de poco y mucho

MHP (véase el punto 6.2.5) y se eligió en cada grupo la variable que correlacionó más alto con la función discriminante. En el caso del PRCS, que no había sido sometido inicialmente a un análisis de este tipo, se llevó a cabo un análisis discriminante entre los grupos de poco y mucho MHP con las variables PRCS, S-R, CIHP y CAHP, siendo el PRCS el que más correlacionó con la función discriminante.

- b) Variables tomadas sólo en el postest (C:PA, C:TM, C:PN, C:CANS). Los cuatro grupos teóricos de variables obtenidos al hacer un comentario en clase no pudieron ser sometidos a un análisis discriminante entre los grupos de poco y mucho MHP, ya que los sujetos de mucho MHP que no habían recibido tratamiento no se atrevieron a intervenir en clase. En vista de esto, se seleccionó en cada grupo de variables aquella que guardó un paralelismo con alguna de las elegidas en el apartado "a".

En las variables tomadas en el pretest y postest, un sujeto fue considerado como significativamente mejorado si cumplió los siguientes criterios (Jacobson y cols., 1984): criterio de funcionalidad y criterio de cambio fiable y positivo.

Criterio de funcionalidad (CF). Este criterio se definió del siguiente modo:

$$CF = \frac{M_m \times DT_p + M_p \times DT_m}{DT_p + DT_m}$$

siendo M_m y DT_m la media y desviación típica del grupo de mucho MHP en una variable determinada y M_p y DT_p la media y desviación típica del grupo de poco MHP en dicha variable. M_p y DT_p se calcularon con las puntuaciones postest, ya que se supuso que el grupo de poco MHP podría

mejorar algo al haber pasado anteriormente por la situación de dar una charla ante un auditorio y una cámara de vídeo; de hecho, el grupo de poco MHP redujo significativamente sus puntuaciones en dos de las siete medidas consideradas (APQ:P y LP:PN; $p = 0,033$ y $p = 0,020$ respectivamente).

Un sujeto tuvo que puntuar en una variable en el postest más allá del valor de CF (en la dirección de la funcionalidad). De este modo, fue más probable que perteneciera a la distribución en esa variable de los sujetos con poco MHP que a la distribución de los sujetos con mucho MHP.

Criterio de cambio fiable y positivo. Un cambio en una variable se consideró significativamente fiable ($p \leq 0'05$, prueba unilateral) y positivo si la diferencia entre la puntuación postest y la puntuación pretest de dicha variable igualó o excedió 1,645 veces, en la dirección de la funcionalidad, el error estándar de medición de la variable.

En las variables tomadas sólo en el postest, el criterio de cambio fiable y positivo no tuvo sentido, ya que no se obtuvieron puntuaciones en el pretest. El criterio de funcionalidad tampoco pudo ser definido del modo antes expuesto, ya que en el grupo de mucho MHP no fue posible obtener las medidas sólo postest. En su lugar, un sujeto fue considerado dentro del rango de funcionalidad en una variable si su puntuación postest en dicha variable fue igual o menor que la media más una desviación típica del grupo de poco MHP (Fremouw y Gross, 1983).

En la Tabla 85 se presentan para cada variable el criterio de funcionalidad, el error estándar de medición multiplicado por 1,645 y el porcentaje de sujetos del grupo de poco MHP que cumplieron el criterio de funcionalidad.

Tabla 85. Criterio de funcionalidad (CF), error estándar de medición x 1,645 y porcentaje de sujetos del grupo de poco MHP que cumplieron con CF en las distintas variables consideradas.

VARIABLES	Criterio de funcionalidad ^a	Error estándar de medición x 1,645 ^a	% grupo poco MHP que cumplió CF (n=9)
PRCS	90	7	100,0%
IAS:D	61	13	77,8%
APQ:P	53	23	88,9%
SAI	50	7	100,0%
LP:PN	0,3691	0,1341	88,9%
J:ANS	4,40	1,20	66,7%
VELOC	2,65	0,20	55,6%
C:PA	18	--	88,9%
C:TM	3	--	100,0%
C:PN	0,3733	--	88,9%
C:CANS	4,50	--	77,8%

^a Los valores están redondeados en función de los intervalos entre puntuaciones en cada variable.

La Tabla 86 muestra los porcentajes de sujetos significativamente mejorados en determinadas medidas tomadas en el pretest y postest. Asimismo, en la Tabla 87 aparecen los porcentajes de sujetos incluidos dentro del rango de funcionalidad de ciertas medidas obtenidas al hacer un comentario en clase.

Tabla 86. Porcentajes de sujetos significativamente mejorados en determinadas medidas tomadas en el pretest y postest.

Condición	n	PRCS	IAS:D	APQ:P	SAI	LP:PN	J:ANS	VELOC
RCA	15	20,0%	26,7%	46,7%	73,3%	86,7%	33,3%	60,0%
RCA+RA	15	73,3%	40,0%	53,3%	66,7%	93,3%	26,7%	40,0%
RCA+EHP	14	50,0%	14,3%	50,0%	78,6%	85,7%	42,9%	57,1%
RCA+RA+EHP	11	54,5%	27,3%	36,4%	72,7%	72,7%	27,3%	18,2%
LE	10	0,0%	10,0%	20,0%	30,0%	40,0%	10,0%	20,0%

Un examen de las Tablas 86 y 87 pone de manifiesto varios aspectos destacables. En primer lugar, los porcentajes de sujetos mejorados en los grupos de tratamiento (incluyendo también, por comodidad de expresión, los sujetos dentro del rango de funcionalidad) variaron

Tabla 87. Porcentajes de sujetos incluidos dentro del rango de funcionalidad de ciertas medidas obtenidas al hacer un comentario en clase.

Condición	n	C:PA	C:TM	C:PN	C:CANS
RCA	15	33,3%	46,7%	73,3%	53,3%
RCA+RA	15	26,7%	60,0%	86,7%	53,3%
RCA+EHP	13	15,4%	30,8%	76,9%	84,6%
RCA+RA+EHP	11	18,2%	27,3%	100,0%	81,8%
LE ^a	10	--	--	--	--

^a Sólo un sujeto del grupo LE se atrevió a hacer el comentario en clase.

apreciablemente según las medidas consideradas. Los porcentajes fueron altos o muy altos en el miedo experimentado al dar una charla ante un auditorio artificial + cámara de vídeo y en las dos medidas de pensamientos negativos (LP:PN y C:PN). En el resto de las variables, los porcentajes de sujetos mejorados fueron moderados o bajos.

Un segundo aspecto es que los porcentajes de sujetos mejorados fueron en general más elevados en los grupos de tratamiento que en el de lista de espera, aunque en algunas medidas (IAS:D, APQ:P, J:ANS, VELOC) la diferencia entre este último grupo y algún(os) grupo(s) de tratamiento fue pequeña o prácticamente inexistente. En las medidas obtenidas en clase, todos los grupos de mostraron superiores al LE en atreverse a hacer el comentario en público.

Un tercer y último aspecto es que en algunas medidas (PRCS, VELOC, C:TM, C:ANS), los porcentajes de sujetos mejorados cambiaron notablemente en función del grupo de tratamiento.

Con el fin de comparar cada tratamiento con LE en cuanto al porcentaje de sujetos mejorados en las distintas medidas tomadas en el pretest y postest, se construyeron tablas 2 x 2. En estas tablas, una variable fue el par de condiciones comparadas (uno de los tratamientos y LE) y la otra variable fue la existencia o no de mejora.

Similarmente, para comprobar los posibles efectos de los factores

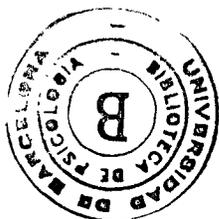
RA y EHP en cuanto al porcentaje de sujetos mejorados en cada una de las medidas consideradas, se elaboraron tablas 2 x 2. En estas tablas, una variable fue la existencia de mejora y la otra fue RA en unos casos y EHP en otros. Los dos niveles de cada una de estas tres variables fueron SI y NO. Además, las relaciones entre existencia de mejora y RA fueron analizadas para cada uno de los niveles de EHP y las relaciones entre existencia de mejora y EHP fueron analizadas para cada uno de los niveles de RA.

Cada una de las tablas 2 x 2 fue analizada mediante la prueba de la probabilidad exacta de Fisher. En comparación con el grupo LE se encontró que:

- a) El porcentaje de sujetos mejorados en el PRCS fue mayor en los Grupos 2 ($p = 0,001$), 3 ($p = 0,019$) y 4 ($p = 0,012$).
- b) El porcentaje de sujetos mejorados en el SAI fue mayor en los Grupos 1 ($p = 0,049$) y 3 ($p = 0,035$) y casi mayor en el Grupo 4 ($p = 0,086$).
- c) El porcentaje de sujetos mejorados en el LP:PN fue superior en los Grupos 1 ($p = 0,028$), 2 ($p = 0,007$) y 3 ($p = 0,032$).
- d) El porcentaje de sujetos mejorados en velocidad del habla tendió a ser mayor en los Grupos 1 ($p = 0,099$) y 3 ($p = 0,104$).
- e) Ningún grupo de tratamiento se caracterizó por un mayor porcentaje de sujetos mejorados en las variables IAS:D, APQ:P y J:ANS ($p > 0,110$ en todos los casos).

En cuanto a los efectos de los factores RA y EHP, los resultados fueron los siguientes:

- a) En el PRCS, el porcentaje de sujetos mejorados fue mayor en el grupo con RA que en el grupo sin RA, pero sólo cuando EHP no



- estuvo presente. Así pues, el Grupo 2 se mostró superior al 1 ($p = 0,009$), mientras que no hubo diferencias entre los Grupos 4 y 3.
- b) En la velocidad del habla, el porcentaje de sujetos mejorados tendió a ser superior en el grupo sin RA que en el grupo con RA, pero esto sólo fue así cuando EHP estuvo presente. Así pues, el Grupo 3 tendió a ser mejor que el 4 ($p = 0,099$), mientras que no hubo diferencias entre los Grupos 1 y 2.
- c) En el miedo experimentado al hacer el comentario en clase, el porcentaje de sujetos dentro del rango de funcionalidad tendió a ser mayor en los grupos sin EHP (Grupos 1 y 2) que en los grupos con EHP (Grupos 3 y 4) ($p = 0,100$).
- d) En la calificación por compañeros de la ansiedad manifestada al intervenir en clase, el porcentaje de sujetos dentro del rango de funcionalidad fue superior en los grupos con EHP (3 y 4) que en los grupos sin EHP (1 y 2) ($p = 0,024$).
- e) En las variables IAS:D, APQ:P, SAI, LP:PN, J:ANS, C:PA y C:PN no se encontraron resultados significativos ($p > 0,113$ en todos los casos).

Hasta aquí, hemos examinado el porcentaje de sujetos mejorados en cada una de las medidas consideradas individualmente. Sin embargo, muchos terapeutas juzgarían más interesante conocer el porcentaje de sujetos globalmente mejorados en cada condición de tratamiento, y para ello, es necesario tener en cuenta varias medidas simultáneamente.

En concreto, se seleccionaron las cuatro medidas situacionales obtenidas al intervenir los sujetos en clase (C:PA, C:TM, C:PN y C:CANS) y las cuatro medidas situacionales relativas a la charla de los sujetos ante el auditorio artificial + cámara de vídeo que guardaron un paralelismo con las anteriores (APQ:P, SAI, LP:PN y J:ANS).

Un sujeto fue considerado como globalmente mejorado -lo cual, naturalmente, no significa que el problema del MHP hubiera sido superado por completo- si cumplió los siguientes criterios:

- a) Mejorar significativamente en la calificación de ansiedad manifestada hecha por los jueces (J:ANS) y/o estar dentro del rango de funcionalidad en la calificación por compañeros de ansiedad manifestada al intervenir en clase (C:CANS).
- b) Mejorar significativamente (en las variables tomadas en el pretest y postest) o estar dentro del rango de funcionalidad (en las variables obtenidas al intervenir en clase) en al menos tres de las seis siguientes medidas de autoinforme: APQ:P, SAI, LP:PN, C:PA, C:TM y C:PN.
- c) En caso de mejorar significativamente o estar dentro del rango de funcionalidad en sólo tres de las seis medidas del apartado "b", estas tres medidas no podían ser únicamente las tres medidas obtenidas en la situación de auditorio artificial + cámara de vídeo o las tres medidas obtenidas al hacer el comentario en clase.

En definitiva, un sujeto fue considerado como globalmente mejorado si cumplió unos criterios de mejora y/o funcionalidad tanto en medidas de autoinforme como observacionales, y tanto en una situación de auditorio artificial como en una situación de auditorio natural (la propia clase del sujeto).

Nueve de los 10 sujetos del grupo de lista de espera no se atrevieron a hacer el comentario en clase. A efectos de calcular el porcentaje de sujetos globalmente mejorados, se consideró que estos 9 sujetos estaban fuera del rango de funcionalidad en las variables obtenidas al intervenir en clase.

La Tabla 88 presenta el porcentaje de sujetos globalmente mejorados en cada condición experimental. Un poco más del 50% de los sujetos mejoraron en cada grupo de tratamiento, mientras que este porcentaje se redujo al 10% en el caso del grupo LE.

Para analizar los datos, se construyeron los mismos tipos de tablas 2 x 2 explicados páginas atrás. La prueba de la probabilidad exacta de Fisher no puso de manifiesto ningún resultado significativo en que estuvieran implicados los factores RA y EHP ($p > 0,598$ en todos los casos). Por otra parte, en comparación con el grupo LE, el porcentaje de sujetos globalmente mejorados fue mayor en los Grupos 1 ($p = 0,018$), 2 ($p = 0,040$) y 4 ($p = 0,024$) y tendió a ser superior en el Grupo 3 ($p = 0,074$).

Tabla 88. Porcentajes de sujetos globalmente mejorados en cada condición experimental.

RCA ^a	RCA + RA ^a	RCA+EHP ^b	RCA+RA+EHP ^c	LE ^d
60,0%	53,3%	53,8%	63,6%	10,0%

^a n = 15. ^b n = 13. ^c n = 11. ^d n = 10.

El 88,9% de los sujetos del grupo de poco MHP estuvieron dentro del rango de funcionalidad global; esto es, cumplieron los criterios "a", "b" y "c" hace poco expuestos, pero no en cuanto a mejorar significativamente en ciertas variables, sino en cuanto a estar dentro del rango de funcionalidad de esas variables.

6.3. DISCUSION.

En esta discusión se considerarán básicamente tres puntos: las diferencias entre los grupos de poco y mucho MHP, las diferencias entre cada grupo de tratamiento y el grupo LE, y los resultados derivados del análisis de componentes llevado a cabo. Finalmente, se sugerirán algunas mejoras, no comentadas en los puntos anteriores, que podrían introducirse en los tratamientos y evaluación utilizados.

6.3.1. DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS DE POCO Y MUCHO MHP.

Al igual que en el estudio piloto, los grupos de poco y mucho MHP se diferenciaron significativamente en todos los grupos de medidas de autoinforme. En concreto, el grupo de mucho MHP se caracterizó por (a) unas menores expectativas de autoeficacia para hablar en público, una consideración del MHP como más molesto y una mayor evitación estimada de hablar en público, (b) una mayor ansiedad social, (c) una percepción autonómica más acusada y una interpretación de esta más como perturbadora que como facilitadora, (d) un mayor MHP experimentado, tanto antes como durante la charla, y (e) una mayor ocurrencia de pensamientos negativos. Todos estos resultados concuerdan con los obtenidos en otros estudios que ya se mencionaron al comienzo del punto 5.3.

La similitud de resultados en las medidas de autoinforme entre el estudio piloto y la investigación principal es digna de destacar ya que hubo varias diferencias notables entre ambos trabajos. Así, en la investigación principal:

- a) Todos los sujetos fueron voluntarios y no recibieron un pago por su colaboración (salvo los del grupo de poco MHP, los cuales sólo supieron que iban a recibir créditos académicos después de que

acordaron participar).

- b) Los criterios de selección de los sujetos con mucho MHP fueron más laxos que en el estudio piloto, mientras que los de los sujetos con poco MHP fueron algo más estrictos.
- c) Los sujetos participantes fueron de segundo en vez de quinto curso de Psicología.
- d) Cambiaron ciertos aspectos importantes relativos a las charlas de los sujetos. Estos tuvieron mucho más tiempo para preparar la charla y además la reacción del auditorio no fue neutral sino de interés.

A pesar de los resultados similares en las medidas de autoinforme, el porcentaje de varianza en cada función discriminante que pudo ser explicado por las diferencias entre los grupos de poco y mucho MHP fue menor en la investigación principal que en el estudio piloto. Esto se debió probablemente al hecho de haber empleado criterios más laxos en la selección del grupo de mucho MHP.

A diferencia del estudio piloto, en la investigación principal los grupos de poco y mucho MHP difirieron significativamente en variables observacionales. Concretamente, el grupo de mucho MHP se distinguió por recibir calificaciones de una mayor ansiedad y de una peor actuación al hablar en público y por mostrar una menor fluidez, lo cual se reflejó en un habla más lenta y en unos silencios más largos. Estos resultados concuerdan plenamente con los hallazgos realizados por otros autores (Fremouw y Harmatz, 1975; Geer, 1966; Gilkinson, 1942; Glogower y cols., 1978; Slivken y Buss, 1984).

En el estudio piloto se expuso la hipótesis de que la ausencia de diferencias a nivel observacional que allí se constató entre los grupos de poco y mucho MHP pudo ser debida a la forma en que se captó a los

sujetos. Sin embargo, el hecho de haber encontrado tales diferencias en la investigación principal no permite corroborar dicha hipótesis. En efecto, como se ha dicho antes, aparte de la forma de captación de los sujetos, hubo otros aspectos notables que variaron entre el estudio piloto y la investigación principal y que podrían explicar los resultados obtenidos en las variables observacionales.

Es interesante hacer notar que en las variables observacionales de aspectos vocales (VELOC, DUMESI, RAAH, RANOAH) las perturbaciones del habla tipo "ah" y tipo "no ah" contribuyeron poco o nada a la función discriminante. Esto concuerda con otros estudios que no han hallado diferencias en dichas perturbaciones del habla entre grupos de poco y mucho MHP (Fremouw y Harmatz, 1975; Geer, 1966; Meichenbaum y cols., 1971; Paivio, 1963).

Los resultados obtenidos por Cook (1969), Kasl y Mahl (1965) y Siegman y Pope (1965) indican que las perturbaciones del habla tipo "ah" no están relacionadas con la ansiedad, mientras que las perturbaciones tipo "no ah" sí lo están, al menos con la ansiedad suscitada al hablar de ciertos temas durante una entrevista. De todos modos, según los resultados obtenidos en el campo del hablar en público, es posible que las perturbaciones del habla estén relacionadas no tanto con el MHP, sino con la experiencia y habilidad para hablar en público (Miller y Hewgill, 1964; Sereno y Hawkins, 1967). También podría interpretarse en este sentido la reducción en perturbaciones del habla conseguida con un curso de hablar en público (Baker, 1964) o con un entrenamiento en hablar en público (Gil, 1981) u ocurrida tras una práctica repetida de hablar en público (Hamilton y Bornstein, 1977).

Pasando ahora a las variables observacionales de aspectos no verbales (PRTIMI, PRTIGM, PRTIGA, BCLPI), el análisis multivariante no puso de manifiesto un efecto significativo del nivel de MHP. Sin

embargo, al analizar a nivel univariante variable por variable se descubrió que el grupo de mucho MHP tendió a manifestar más ansiedad según la BCL que el grupo de poco MHP ($p = 0,066$). Este resultado está en consonancia con los estudios que han encontrado diferencias en la BCL entre grupos de poco (o moderado) y mucho MHP (Blom, 1975; Fremouw y Harmatz, 1975; Meichenbaum y cols., 1971), aunque otros trabajos no han hallado tales diferencias (Lamb, 1978; McKinney y cols., 1983; Singerman y cols., 1976).

Conviene destacar que la proporción de tiempo de gestos manuales y sobre todo la proporción de tiempo de mirada fueron en el grupo de poco MHP mucho más bajas que lo que hubiera sido de esperar. Por ejemplo, el 7,7% del tiempo que los sujetos con poco MHP miraron al auditorio contrasta acusadamente con el 40% del tiempo que una persona mira a otra cuando le habla (Argyle, 1975; Heslin y Patterson, 1982). También contrasta con el 57,7% y 42,9% del tiempo que los sujetos de los grupos que habían recibido EHP en el estudio de Gil (1981) miraron al público en el postratamiento y seguimiento respectivamente. Incluso en el pretratamiento, estos sujetos miraron al auditorio el 21,9% del tiempo.

Una posible explicación del poco tiempo que los sujetos con poco MHP miraron al público podría ser que los dos observadores que registraron el tiempo de mirada no cumplieron bien su cometido. Ahora bien, los cinco calificadores de los aspectos no verbales (mirada, gestos manuales, gestos faciales, apariencia, postura, gestos automanipulativos) también dieron calificaciones bajas en mirada ($M = 2'58$, $DT = 0'53$ en una escala de 1 a 6).

Otras dos explicaciones serían las siguientes: (a) El encuadre de los sujetos con la cámara desde la cabeza a las rodillas pudo ser demasiado amplio para permitir registrar y calificar la mirada con precisión; de aquí que algunos autores hayan utilizado dos cámaras, una

para el cuerpo entero y otra para el busto (Lamb, 1978; Marshall y cols., 1976). (b) La presencia de la cámara pudo inhibir la mirada de los sujetos. Sin embargo, Gil (1981) utilizó una cámara y un encuadre amplio y obtuvo en sujetos con mucho MHP porcentajes de mirada superiores a los de esta investigación, tanto en el pretratamiento como en el postratamiento.

Es posible que la diferencia en proporción de tiempo de mirada respecto al estudio de Gil (1981) pueda ser explicada en función de los temas sobre los que tuvieron que hablar los sujetos. En el caso de Gil, los temas hicieron referencia a experiencias personales de los sujetos y fueron relativamente fáciles, mientras que en nuestro caso los temas fueron generales y probablemente más difíciles. Según se sabe, se mira menos a las otras personas cuando el tema de que se habla es más complejo y difícil, ya que así se evitan distracciones y uno puede organizar mejor sus ideas (Argyle, 1972/1981b; Argyle y Dean, 1965).

No se encontraron diferencias en las variables fisiológicas de presión sanguínea sistólica y diastólica y de tasa cardíaca entre los grupos de poco y mucho MHP. Similarmente, otros estudios tampoco han hallado que grupos de poco y mucho MHP o grupos de poca y mucha ansiedad social difirieran en tasa cardíaca (Beidel y cols., 1985; Blankstein y Toner, 1980; Gatchel, McKinney y Paulus, 1979; Knight y Borden, 1979; Lamb, 1973; McKinney y cols., 1983), velocidad del pulso (Craighead y Craighead, 1981), presión sanguínea diastólica (Beidel y cols., 1985) y nivel de conductividad de la piel (Craighead y Craighead, 1981; Knight y Borden, 1979; McKinney y cols., 1983) al hablar o leer en público.

Teniendo en cuenta todos estos trabajos y los estudios que ponen de manifiesto la activación fisiológica que se produce en personas no seleccionadas por su MHP cuando hablan en público (Dickens y Parker,

1951; Dimsdale y Moss, 1980; Taggart y cols., 1973) uno podría concluir que los sujetos con mucho MHP no se diferencian a nivel fisiológico de los sujetos con poco MHP y que todas las personas se activan fisiológicamente al intervenir en público. Lo que ocurriría entonces es que los sujetos con mucho MHP serían más conscientes o estarían más pendientes de su activación autonómica y la interpretarían más como molesta que como facilitadora. Esta conclusión estaría en la línea de las afirmaciones hechas por otros autores en el área del miedo a los exámenes (Deffenbacher y Hazaleus, 1985; Holroyd y Appel, 1980; Holroyd, Westbrook, Wolf y Badhorn, 1978; Hollandsworth y cols., 1979).

Sin embargo, no hay que olvidar que unos pocos estudios han encontrado diferencias en presión sanguínea sistólica (Beidel y cols., 1985), tasa cardíaca (Carlile, 1977; Singerman y cols., 1976), nivel de conductividad de la piel (Giesen y McGlynn, 1977), pulso del volumen sanguíneo digital (Knight y Borden, 1979) e índice de sudoración digital (Karst y Most, 1973) entre grupos de poco y mucho MHP o entre grupos de poca y mucha ansiedad social a la hora de hablar o leer en público o de imaginar que se habla en público.

Es posible que existan diferencias en las respuestas fisiológicas entre los sujetos con poco y mucho MHP y que estas diferencias puedan ser detectadas si:

- a) se emplean medidas fisiológicas más sensitivas (p.ej., variabilidad en vez de media de la tasa cardíaca) (Haynes y Wilson, 1979) o se llevan a cabo análisis más finos y detallados de los datos fisiológicos (Vila, 1986);
- b) se investigan otras reacciones psicofisiológicas no consideradas hasta el momento, tales como la respiración y la respuesta electromiográfica;

- c) se tiene cuidado en emplear en cada situación las transformaciones matemáticas más convenientes de los datos. Giesen y McGlynn (1977) han mostrado que los resultados pueden variar según el tipo de transformación que se utilice (diferencias simples o estandarizadas respecto al nivel de línea base, porcentaje de cambio respecto al nivel de línea base, diferencias respecto al nivel de línea base ajustadas para este nivel);
- d) se solucionan los problemas de baja fiabilidad de ciertas medidas fisiológicas (Arena, Blanchard, Andrasik, Cotch y Myers, 1983); recuérdese que en esta investigación tuvimos que prescindir de analizar la tasa cardíaca momento a momento debido a la baja fiabilidad test-retest;
- e) se tiene en cuenta la especificidad individual de respuesta, esto es, el hecho de que los sujetos varían en la forma en que se expresa su activación fisiológica; así, una persona puede presentar una presión sanguínea elevada, mientras que otra puede manifestar predominantemente un incremento en la tensión muscular facial en respuesta a la misma situación. De aquí la necesidad de considerar en el registro varios sistemas fisiológicos (Carrobles, 1981; Kallman y Feuerstein, 1977; Lacey, Bateman y Van Lehn, 1953; Stern, Ray y Davis, 1980).

En cuanto a las comparaciones entre determinadas variables dentro de los grupos de poco y mucho MHP, los sujetos con mucho MHP (a) informaron experimentar más miedo del que fueron capaces de percibir los jueces, (b) subestimaron su actuación en comparación a los juicios de los calificadores, (c) tuvieron en el LP una mayor proporción de pensamientos negativos que positivos y (d) interpretaron sus reacciones somáticas más como molestas que como facilitadoras. Las diferencias

mencionadas en "a", "b" y "c" no se dieron en el grupo de poco MHP, mientras que la diferencia expresada en "d" se invirtió en este último grupo.

Los resultados expuestos en el párrafo anterior concuerdan en general con los obtenidos en el estudio piloto, aunque los sujetos con poco MHP ya no subestimaron su actuación, ya no tuvieron mayor proporción de pensamientos negativos que positivos en LP y juzgaron sus reacciones somáticas más como facilitadoras que como molestas, cosa que no había ocurrido en el estudio piloto. Estos mejores resultados en el grupo de poco MHP fueron debidos probablemente a que se utilizaron criterios más estrictos en su selección.

Al igual que sucedió en el estudio piloto, los resultados acerca de la predominancia o no de los pensamientos negativos sobre los positivos o de estos sobre los negativos variaron según se considerara el Listado de Pensamientos o el Cuestionario de Reconocimiento de Pensamientos. Así, los sujetos con mucho MHP tuvieron una mayor ocurrencia de pensamientos negativos que positivos en el LP, pero no en el RP; así mismo, los sujetos con poco MHP informaron una mayor ocurrencia de pensamientos positivos que negativos en el FP, pero no en el LP. Las razones de estas discrepancias fueron ya expuestas en la discusión del estudio piloto. Probablemente, el LP sea una medida más adecuada que el RP, ya que puede que no sea tan reactivo y facilita el que los sujetos reflejen con más precisión lo que estuvieron pensando. Además, en el análisis de las variables de pensamientos (RP:FP, RP:FN, LP:PP, LP:PN), la sección de pensamientos positivos del RP no contribuyó prácticamente nada a la función discriminante.

6.3.2. DIFERENCIAS ENTRE CADA GRUPO DE TRATAMIENTO Y EL GRUPO LE.

Según las medidas de autoinforme, cada grupo de tratamiento se mostró superior al grupo de lista de espera en reducir el MHP estimado por los sujetos cuando se encontraban alejados de la situación de hablar en público y también en reducir la percepción autonómica (salvo el Grupo 4), el MHP experimentado y los pensamientos negativos tenidos al hablar ante el auditorio artificialmente formado + cámara de vídeo; además, la disminución de pensamientos negativos se vio acompañada por un aumento de los pensamientos positivos. Todos estos resultados están en consonancia con la literatura sobre reducción del MHP, ya que en esta ha sido práctica común encontrar mejoras en las medidas de autoinforme.

En las medidas observacionales, los resultados no fueron tan ampliamente satisfactorios. Por una parte, todos los tratamientos, excepto el 2, fueron más eficaces que LE en reducir las manifestaciones externas de ansiedad objetivamente registradas; no queda claro por qué el Grupo 2, que tuvo reestructuración cognitiva y práctica graduada en vivo como el Grupo 1 y además relajación aplicada, no fue superior al Grupo LE en disminuir la ansiedad manifestada. Por otra parte, en el resto de las variables observacionales sólo el Grupo 3 fue más eficaz que LE, lo cual se tradujo en una mejora de la fluidez al hablar y de las calificaciones en los aspectos vocales y no verbales de la charla. Si atribuimos esto al EMP, entonces hay que explicar por qué el Grupo 4 no consiguió estos mismos efectos; esta cuestión se discutirá más adelante.

Hay otros dos resultados en las medidas observacionales que merece la pena comentar. En primer lugar, los grupos de tratamiento no se diferenciaron del de LE en las calificaciones globales de ansiedad y

actuación hechas por los jueces. Esto sugiere que las mejoras conseguidas por los Grupos 1, 3 y 4 en ansiedad manifestada y por el Grupo 3 en fluidez de habla y aspectos vocales y no verbales de la charla no fueron lo suficientemente acusadas como para conseguir una repercusión social diferencial respecto al Grupo LE, repercusión social que vino medida por las calificaciones globales de un grupo de jueces.

En segundo lugar, la proporción de tiempo de mirada al público en el postest fue extraordinariamente baja en todos los grupos ($M = 0,032$), incluso en aquellos que habían recibido entrenamiento en dicho aspecto. También la calificación de mirada hecha por los jueces fue baja ($M = 2,39$ en una escala de 1 a 6). Como ya se comentó antes, el encuadre de los sujetos con la cámara desde la cabeza a las rodillas pudo ser demasiado amplio para permitir registrar y calificar la mirada con precisión, aunque Gil (1981) no encontró este problema. Ahora bien, en nuestro caso los temas de las charlas fueron probablemente más difíciles que en el estudio de Gil, lo cual pudo dar lugar a una reducción en la mirada por parte de los sujetos.

A pesar de lo anterior, uno hubiera esperado una proporción más alta de tiempo de mirada después del tratamiento, sobre todo en los grupos que recibieron EHP. Un posible factor explicativo, que pudo actuar junto con los anteriores, es que un número apreciable de sujetos, igualmente repartidos entre los distintos grupos, no preparó bien los tres temas de la charla postest; bajo estas condiciones, no es de extrañar que los sujetos miraran poco al auditorio para poder concentrarse mejor en el desarrollo del tema. El hecho de no preparar bien los temas vino motivado en gran parte porque en la época del postest (primera semana de marzo) los sujetos tuvieron todavía exámenes parciales.

Ningún grupo de tratamiento, ni siquiera los que recibieron RA, se

mostró superior al grupo LE en reducir ciertas respuestas fisiológicas como la presión sanguínea sistólica y diastólica y la tasa cardíaca. Es posible que el entrenamiento en relajación hubiera sido más eficaz a este respecto si se le hubiera combinado con sesiones de entrenamiento en vivo por parte de los terapeutas. Varios estudios han mostrado que las instrucciones de relajación en vivo son más eficaces que las instrucciones mediante cinta en cuanto a los cambios fisiológicos logrados (Beiman, Israel y Johnson, 1978; Borkovec, Grayson y Cooper, 1978; Godsey, 1980; Quayle, 1980). Otros trabajos revisados por Borkovec y Sides (1979b), Hillenberg y Collins (1982) y Lehrer (1982) conducen también a las mismas conclusiones que los anteriores.

Como ha señalado Lehrer (1982), quizá el entrenamiento en vivo es más eficaz porque permite al terapeuta darse cuenta más fácilmente de las dificultades del sujeto y actuar en el momento que ocurren ayudando al sujeto o introduciendo los cambios pertinentes en el procedimiento. Por último, conviene tener en cuenta que si bien en ciertos casos reducir la activación fisiológica exagerada puede ser un objetivo importante, en otros puede resultar más conveniente ayudar a los sujetos a prestar menos atención a su activación fisiológica y/o a reinterpretar esta como energizadora en vez de perturbadora (Hollandsworth y cols., 1979). Esto nos conduce al tema de las diferencias individuales, el cual será comentado más adelante.

Si se consideran al mismo tiempo los resultados obtenidos en las medidas de autoinforme, observacionales y fisiológicas, es fácil constatar que existe una falta de concordancia o bien una concordancia sólo parcial entre los diferentes tipos de medida. Este es un hecho común, tanto en el área del MHP (Clevenger, 1959b; Gatchel, Hatch, Maynard, Turns y Taunton-Blackwood, 1979; Lang y cols., 1983; McKinney y cols., 1983) como en otras áreas (Carney, 1985; Haynes y Wilson,

1979; Lang, 1977). Y si bien existen varios factores que podrían aumentar la concordancia entre los diferentes tipos de medidas (Bellack y Hersen, 1977; Cone y Hawkins, 1977; Fernández Ballesteros, 1981), no hay que olvidar que una elevada concordancia sólo es de esperar teóricamente si la conducta se considera en términos de rasgo (Kazdin, 1980; Llavona, 1984).

Todos los sujetos que recibieron tratamiento, excepto uno que había dejado de asistir a la Facultad por abandono de los estudios, hicieron una breve intervención pública en clase como parte de la evaluación posttest, mientras que sólo 1 de los 10 sujetos del grupo LE se atrevió a hacer lo mismo. Así pues, la superioridad de los grupos de tratamiento sobre el grupo LE no se circunscribió solamente a la situación de hablar ante un auditorio artificialmente creado + cámara de vídeo, sino que se extendió también a una situación del medio natural de los sujetos.

Ahora bien, lo anterior no es muy extraño, ya que como actividades entre sesiones se había pedido a los sujetos en todos los grupos de tratamiento que hicieran algunas preguntas y comentarios en clase. En este sentido, una forma mejor de evaluar la generalización al medio natural hubiera sido, por ejemplo, pedir a los sujetos que expusieran un trabajo o dieran una charla en clase. Sin embargo, esto se consideró poco factible ya que, dado el elevado número de sujetos, hubiera supuesto una alteración importante, e inoportuna para un número indeterminado de profesores, en la forma magistral de dar las clases.

En contraste con los resultados logrados en las dos situaciones de hablar en público, ninguno de los cuatro tratamientos fue más eficaz que LE en reducir la ansiedad autoinformada relativa a diversas situaciones sociales distintas de hablar en público. Estas situaciones hicieron referencia a la desaprobación o crítica por parte de otros, al

enfrentamiento con otros y expresión de la ira, al contacto heterosexual y a la pérdida interpersonal.

Fremouw y Zitter (1978) han sugerido que las técnicas cognitivas, como por ejemplo la aplicada en esta investigación, pueden dar lugar a mayores efectos de generalización al enseñar estrategias cognitivas que son aplicables a situaciones distintas de las utilizadas en el tratamiento. Sin embargo, Rachman y Wilson (1980) en su revisión de la literatura sobre la terapia de conducta cognitiva concluyeron que no está nada claro que las técnicas cognitivas favorezcan la generalización.

En línea con la revisión de Rachman y Wilson, sólo en unos pocos estudios de aquellos en los que se han utilizado técnicas cognitivas (p.ej., entrenamiento autoinstruccional, reestructuración racional sistemática, terapia racional-emotiva) en el área del MHP se ha logrado una reducción de la ansiedad social autoinformada en comparación al no tratamiento (Meichenbaum y cols., 1971; Norman, 1975; Straatmeyer y Watkins, 1974; Weissberg y Lamb, 1977), mientras que en un gran número de estudios no se ha conseguido evidencia a favor de dicha generalización (Casas, 1976; Fedoravicius, 1972; Fremouw y Zitter, 1978; Germer, 1975; Gil, 1981; Glogower y cols., 1978; Gross y Fremouw, 1982; Jarmon, 1973; Karst y Trexler, 1970; Lent y cols., 1981; Worthington y cols., 1984).

Al igual que con las técnicas cognitivas, también podría pensarse que se conseguirían mayores efectos de generalización si la relajación se enfocara no como una técnica que reduce automáticamente la ansiedad en una situación dada, sino como una estrategia de enfrentamiento que puede emplearse para combatir la ansiedad en una diversidad de situaciones. Sin embargo, de aquellos estudios que han empleado la relajación de enfrentamiento, ya sea aplicada en situaciones de hablar en

público imaginadas (desensibilización de autocontrol) o en vivo ya sea sin aplicar, sólo Deffenbacher y Payne (1977) han informado de una reducción en la ansiedad social autoinformada en comparación al no tratamiento; otros autores no han logrado encontrar este efecto de generalización (Casas, 1976; Fremouw y Zitter, 1978; Lent y cols., 1981; Norman, 1975; Osberg, 1981; Worthington y cols., 1984).

En realidad, para conseguir una generalización de situaciones de hablar en público a otras situaciones sociales, no basta, como se hizo en esta investigación, con enseñar a los sujetos unas estrategias de enfrentamiento (cognitivas y/o de relajación) y decirles que pueden utilizarlas en aquellas situaciones de su vida cotidiana que les resulten perturbadoras. Como han señalado Stokes y Baer (1977), la generalización hay que programarla y para esto pueden utilizarse, además de lo anterior, otros medios tales como (a) entrenar a los sujetos en una diversidad de situaciones sociales que vayan variando en ciertos aspectos y que sean lo más realistas posibles, (b) hacer que los sujetos practiquen gradualmente en distintas situaciones sociales de su medio natural y discutir estas prácticas, (c) buscar la colaboración de personas en el medio de los sujetos que les alienten y refuerzan, y (d) emplear estrategias de autocontrol, como el autorregistro y el autorreforzamiento (Eisler y Frederiksen, 1980; Scott, Himadi y Keane, 1983).

Como punto final de las comparaciones entre los tratamientos y LE, consideraremos la significación clínica de los resultados obtenidos. El porcentaje de sujetos globalmente mejorados -esto es, el porcentaje de sujetos que cumplieron ciertos criterios de mejora y/o funcionalidad tanto en medidas de autoinforme como observacionales, y tanto en una situación de auditorio artificial como en una situación de auditorio natural- fue mucho mayor en cada grupo de tratamiento que en el grupo

LE.

En contraste con un 10% (un sujeto) de sujetos globalmente mejorados en el grupo LE, de un 53,3% a un 63,6% mejoraron globalmente en los grupos de tratamiento. Estos últimos porcentajes son alentadores si se tiene en cuenta que los tratamientos fueron de duración limitada (17-20 horas) y que los criterios para definir la mejora no fueron precisamente laxos. No obstante, dichos porcentajes indican también que un poco menos de la mitad de los sujetos no han mejorado suficientemente y que, por lo tanto, necesitan un tratamiento bastante más largo y/o bien un tratamiento modificado. Naturalmente, también los sujetos globalmente mejorados pueden requerir un tratamiento más largo y/o un tratamiento modificado para terminar de superar el problema del MHP.

Puesto que en el momento actual no hay datos de seguimiento, no es posible saber si los porcentajes de sujetos globalmente mejorados se mantendrán o no. De hecho, estos porcentajes podrían incluso aumentar, ya que los sujetos pueden necesitar un tiempo para aplicar y perfeccionar en su medio natural las estrategias aprendidas. A este respecto, varios estudios han obtenido mejores resultados en el seguimiento que en el postratamiento (Goldfried y Trier, 1974; Jaremko y Walker, 1980; Lent y cols., 1981; Mylar y Clement, 1972; Schuler y cols., 1982). Naturalmente, los porcentajes de sujetos globalmente mejorados disminuirían si los sujetos dejaran de practicar en situaciones de hablar en público una vez terminado el tratamiento.

Los porcentajes de sujetos globalmente mejorados en los distintos tratamientos enmascaran el hecho de que los porcentajes de sujetos mejorados variaron ampliamente según la medida individual considerada. Así, por ejemplo, al dar la charla ante el auditorio artificial + cámara de vídeo, los porcentajes de sujetos mejorados fueron altos o muy altos (66,7% a 93,3%) en las medidas de autoinforme de miedo

experimentado durante la charla y pensamientos negativos tenidos; en cambio, los porcentajes fueron bajos o moderados (18,2% a 60,0%) en las medidas observacionales de calificación de la ansiedad manifestada y velocidad del habla. Vuelve a manifestarse así la poca concordancia existente tanto entre diferentes tipos de medidas como entre diferentes sistemas de respuesta.

En cada una de las medidas individuales en que se analizó la significación clínica, los porcentajes de sujetos mejorados fueron mayores en los distintos grupos de tratamiento que en el grupo LE, aunque en ciertos casos las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Así, con alguna excepción, los distintos tratamientos se caracterizaron significativamente, en comparación a LE, por un mayor porcentaje de sujetos mejorados en cuanto a reducir el MHP estimado, el MHP experimentado durante la charla y la ocurrencia de pensamientos negativos. En cambio, no hubo diferencias en percepción autonómica, ansiedad ante la desaprobación por parte de otros y calificación de ansiedad por jueces. En velocidad del habla, el porcentaje de sujetos mejorados tendió a ser mayor en los Grupos 1 y 3 que en el Grupo LE.

Los resultados expuestos en el párrafo anterior son un poco menos positivos que los hallados al hacer comparaciones de medias. Sin embargo, los consideramos muy satisfactorios ya que, a pesar de haber adoptado unos criterios rigurosos de significación clínica (Jacobson y cols., 1984), cada grupo de tratamiento se mostró superior al grupo LE en cuanto al porcentaje de sujetos mejorados en diversas medidas. De este modo, 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.

Es importante tener en cuenta que los resultados relativos a la significación clínica se ven afectados por las medidas consideradas, el

grupo de poco MHP seleccionado y las situaciones de hablar en público utilizadas. ¿Qué hubiera pasado, por ejemplo, si los sujetos hubieran tenido que dar su charla ante 50 en vez de ante 6 personas y si los sujetos hubieran tenido que dar una charla de 15 minutos en clase en vez de hacer un breve comentario? Se necesitan estudios encaminados a contestar esta pregunta y también a determinar cuáles son las medidas más adecuadas y a definir cómo debe constituirse un buen grupo criterio. Respecto a esto último, uno puede plantearse varias preguntas. Por ejemplo, ¿sería más apropiado que los sujetos de este grupo criterio además de tener poco MHP se distinguieran por una buena habilidad para hablar en público? ¿En qué consiste tener poco MHP?

Finalmente, antes de discutir los resultados relativos al análisis de componentes realizado, quisiéramos comentar los cambios pre-post observados en el grupo LE. Este grupo no cambió significativamente en las variables de autoinforme relacionadas con la ansiedad social, reacciones somáticas y pensamientos tenidos. Tampoco lo hizo en las variables observacionales de calificación global y de aspectos no verbales ni en las variables fisiológicas de presión sanguínea y tasa cardíaca.

Sin embargo, los sujetos del grupo LE redujeron significativamente su miedo experimentado durante la charla y tendieron a reducir sus perturbaciones del habla tipo "ah". En la literatura sobre reducción del MHP, la tónica general en los grupos LE que no se encontraban haciendo un curso de habla ha sido una ausencia de mejora en las medidas de autoinforme, observacionales y/o fisiológicas (Borkovec y Sides, 1979a; Cradock y cols., 1978; Dawson, 1982; Gross y Fremouw, 1982; Karst y Trexler, 1970; Marshall y cols., 1976; Osberg, 1981; Trussell, 1978). No obstante, en algunos estudios, el grupo LE, aunque no ha mejorado en la mayoría de las medidas, sí que ha mostrado una

mejora puntual en MHP experimentado y/o en manifestaciones externas de ansiedad o en actuación durante la charla (Gil, 1981; Kirsch y Henry, 1979; Lent y cols., 1981; Marshall y cols., 1982; Slutsky y Allen, 1978). Estos últimos resultados, en línea con los obtenidos en nuestra investigación, sugieren que en algunos casos puede producirse una cierta mejora como consecuencia de (a) la exposición por segunda vez a la misma situación temida y a los mismos instrumentos de evaluación, (b) la ocurrencia de ciertos acontecimientos en el medio del sujeto, y/o (c) la promesa de un tratamiento a recibir más adelante.

Por otra parte, resulta difícil explicar que, junto a las mejoras antes expuestas, los sujetos del grupo LE aumentaran significativamente su MHP estimado del pretest al postest. Una posible explicación sería que los sujetos hubieran pensado que al tener que esperar 3 meses para recibir tratamiento, su MHP había empeorado. Recuérdese que las medidas de MHP estimado se obtuvieron 1 semana antes de la charla y, por tanto, antes de que los sujetos pudieran percibir cualquier posible mejora relativa en la situación real de hablar en público.

Las medidas de significación clínica en el grupo LE indican que sólo 1 sujeto de los 10 mejoró globalmente del pretest al postest. Si se consideran las medidas individualmente, los porcentajes de sujetos mejorados siguieron siendo bajos, aunque sorprendentemente el 40% de los sujetos mejoraron en la proporción de pensamientos negativos tenidos antes, durante y después de dar la charla ante el auditorio artificialmente formado + cámara de vídeo.

Puesto que nos pareció extraño que el 40% de los sujetos mejoraran en la ocurrencia de pensamientos negativos en el LP, calculamos el porcentaje de sujetos mejorados en la frecuencia de pensamientos negativos en el RP para ver si se confirmaba o no dicho dato. El porcentaje del 40% se redujo al 0%. Además, el porcentaje de sujetos

mejorados en los grupos de tratamiento pasó de oscilar entre 72,7% y 93,3% a oscilar sólo entre 27,3% y 66,7%.

Nos encontramos, pues, ante otro caso en que los resultados varían apreciablemente según la técnica de evaluación de las cogniciones que se considere. Esta discrepancia podría explicarse (a) por el hecho de que en el RP los pensamientos vienen fijados de antemano, mientras que en el LP los sujetos pueden escribir libremente sus pensamientos, y/o (b) por el hecho de que los sujetos pueden olvidar registrar ciertos pensamientos en el LP y en cambio recordarlos al leerlos en el RP. Sin embargo, ninguna de estas dos razones serviría para explicar la poca concordancia que Last, Barlow y O'Brien (1985) encontraron entre la técnica de listado de pensamientos y la técnica de pensar en voz alta cuando hicieron que sujetos agorafóbicos las utilizaran en la misma situación. Por lo tanto, se requieren investigaciones para determinar la validez y utilidad de las distintas medidas cognitivas para poder así mantenerlas, perfeccionarlas o eliminarlas.

6.3.3. ANALISIS DE COMPONENTES.

Los resultados del análisis de componentes implicados en el paquete de tratamiento RCA + RA + EHP fueron particularmente claros e indican que tanto la relajación aplicada como el entrenamiento en hablar en público se mostraron como componentes importantes del tratamiento cuando se combinaron individualmente con la reestructuración cognitiva aplicada, pero que los efectos fueron menos satisfactorios cuando ambos componentes se integraron conjuntamente con esta última técnica. Estas conclusiones se basan en los resultados que se exponen a continuación.

En relación al grupo RCA + RA + EHP, el grupo RCÁ + EHP (en el

cual se había eliminado el componente RA) se caracterizó por una menor ansiedad observada, una mayor fluidez al hablar, una consideración del EHP como más útil y, casi significativamente, por una mayor satisfacción con los servicios recibidos y un mayor porcentaje de sujetos mejorados en velocidad del habla.

Respecto al grupo RCA + RA + EHP, el grupo RCA + RA (en el cual se había eliminado el componente EHP) se distinguió por una autocalificación más alta de la actuación durante la charla, una menor ocurrencia de pensamientos negativos, una mayor calificación por los compañeros respecto al contenido del comentario hecho en clase y, casi significativamente, por una mayor satisfacción tanto global como con diversos componentes del tratamiento y un menor miedo experimentado al intervenir en clase. El porcentaje de sujetos dentro del rango de funcionalidad en este último aspecto también tendió a ser mayor en el Grupo 2 que en el 4, pero el resultado no fue significativo ($p = 0,130$).

En comparación al grupo RCA + RA, el grupo RCA (en el cuál se había eliminado el componente RA), se caracterizó por un mayor MHP estimado, una peor autocalificación de la actuación durante la charla y un menor porcentaje de sujetos mejorados en el PRCS.

Por último, en relación al grupo RCA + EHP, el grupo RCA (en el cual se había eliminado el componente EHP), se distinguió por una mayor ansiedad observada, una menor satisfacción con los servicios recibidos y, casi significativamente, por calificaciones más bajas en los aspectos vocales y no verbales de la charla.

Así pues, los componentes RA y EHP tuvieron efectos favorables cuando se combinaron individualmente 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.

El hecho de que la relajación aplicada contribuyera adicionalmente

en ciertas medidas de autoinforme a los efectos conseguidos por la reestructuración cognitiva aplicada pudo ser debido bien a que los sujetos se sabían en disposición de nuevas estrategias para enfrentar la ansiedad bien a que los sujetos utilizaron dichas estrategias (técnicas de respiración profunda, relajación muscular y relajación mental) en los momentos oportunos. Sin embargo, conviene recordar que la relajación no se diferenció de la no relajación en las variables relativas a las reacciones somáticas autoinformadas y en las variables fisiológicas de presión sanguínea y tasa cardíaca. A este respecto, y como ya se comentó antes, quizá la adición de sesiones de entrenamiento en vivo aumentaría la eficacia de la relajación aplicada. Por otra parte, la mejora conseguida en autocalificación de la actuación al añadir RA no se vio corroborada por los juicios de los calificadores.

La adición del entrenamiento en hablar en público a la técnica de reestructuración cognitiva aplicada se tradujo en una mejora en las variables observacionales de ansiedad manifestada y actuación durante la charla. Esto no es de extrañar en un procedimiento que va encaminado a la enseñanza y práctica de conductas apropiadas y, de paso, a la eliminación de conductas inadecuadas (Eisler y Frederiksen, 1980; Trower y cols., 1978).

Emmelkamp (1982a) ha señalado que los efectos de reducción de ansiedad del entrenamiento en habilidades puede que no sean debidos al entrenamiento en habilidades per se, sino a la exposición en vivo a las situaciones temidas que tiene lugar en dicho procedimiento. Sin embargo, en nuestro caso, los efectos del EHP en las calificaciones de los aspectos vocales y no verbales de la charla y en la BCL (lista de conductas relacionada con la ansiedad y quizá con la habilidad para hablar en público) fueron más allá de los producidos por la reestructuración cognitiva y la práctica graduada en hablar en público. Esto

sugiere que los sujetos no tenían sólo MHP, sino también, al menos hasta cierto punto, un déficit de habilidades para hablar en público, que fue en parte superado gracias al EHP. Otra explicación, compatible con la anterior, es que el EHP es un procedimiento especialmente eficaz para controlar las manifestaciones externas de ansiedad. Cabe recordar en este sentido que el porcentaje de sujetos dentro del rango de funcionalidad en la calificación por compañeros de la ansiedad manifestada al intervenir en clase fue mayor en los grupos con EHP que en los grupos sin EHP.

Worthington y cols. (1984) hallaron que un tratamiento dirigido a los tres sistemas de respuesta (entrenamiento autoinstruccional + relajación + EHP) fue más eficaz que tratamientos más simples como el EHP y la desensibilización sistemática. En cambio, en esta investigación, el tratamiento RCA + RA + EHP fue inferior a otros tratamientos menos complejos en los que se había eliminado RA o EHP. Trabajando con paquetes de tratamiento distintos al utilizado por Worthington y cols. (1984) y nosotros, Dawson (1982) y Meichenbaum y cols. (1971) también encontraron que el tratamiento para el MHP con más componentes fue menos eficaz que otro u otros tratamientos con menos componentes. Estos autores atribuyeron los peores resultados del paquete de tratamiento a un tiempo insuficiente para una intervención tan compleja.

En nuestro caso, a pesar de que la duración del tratamiento fue mucho mayor de lo que ha sido habitual, también lo fue la complejidad del tratamiento. Pensamos que los sujetos del grupo RCA + RA + EHP se sintieron abrumados por todo lo que tenían que hacer y no tuvieron tiempo suficiente para practicar bien y automatizar a la hora de hablar en público las estrategias y habilidades aprendidas. De hecho, los sujetos del Grupo 4 comentaron durante las prácticas en dar charlas lo difícil que era atender más o menos simultáneamente a la reestructura-

ción, relajación y aspectos conductuales. Además, la mitad de este grupo expresó por escrito en el Cuestionario Adicional su deseo de una mayor profundización y tiempo de dedicación a los aspectos conductuales.

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

Es posible que el problema de un tiempo insuficiente de tratamiento haya sido especialmente señalado en el grupo RCA + RA + EHP, pero que haya estado también presente en alguno o en el resto de los grupos de tratamiento. De hecho, más o menos la mitad de los sujetos en cada grupo de tratamiento pensaron que era necesaria una mayor duración del entrenamiento seguido.

Creemos que fijar de antemano la duración de un tratamiento tiene el inconveniente de que dicha duración puede ser insuficiente para un cierto número de sujetos. Estos sujetos no llegarán a completar las tareas y dominar los aspectos que el tratamiento implica, con lo cual la evaluación de la eficacia de este se convierte en problemática o imposible (Carney, 1985; Vermilyea y cols., 1984). Por ello, sería conveniente especificar el criterio de terminación de un tratamiento no en términos del paso de un cierto tiempo, sino en base a la ejecución de los sujetos, al dominio por parte de estos de las habilidades implicadas en el tratamiento (Fremouw y Gross, 1983; Meichenbaum y Jaremko, 1983). De este modo, no se estudiarían simplemente los efectos relativos de diferentes intervenciones bajo determinadas limitaciones

de tiempo; en su lugar, se estudiarían tanto la eficacia de las distintas intervenciones como su eficiencia en términos del tiempo, costo y esfuerzos necesarios para alcanzar ciertos resultados.

Llegados a este punto, podemos preguntarnos si además de las explicaciones que hemos ofrecido sobre los resultados del análisis de componentes existen otras explicaciones alternativas. Por ejemplo, los grupos de tratamiento podrían diferir no sólo en la intervención aplicada, sino en otras variables que podrían explicar los efectos observados. A este respecto, conviene recordar que los grupos de tratamiento no se diferenciaron en ciertas variables, tales como el número e impacto de los acontecimientos vitales positivos y negativos ocurridos durante el tratamiento, pero sí lo hicieron en otras tales como las expectativas iniciales de mejora, la credibilidad y expectativas de los sujetos suscitadas por los tratamientos recibidos y las impresiones de los sujetos sobre los terapeutas.

Es difícil mantener las expectativas iniciales de mejora como una hipótesis alternativa para explicar las diferencias en eficacia entre los distintos tratamientos. En efecto, uno de los grupos con mayores expectativas iniciales de mejora (Grupo 3) fue más eficaz que uno de los grupos con menores expectativas iniciales de mejora (Grupo 1); sin embargo, ocurrió lo contrario con los Grupos 2 y 4. En este caso, el grupo con mayores expectativas iniciales de mejora (Grupo 4) se mostró inferior al grupo con menores expectativas iniciales de mejora (Grupo 2).

Por otra parte, podría argüirse que los Grupos 2 y 3 fueron superiores al 1 y 4 porque se caracterizaron por una mayor credibilidad/expectativas en los tratamientos recibidos y/o por unas mejores impresiones sobre los terapeutas. De todos modos, estas diferencias en credibilidad/expectativas y/o en impresiones sobre los terapeutas

variaron, en general, según la sesión en que se evaluaron estas variables. Así, diferencias entre grupos encontradas en la primera sesión no se mantuvieron en la sexta y/o en la décima, y diferencias halladas en estas últimas sesiones no se observaron en la primera.

A pesar de todas las suposiciones que pudieran hacerse, existen datos en esta investigación que muestran que las expectativas iniciales de mejora y la credibilidad/expectativas en los tratamientos recibidos no pueden explicar la eficacia diferencial de los distintos grupos de tratamiento. Para obtener dichos datos, se calcularon las correlaciones entre cada uno de esos dos grupos de variables mencionados y los cambios pre-post en cada uno de los 11 grupos teóricos de variables tomadas en el pretratamiento y postratamiento. También se calcularon las correlaciones entre cada uno de los dos grupos de variables y cada uno de los cuatro grupos teóricos de variables obtenidas en la intervención en clase.

Para que las expectativas iniciales de mejora y/o la credibilidad/expectativas en los tratamientos recibidos pudieran explicar la eficacia diferencial de los tratamientos, una condición necesaria, aunque no suficiente, sería que estuviesen significativamente correlacionadas con los grupos de variables en los que habían diferido los distintos tratamientos. Sin embargo, en las 6 correlaciones significativas, o casi significativas obtenidas no estuvieron implicados grupos teóricos de variables en los cuales se hubieran encontrado diferencias entre los grupos de tratamiento.

En cuanto a las impresiones de los sujetos sobre los terapeutas, dado que estas fueron totalmente anónimas, no fue posible calcular las mismas correlaciones que en el caso de las expectativas iniciales de mejora y de la credibilidad/expectativas en los tratamientos recibidos. Por tanto, no existen datos que permitan descartar dichas impre-

siones como hipótesis alternativa de la eficacia diferencial de ciertos tratamientos. Así, alguien podría pensar que los Grupos 2 y 3 fueron más eficaces que el Grupo 1 porque en la primera sesión tuvieron o tendieron a tener mejores impresiones sobre los terapeutas. Naturalmente, esto no explicaría la superioridad de los Grupos 2 y 3 sobre el Grupo 4, aunque podría decirse que en la sexta y décima sesión de tratamiento, los dos primeros grupos dieron o tendieron a dar mejores calificaciones a los terapeutas que el Grupo 4. Sin embargo, podría responderse a esto último que las percepciones sobre los terapeutas en la sexta y décima sesión pudieron venir determinadas, en realidad, por el cambio producido por los tratamientos. Además, las impresiones acerca de los terapeutas en la primera sesión podrían ser una función no tanto, por ejemplo, del comportamiento de los terapeutas, sino de las percepciones de los sujetos sobre los tratamientos específicos que se les acababan de presentar. Y al igual que estas percepciones, las impresiones sobre los terapeutas podrían no explicar en absoluto la eficacia diferencial de los tratamientos.

Por otro lado, si se aceptan las diferencias en las impresiones sobre los terapeutas como una hipótesis alternativa de los resultados obtenidos, entonces habría que explicar por qué el Grupo 3 se diferenció específicamente del Grupo 1 en medidas observacionales, mientras que el Grupo 2 lo hizo sólo en ciertas medidas de autoinforme. Una posible explicación sería que los sujetos con mejores impresiones sobre los terapeutas, vengan estas determinadas por el comportamiento de los terapeutas o no, es más probable que participen diligentemente en el proceso de tratamiento. Pero en este caso, habría que tener también en cuenta los factores específicos de los tratamientos para explicar los resultados obtenidos.

Los sujetos de los Grupos 2 y 3 tuvieron o tendieron a tener, como

ya se ha dicho, mejores impresiones sobre los terapeutas que los sujetos del Grupo 4 en las sesiones sexta y décima, y que los sujetos del Grupo 1 en las sesiones primera y sexta. En cambio, los terapeutas tuvieron una mayor credibilidad y/o expectativas en el tratamiento 4 (RCA + RA + EHP) que en los otros tres tratamientos, sin que hubiera diferencias entre estos últimos. De aquí, que de haberse esperado un sesgo por parte de los terapeutas en su forma de llevar los grupos, uno lo hubiera predicho en el Grupo 4 y no en los otros grupos. Esto sugiere que las percepciones de los sujetos puede que no estén reflejando el comportamiento de los terapeutas (Kazdin, 1980). Por otra parte, la credibilidad y expectativas de los terapeutas en los tratamientos aplicados no pueden explicar los resultados obtenidos en esta investigación, ya que entonces el Grupo 4 hubiera debido ser el más eficaz.

Los resultados del análisis de componentes llevado a cabo en esta investigación indican que RA y EHP son componentes importantes, pero no nos dicen nada acerca de si RCA es necesario o no. La reestructuración cognitiva aplicada se mantuvo constante a través de todos los grupos de tratamiento y aunque el grupo RCA fue superior al LE en medidas de autoinforme y observacionales, es posible que RA y EHP fueran suficientes aisladamente o en conjunción para conseguir los mismos resultados. De hecho, en varios estudios se ha comprobado, por ejemplo, que el EHP es más eficaz que los grupos de lista de espera en medidas de autoinforme y observacionales (Fremouw y Zitter, 1978; Gil, 1981; Trussell, 1978; Weissberg y Lamb, 1977; Wright, 1976). Además, los entrenamientos en habilidades sociales y asertivas pueden producir por sí solos cambios en las cogniciones desadaptativas de los sujetos (Stefaneck y Eisler, 1983), aunque estos cambios no siempre ocurren (Morley, Shepherd y Spence, 1983) y cuando lo hacen, pueden ser menos acusados y

duraderos que los que se consiguen al combinar el EHP con una técnica cognitiva (Gil, 1981).

En línea con la eficacia del EHP aplicado aisladamente, Hayes y Marshall (1984) han sugerido que los efectos beneficiosos de dicho entrenamiento pueden ser atenuados por la adición de otros elementos como, por ejemplo, la inundación o el entrenamiento autoinstruccional, ya que estos reducen la cantidad de tiempo que es posible dedicar a un programa tan poderoso como aquel. De todas formas, quizá esto sea así en el caso de sujetos seleccionados básicamente en función de su baja habilidad para hablar en público (tal como se hizo en el estudio de Hayes y Marshall), pero los resultados pueden ser diferentes con sujetos seleccionados por su MHP, tal como indican los estudios de Sherman y cols. (1974) y Worthington y cols. (1984).

Para comprobar si la RCA es necesaria o no, se requiere llevar a término un análisis de componentes con combinaciones de tratamientos distintas a las empleadas en esta investigación. Puesto que con los componentes RCA, RA y EHP, solos o en distintas combinaciones, pueden formarse siete grupos distintos, lo ideal sería realizar un análisis de componentes con estos siete grupos, lo cual nos daría una información completa sobre la eficacia de cada uno de los tres componentes. Sin embargo, esto exigiría un gran esfuerzo y un gran número de sujetos; por lo tanto, una alternativa más práctica y también útil consistiría en emplear sólo parte de los siete grupos, pero sin mantener constante ningún componente o manteniendo constante otro que no sea RCA.

Suponiendo que posteriores investigaciones revelaran o siguieran revelando la importancia de RCA, RA y EHP, habría que tener en cuenta que cada uno de estos componentes consta en realidad de varios elementos cuya necesidad e importancia también sería necesario analizar (Kazdin, 1980). Así, por ejemplo, cada uno de los tres componentes

incluyó en esta investigación expectativas inducidas de mejora, conceptualización del problema, justificación del tratamiento, práctica graduada de hablar en público y retroalimentación y reforzamiento respecto a la aplicación de las habilidades aprendidas, tareas entre sesiones y una relación de interés, apoyo y cordialidad de los terapeutas hacia los sujetos.

Además, la RCA incluyó identificación de pensamientos negativos, comprensión de sus efectos, discusión de la validez y utilidad de dichos pensamientos e identificación y ensayo de pensamientos positivos. La RA incluyó, entre otros elementos, la relajación con tensión previa, la respiración profunda, la imaginación de escenas relajantes, la relajación por evocación, la relajación mediante conteo, la relajación suscitada por señal y la relajación diferencial. Finalmente, el EHP incluyó, aparte de los elementos comunes antes citados, instrucciones, discusión y modelado de conductas adecuadas e inadecuadas.

En el campo del MHP existen ya varios estudios que han analizado algunos de los elementos citados. Estos análisis han mostrado la importancia de la conceptualización del problema y la justificación del tratamiento en el procedimiento de inoculación de estrés (una combinación de relajación y entrenamiento autoinstruccional aplicados en vivo) (Jaremko y cols., 1980; Schuler y cols., 1982). También se ha puesto de manifiesto que las instrucciones combinadas con el modelado y la retroalimentación combinada con la discusión son componentes significativos del EHP (Marshall y cols., 1982). Igualmente, la identificación de las autodeclaraciones negativas y el empleo de autodeclaraciones de enfrentamiento parecen ser los elementos clave en la reestructuración cognitiva, mientras que no queda claro si la discusión de los pensamientos negativos juega o no algún papel (Dawson, 1982; Glogower y cols., 1978; Thorpe y cols., 1976). Por último, tampoco está claro el

papel desempeñado por las expectativas inducidas de mejora (Borkovec y Sides, 1979a; Devine, 1975; Gatchel y Proctor, 1976; Hemme y Boor, 1976; Lane y Borkovec, 1984; Slutsky y Allen, 1978; Solomon, 1978; Spock, 1977; Woy y Efran, 1972).

El análisis de componentes realizado en esta investigación no tuvo en cuenta las diferencias individuales. Existen, desde luego, razones para llevar a cabo estudios de este tipo (véanse Haynes y Wilson, 1979, págs. 6-7; Telch, 1981), entre las que se cuenta el intento de encontrar un tratamiento lo suficientemente potente como para ser eficaz con la mayor parte de los sujetos. Sin embargo, las probabilidades de éxito de este intento quizá no sean muy grandes (Frank, 1981) y puede que resulte más aconsejable adaptar los tratamientos a las necesidades de grupos más homogéneos de sujetos (Fremouw y cols., 1982; Galassi y cols., 1981).

En línea con lo que se acaba de decir, conviene tener en cuenta que varios sujetos de los que no recibieron EHP y/o RA hubieran deseado respectivamente que se consideraran los aspectos conductuales al hablar en público y/o técnicas para controlar las reacciones somáticas. Algunos sujetos manifestaron que, en su caso, hubieran tenido suficiente con menos tiempo de RCA o RA, mientras que otros reclamaron más tiempo para estos componentes o para el EHP. También los terapeutas hicieron comentarios espontáneos sobre la conveniencia de (a) aplicar o eliminar cierto(s) componente(s) del tratamiento en sujetos que no estaban o estaban recibiendo respectivamente dicho(s) componente(s) y (b) considerar unos u otros aspectos conductuales en el EHP y considerarlos con mayor o menor detenimiento en función de los fallos presentes en cada sujeto.

Pensamos, pues, que se requieren investigaciones que intenten comprobar si hay tratamientos más eficaces o componentes de tratamiento

más importantes según los sistemas de respuesta (cognitivo, motor, fisiológico) que estén afectados en el MHP y según el modo, grado y situaciones en que dichos sistemas estén afectados. Hasta el momento, la evidencia empírica en el área del MHP (y en otras áreas) no es concluyente, a lo cual no son ajenos ciertos problemas metodológicos (Fremouw y Groos, 1983). Sin embargo, existen datos sugerentes de que la eficacia diferencial de distintos tratamientos puede variar en función de variables tales como el modo predominante (cognitivo o somático) en que un sujeto percibe su ansiedad (Altmaier y cols., 1982), el tipo de MHP (mental o fisiológico) (Casas, 1976; Gross y Fremouw, 1982), el nivel de MHP (Longo y Saal, 1984; Trier, 1975) y el nivel de ansiedad social (Fremouw y Zitter, 1978; Meichenbaum y cols., 1971).

Aunque no existen estudios al respecto, al menos en el campo del MHP, algunos autores han señalado que se necesitan tratamientos distintos según que el problema de los sujetos consista en ansiedad, falta de habilidades o una combinación de ambas (Bassett y Boone, 1983; Leary, 1983; McCroskey, 1981; Phillips, 1980). Según esto, sería necesario evaluar la habilidad para hablar en público de los sujetos. Sin embargo, este ha sido un aspecto pasado por alto en la literatura sobre reducción del MHP. Los pocos estudios que han intentado evaluar dicha habilidad lo que han hecho en realidad ha sido medir la actuación de los sujetos en situaciones productoras de ansiedad; en estas condiciones, no es posible saber si una actuación deteriorada refleja ansiedad o déficit de habilidades o ambos.

Una forma más adecuada de evaluar no lo que el sujeto hace en una situación de hablar en público, sino lo que es capaz de hacer consistiría en utilizar una situación de hablar en público que suscitara poca o ninguna ansiedad (Backlund, 1983; Schwartz y Gottman, 1976). Para ello,

la charla debería ser breve, el auditorio mínimo y el tema, e incluso el público, serían elegidos por los sujetos. Además, estos recibirían instrucciones para actuar del modo más calmado y competente posible (Nietzel y Bernstein, 1976), serían informados con antelación sobre las características de las conductas consideradas habilidosas (Westefeld y cols., 1980) e incluso podrían ofrecérseles incentivos conducentes a una ejecución óptima (Meichenbaum y Cameron, 1983).

Por último, creemos interesante destacar que el grado de satisfacción con los tratamientos recibidos fue alto o muy alto en todos los grupos de tratamiento a pesar de las diferencias halladas entre estos grupos en diversas medidas, incluido el propio grado de satisfacción. Sin embargo, no hay que olvidar que la mitad de los sujetos creyeron que eran necesarios tratamientos más largos y tratamientos similares a los seguidos, pero modificados en algunos puntos (p.ej., posibilidad de hablar ante públicos más numerosos y que fueran variando en composición, posibilidad de recibir un tratamiento adaptado a los problemas específicos de cada uno).

6.3.4. COMENTARIOS ADICIONALES.

Como punto final de esta discusión, quisiéramos sugerir algunas mejoras, no comentadas hasta el momento, que podrían introducirse en los tratamientos y evaluación utilizados. Idealmente, durante las sesiones de tratamiento, los sujetos deberían hablar no sólo ante su propio grupo de entrenamiento, sino también ante otros grupos que aumentaran progresivamente de tamaño y que fueran variando en su composición, para evitar que los oyentes fueran siempre conocidos. En muchos casos, esto resultará muy difícil o prácticamente imposible de conseguir. Lo que debe hacerse entonces es ampliar las actividades

entre sesiones de modo que los sujetos practiquen en diversas situaciones naturales de hablar en público que vayan variando en ciertos aspectos. Estas situaciones irían aumentando en dificultad según el ritmo de avance de cada sujeto y deberían llegar más allá que la simple pregunta o comentario en una clase, asamblea o reunión; los sujetos deberían ser capaces, por ejemplo, de dar una charla de al menos 15 minutos ante un auditorio de como mínimo 40-50 personas que fueran desconocidas para ellos.

Puesto que las actividades de hablar en público en situaciones naturales no son precisamente fáciles para los sujetos, una buena idea es que estos formen equipos con distintos compañeros del grupo o con otras personas conocidas. Estas personas animarían a los sujetos a realizar las actividades y les ofrecerían su apoyo, retroalimentación y reforzamiento. Además, el terapeuta contaría así con otras fuentes de información que se unirían a las de los propios sujetos (Eisler y Frederiksen, 1980; Twentyman y Zimering, 1979).

Nuestro último comentario acerca del tratamiento hace referencia al empleo de la retroalimentación mediante vídeo en el EHP. Mulac (1974) ha mostrado que se consiguen mejores resultados en el EHP si dicha retroalimentación se añade a la proporcionada por los propios sujetos, por los entrenadores y/o por los otros miembros del grupo. No obstante, la retroalimentación mediante vídeo supone un coste adicional. Además, puede tener efectos negativos en sujetos con elevada ansiedad cuando se utiliza al principio del entrenamiento (Twentyman y Zimering, 1979) debido a que puede resultar avasalladora y desalentadora. Formas de evitar esto serían esperar un cierto tiempo antes de introducir la retroalimentación mediante vídeo y/o ir dando a los sujetos, a medida que se ve la cinta, una retroalimentación verbal constructiva y centrada solamente en los aspectos que se están entre-

nando en un momento dado.

En cuanto a la evaluación llevada a cabo, cuatro son los aspectos a comentar. En primer lugar, respecto a la charla ante el auditorio artificialmente formado, decir a los sujetos que pueden poner fin a la misma entre los 2 minutos 45 segundos y los 3 minutos es dejarles un margen de tiempo verdaderamente pequeño. Por ello, podría resultar más conveniente avisar a los sujetos cuando lleven 3 minutos de charla para que terminen esta en el plazo máximo de medio minuto. Por otra parte, la situación de evaluación sería más rica y realista si los sujetos tuvieran que contestar un par de preguntas estandarizadas hechas por el auditorio.

En segundo lugar, la charla ante el auditorio artificialmente formado debe complementarse con una situación natural de hablar en público, aunque puede emplearse únicamente esta última. En nuestro caso, esta situación natural consistió en hacer un breve comentario en clase, si bien, como se explicó antes, hubiera sido mejor pedir a los sujetos que dieran una charla en clase. Por otra parte, hubiera sido de gran valor complementar el autorregistro de los sujetos y las calificaciones hechas por sus compañeros con los registros y calificaciones realizadas por observadores y jueces en clase; sin embargo, razones de tipo práctico impidieron que esto se llevara a cabo.

En tercer lugar, el acuerdo intercalificadores respecto a los juicios globales de ansiedad manifestada por los sujetos fue muy bajo en el estudio piloto y algo bajo en la investigación principal. En cambio, el acuerdo entre los miembros del auditorio respecto al mismo aspecto fue completamente satisfactorio en ambos casos. Esto sugiere que las grabaciones en vídeo pueden ser mucho menos adecuadas que la observación en vivo para captar los indicios de tensión (Bellack, 1983). Otra explicación sería que los miembros del auditorio no

hicieron las calificaciones independientemente unos de otros; sin embargo, en el estudio piloto uno de estos miembros era un colaborador del investigador y, según sus informes, no hubo comunicación entre los otros miembros para hacer sus juicios.

Por último, se recordará que a raíz del estudio piloto se modificaron las instrucciones del Listado de Pensamientos pidiendo a los sujetos que expresaran sus pensamientos de forma completa; se pretendía evitar así la malinterpretación por parte de los jueces del significado de los pensamientos enumerados. A pesar de esto, el problema de considerar ciertos pensamientos como positivos, neutrales o negativos persistió en la investigación principal. Una posible solución sería que la calificación de los pensamientos fuera hecha conjuntamente por los sujetos y los calificadores o bien sólo por los sujetos después de recibir un cierto entrenamiento (Cacioppo y Petty, 1981; Glass y Merluzzi, 1981).

La investigación que hemos llevado a cabo forma parte del gran número de estudios que han aplicado un tratamiento formal para el MHP. Este es, sin lugar a dudas, un campo en el que debe seguir trabajándose. Así, por ejemplo, podría replicarse esta investigación introduciendo los cambios que hemos sugerido y empleando muestras de sujetos de poblaciones diferentes. Sin embargo, existen otras dos áreas a las que debe prestárseles mucha más atención. La primera hace referencia a las características que deben tener los cursos que requieren la intervención en público de los alumnos para que los sujetos con MHP se sientan más cómodos y relajados y haya más probabilidades de que participen (Adler, 1980; Koug1, 1980; Pedersen, 1980).

Le segunda y última área hace referencia a la investigación de estrategias encaminadas a prevenir el MHP (McCroskey, 1977; Rosenthal,

1980). Hasta el momento, sólo existen dos estudios a este respecto (Cradock y cols., 1978; Jaremko y Weinrich, 1973) y este último pudo haber incluido sujetos que tenían ya mucho MHP. Se necesitan, pues, más investigaciones para elaborar y validar empíricamente programas de prevención del miedo a hablar en público.

6.4. CONCLUSIONES.

Las conclusiones más importantes que, a nuestro entender, pueden extraerse de la presente investigación son las siguientes:

1. Respecto a las diferencias entre los grupos de poco y mucho MHP:

- a) En comparación al grupo de poco MHP, el grupo de mucho MHP se caracterizó en las medidas de autoinforme por (1) unas menores expectativas de autoeficacia para hablar en público, una consideración del MHP como más molesto y una mayor evitación estimada de hablar en público, (2) una mayor ansiedad social, (3) una percepción autonómica más acusada y una interpretación de esta más como perturbadora que como facilitadora, (4) un mayor MHP experimentado, tanto antes como durante la charla, y (5) una mayor ocurrencia de pensamientos negativos.
- b) En relación a los sujetos con poco MHP, los sujetos con mucho MHP recibieron calificaciones de una mayor ansiedad y de una peor actuación al hablar en público, y mostraron una menor fluidez, lo cual se reflejó en un habla más lenta y en unos silencios más largos. No se encontraron diferencias entre ambos grupos de sujetos en las variables observacionales de aspectos no verbales (mirada, gestos) debido a que los sujetos con poco MHP se mostraron también deficientes en dichos aspectos.
- c) Los grupos de poco y mucho MHP no difirieron en las variables fisiológicas de presión sanguínea sistólica y diastólica y tasa cardíaca. Es posible que tanto los sujetos con poco MHP como los sujetos con mucho MHP se activen fisiológicamente por igual al intervenir en público, pero que estos últimos estén más pendientes

de su activación autonómica y la interpreten más como molesta que como facilitadora.

Sin embargo, también es posible que existan diferencias fisiológicas entre los grupos de poco y mucho MHP, pero que estas no se hayan detectado a causa de (1) haber empleado medidas fisiológicas poco sensitivas, (2) haber considerado sólo respuestas psicofisiológicas del sistema cardiovascular, y/o (3) haber pasado por alto la especificidad individual de respuesta.

- d) Los sujetos con mucho MHP (1) informaron experimentar más miedo del que fueron capaces de percibir los jueces, (2) subestimaron su actuación en comparación a los juicios de los calificadores, (3) tuvieron en el Listado de Pensamientos una mayor proporción de pensamientos negativos que positivos y (4) interpretaron sus reacciones somáticas más como molestas que como facilitadoras. Estas diferencias no se dieron en el grupo de poco MHP, salvo la última de ellas, la cual invirtió su sentido. Además, los sujetos con poco MHP tuvieron una mayor frecuencia de pensamientos positivos que negativos en el Cuestionario de Reconocimiento de Pensamientos.

2. Respecto a las diferencias entre cada grupo de tratamiento y el grupo de lista de espera (LE):

- a) Todos los tratamientos fueron particularmente eficaces en las medidas de autoinforme. En efecto, cada tratamiento se mostró superior a LE en reducir el MHP estimado, la percepción autonómica (salvo el Grupo 4), el MHP experimentado y los pensamientos negativos tenidos al hablar ante el auditorio + cámara de vídeo; además, la disminución de pensamientos negativos se vio acompañada

por un aumento de los pensamientos positivos.

- b) Todos los tratamientos -excepto el 2, por razones que no son evidentes- fueron más eficaces que LE en reducir las manifestaciones externas de ansiedad objetivamente registradas. En el resto de las variables observacionales sólo el Grupo 3 (uno de los dos grupos con EHP) fue superior a LE, lo cual se tradujo en una mejora de la fluidez al hablar y de las calificaciones en los aspectos vocales y no verbales de la charla.
- c) Ningún grupo de tratamiento se diferenció de LE en las calificaciones globales de ansiedad y actuación hechas por los jueces. Esto sugiere que las mejoras conseguidas por los Grupos 1, 3 y 4 en ciertas variables observacionales no fueron lo suficientemente acusadas como para conseguir una repercusión social diferencial respecto al Grupo LE.
- d) Ningún tratamiento, ni siquiera los que incluyeron entrenamiento en relajación, se mostró superior a LE en reducir ciertas respuestas fisiológicas tales como la presión sanguínea sistólica y diastólica y la tasa cardíaca. Es posible que el entrenamiento en autorrelajación hubiera resultado más eficaz a este respecto si hubiera sido combinado con sesiones de entrenamiento en vivo por parte de los terapeutas.

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

- e) Sólo los sujetos que habían recibido tratamiento se atrevieron a hacer una breve intervención pública en clase como parte de la evaluación posttest. Así pues, la superioridad de los tratamientos sobre LE no se circunscribió únicamente a la situación de hablar

ante un auditorio artificialmente formado + cámara de vídeo, sino que se extendió también a una situación del medio natural de los sujetos.

- f) Ninguno de los cuatro tratamientos fue más eficaz que LE en reducir la ansiedad social autoinformada a pesar de incluir reestructuración cognitiva, una técnica a la que se atribuyen, como a otras técnicas cognitivas, mayores efectos de generalización. Sin embargo, estos efectos no están comprobados y lo más seguro es que para programar la generalización sea necesario emplear otros medios además de las técnicas cognitivas.
- g) La superioridad de los tratamientos sobre LE no se limitó solamente a haber conseguido unos mayores cambios en promedio, sino que además tuvo relevancia clínico-social. El porcentaje de sujetos globalmente mejorados (sin que esto signifique una superación completa del MHP) fue de un 10% en el grupo LE y de un 53,3% a un 63,6% en los grupos de tratamiento. Estos últimos porcentajes son alentadores si se tiene en cuenta que los tratamientos fueron de tiempo limitado. No obstante, dichos porcentajes indican también que un poco menos de la mitad de los sujetos no han mejorado suficientemente.

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

- h) Los sujetos del grupo LE no cambiaron en general del pretest al postest en los distintos grupos de variables utilizadas, aunque redujeron significativamente su miedo experimentado durante la

charla y tendieron a reducir sus perturbaciones del habla tipo "ah". Esto sugiere que puede producirse una cierta mejora como consecuencia de (1) la exposición por segunda vez a la misma situación temida y a los mismos instrumentos de evaluación, y/o (2) la ocurrencia de ciertos acontecimientos en el medio del sujeto.

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

3. Respecto al análisis de componentes:

- a) Tanto la relajación aplicada (RA) como el entrenamiento en hablar en público (EHP) se mostraron como componentes importantes del tratamiento cuando se combinaron individualmente con la reestructuración cognitiva aplicada (RCA), pero los efectos fueron menos satisfactorios cuando ambos componentes se integraron conjuntamente con esta última técnica.
- b) A pesar de que RCA fue más eficaz que LE en medidas de autoinforme y observacionales, se lograron todavía mejores resultados en ciertas medidas de autoinforme al añadirle RA. Esto pudo ser debido bien a que los sujetos se sabían en disposición de nuevas estrategias para enfrentar la ansiedad bien a que los sujetos utilizaron dichas estrategias (respiración profunda, relajación muscular y relajación mental).

Sin embargo, la relajación no se diferenció de la no relajación en las variables relativas a las reacciones somáticas autoinformadas y en las variables fisiológicas de presión sanguí-

nea y tasa cardíaca. A este respecto, es posible que la adición de sesiones de entrenamiento en relajación en vivo aumentara la eficacia de la relajación aplicada.

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

Los efectos del EHP en las calificaciones de los aspectos vocales y no verbales de la charla y en la BCL (lista de conductas relacionada con la ansiedad y quizá con la habilidad para hablar en público) sugieren (1) que los sujetos no tenían sólo MHP, sino también, al menos hasta cierto punto, un déficit de habilidades para hablar en público, que fue en parte superado gracias al EHP, y/o (2) que el EHP es un procedimiento especialmente eficaz para controlar las manifestaciones externas de ansiedad.

- d) La adición conjunta de RA y EHP a RCA tuvo efectos desfavorables en comparación a cuando se añadió sólo uno de los componentes. Los peores resultados del tratamiento RCA + RA + EHP pueden atribuirse a un tiempo insuficiente para una intervención tan compleja. Muy probablemente, los sujetos del Grupo 4 no tuvieron tiempo suficiente para practicar bien y automatizar a la hora de hablar en público las estrategias y habilidades aprendidas.

Se necesitaría, pues, un tratamiento bastante más largo para comprobar si la adición conjunta de RA y EHP a RCA produce o no mejoras adicionales en comparación a cuando se añade a RCA sólo RA o sólo EHP.

- e) Los grupos de tratamiento difirieron no sólo en la intervención aplicada, sino también en expectativas iniciales de mejora y credibilidad y expectativas suscitadas por los tratamientos

recibidos. Sin embargo, estas variables no pueden utilizarse para explicar la eficacia diferencial de los distintos tratamientos, ya que no correlacionaron significativamente ni con los cambios pre-post en los grupos de variables dependientes en que habían diferido los tratamientos ni con los grupos de variables obtenidas sólo en el posttest y en los que también se encontraron diferencias entre los distintos grupos de tratamiento.

Los grupos de tratamiento también difirieron en las impresiones acerca de los terapeutas; y aunque en este caso no existen datos concluyentes, parece ser que dichas impresiones tampoco pueden explicar la eficacia diferencial de los distintos tratamientos.

- f) Los resultados del análisis de componentes indican que RA y EHP son componentes importantes, pero no aportan información sobre si RCA es necesario o no. Para resolver esta cuestión, se requieren nuevos análisis de componentes en los que RCA no se mantenga constante a través de los distintos grupos de tratamiento.
- g) Suponiendo que posteriores investigaciones revelaran o siguieran revelando la importancia de RCA, RA y EHP, habría que tener en cuenta que cada uno de estos componentes consta en realidad de varios elementos cuya necesidad e importancia también sería necesario analizar.

4. Respecto a las mejoras que pueden introducirse:

- a) Sería conveniente especificar el criterio de terminación de un tratamiento no en términos del paso de un cierto tiempo, sino en base a la ejecución de los sujetos, al dominio por parte de estos de las habilidades implicadas en el tratamiento. Se podrían

estudiar así tanto la eficacia como la eficiencia de las distintas intervenciones.

- b) Ciertas observaciones realizadas en esta investigación sugieren la necesidad de estudios adicionales que intenten comprobar si hay tratamientos más eficaces o componentes de tratamiento más importantes en función de los sistemas de respuesta (cognitivo, motor, fisiológico) que estén afectados en el MHP y en función del modo, grado y situaciones en que dichos sistemas estén afectados. El intento de encontrar un tratamiento lo suficientemente potente como para ser eficaz con la mayor parte de los sujetos es muy loable, pero puede que sus probabilidades de éxito no sean muy grandes.

En relación con este tema de las diferencias individuales, se requiere tener en cuenta y evaluar adecuadamente la habilidad para hablar en público de los sujetos. Según el problema de estos consista en ansiedad, falta de habilidades o una combinación de ambas, es de suponer que el tratamiento tendrá que ser distinto.

- c) Durante las sesiones de tratamiento, los sujetos deberían hablar ante grupos que aumentaran progresivamente de tamaño y que fueran variando en su composición, para evitar que los oyentes fueran siempre conocidos. En muchos casos esto resultará muy difícil o imposible, por lo que entonces debe intentarse conseguir algo similar a través de las actividades entre sesiones. En estas actividades, los sujetos deben contar con el apoyo y retroalimentación de otros compañeros o personas conocidas.
- d) Dar una charla en clase hubiera sido una forma mejor de evaluar la generalización al medio natural que hacer un comentario en clase, ya que se había pedido a los sujetos que hicieran algunas preguntas y comentarios en clase como parte de sus actividades

entre sesiones. Razones de tipo práctico impidieron tanto el llevar a cabo dicha idea como el utilizar observadores en clase para complementar los datos aportados por los sujetos y sus compañeros.

- e) La situación de evaluación de dar una charla de 3 minutos ante un auditorio artificialmente formado + cámara de vídeo sería más rica y realista si los sujetos tuvieran que responder un par de preguntas estandarizadas hechas por el auditorio. Por otra parte, el plazo de tiempo dentro del cual los sujetos han de poner fin a su charla podría ampliarse de 15 a 30 segundos, ya que el primero de estos tiempos es verdaderamente pequeño.
- f) Las grabaciones en vídeo pueden ser mucho menos adecuadas que la observación en vivo para captar los indicios de tensión. Por otra parte, para captar con precisión aspectos como la mirada y la expresión facial sin perder, al mismo tiempo, los gestos y movimientos realizados con otras partes del cuerpo, puede ser necesario utilizar dos cámaras: una para el cuerpo entero y otra para el busto.
- g) La interpretación correcta del significado de los pensamientos enumerados por los sujetos en el Listado de Pensamientos requiere tomar en consideración las opiniones de los propios sujetos al respecto.

Finalmente, conviene tener en cuenta que el Listado de Pensamientos y el Cuestionario de Reconocimiento de Pensamientos, dos técnicas dirigidas a evaluar los pensamientos tenidos por los sujetos, pueden dar lugar a conclusiones muy diferentes. Quizá, esto pueda explicarse por ciertas diferencias entre ellos; por ejemplo, en el primero los sujetos pueden escribir libremente sus pensamientos, mientras que en el segundo, los sujetos deben

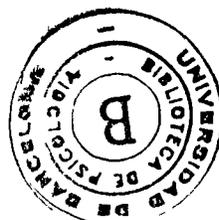
limitarse a reconocer pensamientos que ya vienen fijados de antemano. Sin embargo, sería interesante conocer hasta qué punto existe concordancia entre técnicas que no difieren en este aspecto, como, por ejemplo, la técnica de listado de pensamientos y la técnica de pensar en voz alta.

7. REFERENCIAS.

- Emmelkamp, P.M.G., Mersch, P.P. y Vissia, E. (1985). The external validity of analogue outcome research: Evaluation of cognitive and behavioral interventions. Behaviour Research and Therapy, 23, 83-86.
- Emmelkamp, P.M.G., Mersch, P.P., Vissia, E. y Helm, M. van der (1985). Social phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. Behaviour Research and Therapy, 23, 365-369.
- Endler, N.S., Hunt, J.McV. y Rosenstein, A.J. (1962). An S-R Inventory of Anxiousness. Psychological Monographs, 76, (todo el nº 536).
- Endler, N.S. y Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R Inventory of General Trait Anxiousness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 319-329.
- English, D.D. (1978). Comparison of induced affect and systematic desensitization therapies for reduction of public speaking. Dissertation Abstracts International, 39, 2493B.
- Ernst, J., Bornstein, P.H. y Weltzien, R.T.Jr. (1984). Initial considerations in subjective evaluation research: Does knowledge of treatment affect performance ratings? Behavioral Assessment, 6, 121-127.
- Eysenck, H.J. (1980). El modelo de la neurosis con base en la teoría del aprendizaje: Un nuevo enfoque. En R. Ardila (Comp.): Terapia del comportamiento (pp. 47-72). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Publicado originalmente en Behaviour Research and Therapy, 1976, 14, 251-267).
- Eysenck, H.J. (1983). The theory of incubation: A reply to Bersh. Behaviour Research and Therapy, 21, 303-305.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1964). Manual of the Eysenck Personality Inventory. Surrey: Hodder & Stoughton.
- Fawcett, S.B. y Miller, L.K. (1975). Training public-speaking behavior: An experimental analysis and social validation. Journal of Applied Behavior Analysis, 8, 125-135.
- Fedoravicius, A.S. (1972). Self-instructional and relaxation variables in the systematic desensitization treatment of speech anxiety. Dissertation Abstracts International, 32, 7290B.
- Fernández Ballesteros, R. (1979). Los métodos en evaluación conductual. Madrid: Pablo del Río.
- Fernández Ballesteros, R. (1981). Contenidos y modelos en evaluación conductual. En R. Fernández Ballesteros y J.A.I. Carrobes (Eds.), Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones. Madrid: Pirámide.
- Fettig, A. (1982). Cómo meterse al público en el bolsillo. Madrid: Edaf. (Trabajo original publicado en 1980).
- Foss, K.A. (1982). Communication apprehension: Resources for the instructor. Communication Education, 31, 195-203.

- Addington, D.W. (1971). The effect of vocal variations on ratings of source credibility. Speech Monographs, 38, 242-247.
- Adler, R. (1980). Integrating reticence management into the basic communication curriculum. Communication Education, 29, 215-221.
- Aduna, A.A. y Bolaños, J. (1983). Curso para reducir la ansiedad ante la participación en grupo. México: Trillas.
- Alpert, A. y Haber, R.N. (1960). Anxiety in academic achievement situations. Journal of Abnormal and Social Psychology, 61, 207-215.
- Altmaier, E.M., Ross, S.L., Leary, M.R. y Thornbrough, M. (1982). Matching stress inoculation's treatment components to client's anxiety mode. Journal of Counseling Psychology, 29, 331-334.
- Allen, G.J., Elias, M.J. y Zlotlow, S.F. (1980). Behavioral interventions for alleviating anxiety: A methodological overview of current therapeutic practices. En I.G. Sarason (Ed.), Test anxiety: Theory, research and applications (pp. 155-185). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Andersen, P. y Andersen, J. (1982). Nonverbal immediacy in instruction. En L.L. Barker (Ed.), Communication in the classroom (pp. 98-120). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Apple, W., Streeter, L.A. y Kraus, R.M. (1979). Effects of pitch and speech rate on personal attributions. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 715-727.
- Arena, J.G., Blanchard, E.B., Andrasik, F., Cotch, P.A. y Myers, P.E. (1983). Reliability of psychophysiological assessment. Behaviour Research and Therapy, 21, 447-460.
- Argyle, M. (1967). The psychology of interpersonal behaviour. Londres: Penguin Books.
- Argyle, M. (1975). Bodily communication. Londres: Methuen.
- Argyle, M. (1981a). The contribution of social interaction research to social skills training. En J.D. Wine y M.D. Smye (Eds.), Social competence (pp. 261-286). Nueva York: Guilford Press
- Argyle, M. (1981b). Psicología del comportamiento interpersonal (2ª ed.). Madrid: Alianza Editorial. (Trabajo original publicado en 1972).
- Argyle, M. y Dean, J. (1965). Eye contact, distance, and affiliation. Sociometry, 28, 289-304.
- Arkowitz, H., Lichtenstein, B., McGovern, K. y Hines, P. (1975). The behavioral assessment of social competence in males. Behavior Therapy, 6, 3-13.
- Asensio Moreno, M. (1984). Cómo hablar en público. Madrid: Ibérico Europea de Ediciones.

- Auerbach, A. (1981). Self-administered treatments of public speaking anxiety. Personnel and Guidance Journal, 60, 106-109.
- Avia, M.D. (1984). Técnicas cognitivas y de autocontrol. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), Manual de modificación de conducta (pp. 329-360). Madrid: Alhambra.
- Ayres, J. y Hopf, T.S. (1985). Visualization: A means of reducing speech anxiety. Communication Education, 34, 318-323.
- Backlund, P. (1983). Methods of assessing speaking and listening skills. En R.B. Rubin (Ed.), Improving speaking and listening skills (pp. 59-73). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bados, A. (1983a). Entrenamiento en relajación. Original disponible en fotocopia, Universidad de Barcelona.
- Bados, A. (1983b). Inoculación de estrés. Original disponible en fotocopia, Universidad de Barcelona.
- Bados, A. (1984a). Ensayo de conducta y técnicas complementarias. Original disponible en fotocopia, Universidad de Barcelona.
- Bados, A. (1984b). Reestructuración cognitiva. Original disponible en fotocopia, Universidad de Barcelona.
- Bados, A. (1986). About the interobserver agreement calculation in the Timed Behavioral Checklist of Paul (1966) and similar checklists. Original presentado para publicar.
- Baker, E.E. (1964). An experimental study of speech disturbance for the measurement of stage fright in the basic speech course. Southern Speech Journal, 29, 232-243.
- Baldwin, S.F. y Clevenger, T. (1980). Effect of speakers' sex and size of audience on heart-rate changes during short impromptu speeches. Psychological Reports, 46, 123-130.
- Bandura, A. (1982). Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe. (Trabajo original publicado en 1977).
- Barker, L.L., Cegala, D.J., Kibler, R.S. y Wahlers, K.J. (1972). Hypnosis and the reduction of speech anxiety. Central States Speech Journal, 33, 28-35.
- Barlow, D.H. y Wolfe, B.E. (1981). Behavioral approaches to anxiety disorders. A report of the NIMH-SUNY, Albany, Research Conference. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 448-454.
- Barrett, T.J. (1974). Parameters of self-instructional training. Dissertation Abstracts International, 34, 5181B.
- Barrios, B.A. (1983). The role of cognitive mediators in heterosocial anxiety: A test of self-efficacy theory. Cognitive Therapy and Research, 7, 543-554.



- Barrios, B.A. y Shigetomi, C.C. (1979). Coping-skills training for the management of anxiety: A critical review. Behavior Therapy, 10, 491-522.
- Bassett, R. E., Behnke, R.R., Carlile, L.W. y Rogers, J. (1973). The effects of positive and negative audience responses on the autonomic arousal of student speakers. Southern Speech Journal, 38, 255-261.
- Bassett, R.E. y Boone, M.E. (1983). Improving speech communication skills: An overview of the literature. En R.B. Rubin (Ed.), Improving speaking and listening skills (pp. 83-93). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bayés, R. (1984). ¿Por qué funcionan las terapias comportamentales? Anuario de Psicología, 30-31, 127-147.
- Beatty, M.J. y Behnke, R.R. (1980). An assimilation theory perspective of communication apprehension. Human Communication Research, 6, 319-325.
- Beatty, M.J., Behnke, R.R. y McCallum, K. (1978). Situational determinants of communication apprehension. Communication Monographs, 45, 187-191.
- Beatty, M.J. y Payne, S.K. (1983). Speech anxiety as a multiplicative function of size of audience and social desirability. Perceptual and Motor Skills, 56, 792-794.
- Beatty, M.J., Springhorn, R.G. y Kruger, M.W. (1976). Towards the development of cognitively experienced speech anxiety scales. Central States Speech Journal, 27, 181-185.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1979).
- Beebe, S.A. (1974). Eye contact: A nonverbal determinant of speaker credibility. Speech Teacher, 23, 21-25.
- Behnke, R.R. y Beatty, M.J. (1981). A cognitive-physiological model of speech anxiety. Communication Monographs, 48, 158-163.
- Behnke, R.R., Beatty, M.J. y Kitchens, J.T. (1978). Cognitively-experienced speech anxiety as a predictor of trembling. Western Journal of Speech Communication, 42, 270-275.
- Behnke, R.R., Carlile, L.W. y Lamb, D.H. (1974). A psychophysiological study of state and trait anxiety in public speaking. Central States Speech Journal, 25, 249-253.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Dancu, C.V. (1985). Psychological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. Behaviour Research and Therapy, 23, 109-117.
- Beiman, J., Israel, E. y Johnson, S.A. (1978). During training and posttraining effects of live and taped extended progressive relaxation, self-relaxation, and electromyogram biofeedback. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 314-321.

- Bellack, A.S. (1983). Recurrent problems in the behavioral assessment of social skill. Behaviour Research and Therapy, 21, 29-41.
- Bellack, A.S. y Hersen, M. (1977). Self-report inventories in behavioral assessment. En J.D. Cone y R.P. Hawkins (Eds.), Behavioral assessment: New directions in clinical psychology (pp. 52-76). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Bellack, A.S. y Morrison, R.L. (1982). Interpersonal dysfunction. En A.S. Bellack, M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.), International handbook of behavior modification and therapy (pp. 717-747). Nueva York: Plenum Press.
- Bendig, A.W. (1962). Pittsburg scale of social extroversion-introversion and emotionality. Journal of Psychology, 53, 199-210.
- Benjamin, L.S. (1963). Statistical treatment of the law of initial values (LIV) in autonomic research: A review and recommendation. Psychosomatic Medicine, 25, 556-566.
- Benjamin, L.S. (1967). Facts and artifacts in using analysis of covariance to "undo" the law of initial values. Psychophysiology, 4, 187-206.
- Bentson, S.B. (1975). Symbolic modeling and the effects of relevant observer-model similarity in the treatment of public-speaking anxiety. Dissertation Abstracts International, 35, 6086B.
- Bernstein, D.A. (1973). Situational factors in behavioral fear assessment: A progress report. Behavior Therapy, 4, 41-48.
- Bernstein, D.A. (1974). Manipulation of avoidance behavior as a function of increased or decreased demand on repeated behavioral tests. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 896-900.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1983). Entrenamiento en relajación progresiva. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1973).
- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1973). Procedural variation in behavioral avoidance tests. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41, 165-174.
- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1974). Behavioral avoidance tests: The effects of demand characteristics and repeated measures on two types of subjects. Behavior Therapy, 5, 183-192.
- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1977). Demand characteristics in behavior modification: The natural history of a "nuisance". En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (Vol. 4, pp. 119-162). Nueva York: Academic Press.
- Bernstein, D.A. y Paul, G.L. (1971). Some comments on therapy analogue research with small animal "phobias". Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2, 225-237.

- Bjorklund, D. (1985). Dignified joking: Humor and demeanor in a public speaking club. Symbolic Interaction, 8, 33-46.
- Black, E.L. y Martin, G.L. (1980). A component analysis of public speaking behaviors across individuals and behavioral categories. Communication Education, 29, 273-282.
- Blankstein, K.R. y Toner, B. (1980, octubre). Anxiety, stress, and self-regulation of heart rate. Comunicación presentada en la reunión anual de la Society for Psychophysiological Research, Vancouver, British Columbia.
- Blom, B.E. (1975). Nonspecific determinants of speech anxiety: A methodological study. Dissertation Abstracts International, 35, 5632B-5633B.
- Blom, B.E. y Craighead, W.E. (1974). The effects of situational and instructional demand on indices of speech anxiety. Journal of Abnormal Psychology, 83, 667-674.
- Blubaugh, J. (1969). Effects of positive and negative audience feedback on selected variables of speech behavior. Speech Monographs, 36, 131-137.
- Bode, D.L. y Brutten, E.J. (1963). A palmar sweat investigation of the effect of audience variation upon stage fright. Speech Monographs, 30, 92-96.
- Borkovec, T.D. (1973). The role of expectancy and physiological feedback in fear research: A review with special reference to subject characteristics. Behavior Therapy, 4, 491-505.
- Borkovec, T.D. (1976). Physiological and cognitive processes in the regulation of anxiety. En G.E. Schwartz y D. Shapiro (Eds.), Counciousness and self-regulation: Advances in research (pp. 261-312). Nueva York: Plenum Press.
- Borkovec, T.D., Grayson, J.B. y Cooper, K.M. (1978). Treatment of general tension: Subjective and physiological effects of progressive relaxation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 518-528.
- Borkovec, T.D. y Nau, S.D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3, 257-260.
- Borkovec, T.D. y O'Brien, G.T. (1976). Methodological and target behavior issues in analogue therapy outcome research. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (Vol. 3, pp. 133-172). Nueva York: Academic Press.
- Borkovec, T.D. y O'Brien, G.T. (1977). Relation of autonomic perception and its manipulation to the maintenance and reduction of fear. Journal of Abnormal Psychology, 86, 163-171.
- Borkovec, T.D. y Sides, J.K. (1979a). The contribution of relaxation and expectancy to fear reduction via graded, imaginal exposure to feared stimuli. Behaviour Research and Therapy, 17, 529-540.

- Borkovec, T.D. y Sides, J.K. (1979b). Critical procedural variables related to the physiological effects of progressive relaxation: A review. Behaviour Research and Therapy, 17, 119-125.
- Borkovec, T.D., Stone, N.W., O'Brien, G.T. y Kaloupek, D.G. (1974). Evaluation of a clinically relevant target behavior for analogue outcome research. Behavior Therapy, 5, 503-513.
- Borkovec, T.D., Wall, R.L. y Stone, N.M. (1974). False physiological feedback and the maintenance of speech anxiety. Journal of Abnormal Psychology, 83, 164-168.
- Borkovec, T.D., Weerts, T.C. y Bernstein, D.A. (1977). Assessment of anxiety. En A.R. Ciminero, K.S. Calhoun y H.E. Adams (Eds.), Handbook of behavioral assessment (pp. 367-428). Nueva York: Wiley.
- Bornstein, P.H. y Rychtarik, R.G. (1983). Consumer satisfaction in adult behavior therapy: Procedures, problems, and future perspectives. Behavior Therapy, 14, 191-208.
- Bossert, G.W. (1975). The relationship between expectation, belief, and anxiety in a speaking situation. Dissertation Abstracts International, 35, 5634B.
- Boucsein, W. y Wendt-Suhl, G. (1982). [An experimental investigation of elements involved in the anticipation of public speaking]. Archiv für Psychologie, 1980, 133, 149-156. (Tomado del Psychological Abstracts, 1982, 67, Abstract nº 9066).
- Brooks, W.D. y Platz, S.M. (1968). The effects of speech training upon self-concept as a communicator. Speech Teacher, 17, 44-49.
- Brown, B.L. (1980). Effects of speech rate on personality attributions and competency evaluations. En H. Giles, W.P. Robinson y P.M. Smith (Eds.), Language: Social psychological perspectives (pp. 293-300). Oxford: Pergamon.
- Bruskin, R.H. & Associates (1973). What are americans afraid of? The Bruskin Report, nº 53.
- Busch, R.A. (1979). Facilitator's presence and locus of control in the short-term group desensitization of public speaking anxiety. Dissertation Abstracts International, 39, 4725A-4726A.
- Bush, J.D., Bittner, J.R. y Brooks, W.D. (1972). The effects of the videotape recorder on levels of anxiety, exhibitionism, and reticence. Speech Teacher, 21, 127-130.
- Caballo, V.E. (1982). Los componentes de la conducta asertiva. Revista de Psicología General y Aplicada, 37, 473-486.
- Cacioppo, J.T., Glass, C.R. y Merluzzi, T.V. (1979). Self-statements and self-evaluations: A cognitive response analysis of heterosocial anxiety. Cognitive Therapy and Research, 3, 249-262.
- Cacioppo, J.T. y Petty, R.E. (1981). Social psychological procedures for cognitive response assessment: The thought-listing technique. En T.V. Merluzzi, C.R. Glass y M. Genest (Eds.), Cognitive assessment (pp. 309-342). Nueva York: Guilford Press.

- Calef, R.A. y MacLean, G.D.A. (1970). A comparison of reciprocal inhibition and reactive inhibition therapies in the treatment of speech anxiety. Behavior Therapy, 1, 51-58.
- Campbell, C. (1972). Power and influence through public speaking. West Nyack, N.Y.: Parker.
- Carlile, L.W. (1977). An investigation of state anxiety response for high and low speech anxious subjects in two types of threat situations. Dissertation Abstracts International, 38, 1735A.
- Carlile, L.W. y Behnke, R.R. (1973). A retort to the criticism of "Heart rate as an index of speech anxiety". Speech Monographs, 40, 160-164.
- Carnegie, D. (1971). How to develop self-confidence and influence people by public speaking. Nueva York: Pocket Books.
- Carnegie, D. (1977). Cómo hablar bien en público e influir en los hombres de negocios. Barcelona: Edhasa.
- Carney, R.M. (1985). Behavior therapy and the anxiety disorders: Some conceptual and methodological issues. Psychiatric Developments, 3, 65-81.
- Carrobles, J.A.I. (1981). Registros psicofisiológicos. En R. Fernández Ballesteros y J.A.I. Carrobles (Eds.), Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones (pp. 364-406). Madrid: Piramide.
- Carrobles, J.A.I. y Díez-Chamizo, V. (1981). Evaluación de conductas ansiosas. En R. Fernández Ballesteros y J.A.I. Carrobles (Eds.), Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones (pp. 425-453). Madrid: Piramide.
- Casas, J.M. (1975). A comparison of two mediational self-control techniques for the treatment of speech anxiety. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Stanford.
- Casas, J.M. (1976). A comparison of two mediational self-control techniques for the treatment of speech anxiety. Dissertation Abstracts International, 36, 4681B.
- Cash, T.F. y Janda, L.H. (1977). Evaluation of pertinent sources of volunteer bias in behavior therapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 337-338.
- Catta, R.S. (1979). Cómo hablar en público. Bilbao: Mensajero.
- Cattell, R.B. (1957). The IPAT Anxiety Scale. Champaign, Ill.: Institute for Personality and Ability Testing.
- Cautela, J.R. (1981). Behavior analysis forms for clinical intervention (Vol. 2). Champaign, Ill.: Research Press.
- Cautela, J.R. y Groden, J. (1985). Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial. Barcelona: Martínez Roca. (Trabajo original publicado en 1978).

- Clark, J.V. y Arkowitz, H. (1975). Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. Psychological Reports, 36, 211-221.
- Clevenger, T. (1955). A definition of stage fright. The Central States Speech Journal, 7, 26-30.
- Clevenger, T. (1959a). The effect of a physical change in the speech situation upon experienced stage fright. Journal of Communication, 9, 131-135.
- Clevenger, T. (1959b). A synthesis of experimental research in stage fright. Quarterly Journal of Speech, 45, 134-145.
- Clevenger, T. y Phifer, G. (1959). What do beginning college speech texts say about stage fright? The Speech Teacher, 8, 1-7.
- Cohen, H. (1980). Teaching reticent students in a required course. Communication Education, 29, 222-228.
- Cone, J.D. y Hawkins, R.P. (1977). Current status and future directions in behavioral assessment. En J.D. Cone y R.P. Hawkins (Eds.), Behavioral assessment: New directions in clinical psychology (pp. 381-392). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Conger, A.J., Wallander, J.L., Mariotto, M.J. y Ward, D. (1980). Peer judgements of heterosexual-social anxiety and skill: What do they pay attention to anyhow?. Behavioral Assessment, 2, 243-259.
- Connely, D.W. (1977). Some effects of general anxiety and situational stress upon lexical diversity, speaking rate, speaking time. and evaluations of a speaker. Dissertation Abstracts International, 37, 4694A.
- Cook, M. (1969). Anxiety, speech disturbance, and speech rate. British Journal of Social and Clinical Psychology, 8, 13-21.
- Cooper, C.M. y Marshall, W.L. (1980). Self-instructions and behavioral competences in the modification of public-speaking difficulties. Trabajo no publicado, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman.
- Cotton, J.L., Baron, R.S. y Borkovec, T.D. (1980). Caffeine ingestion, misattribution therapy, and speech anxiety. Journal of Research in Personality, 14, 196-206.
- Cradock, C., Cotler, S. y Jason, L.A. (1978). Primary prevention: Immunization of children for speech anxiety. Cognitive Therapy and Research, 2, 389-396.
- Craighead, W.E. y Craighead, L.W. (1981). Instructional demand and anxiety level: Effects on speech anxiety. Behavior Modification, 5, 103-117.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient Alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16, 297-334.

- Cunningham, R.C. (1976). A study of the relationship between selected student variables and speech anxiety encountered by speakers in a beginning college speech course. Dissertation Abstracts International, 37, 3510A-3511A.
- Curran, J.P. (1977). Skills training as an approach to the treatment of heterosexual-social anxiety: A review. Psychological Bulletin, 84, 140-157.
- Curran, J.P., Corriveau, D.P., Monti, P.M. y Hagerman, S.B. (1980). Social skill and social anxiety: Self-report measurement in a psychiatric population. Behavior Modification, 4, 493-512.
- Chaplin, E.W. y Levine, B.A. (1981). The effects of total exposure duration and interrupted versus continuous exposure in flooding therapy. Behavior Therapy, 12, 360-368.
- Dawson, R.W. (1982). Comparative contributions of cognitive behaviour therapy strategies in the treatment of speech anxiety. Australian Journal of Psychology, 34, 297-308.
- Deffenbacher, J.L. (1980). Worry and emotionality in test anxiety. En I.G. Sarason (Ed.), Test anxiety: Theory, research, and applications (pp. 110-128). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Deffenbacher, J.L. y Hazaleus, S.L. (1985). Cognitive, emotional, and physiological components of test anxiety. Cognitive Therapy and Research, 9, 169-180.
- Deffenbacher, J.L. y Michaels, A.C. (1981). A 12-month follow-up of homogeneous and heterogeneous anxiety management training. Journal of Counseling Psychology, 28, 463-466.
- Deffenbacher, J.L., Michaels, A.C., Daley, P.C. y Michaels, T. (1980). A comparison of homogeneous and heterogeneous anxiety management training. Journal of Counseling Psychology, 27, 630-634.
- 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.
- Deffenbacher, J.L. y Snyder, A.L. (1976). Relaxation as self-control in the treatment of test and other anxieties. Psychological Reports, 39, 379-385.
- Denney, D.R. (1980). Self-control approaches to the treatment of test anxiety. En I.G. Sarason (Ed.), Test anxiety: Theory, research, and applications (pp. 209-243). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Devine, D.A. (1975). Effects of client's commitment to change, preference for treatment, and expectation of success on group psychotherapeutic outcome. Dissertation Abstracts International, 36, 935B.
- Dickens, M., Gibson, F. y Prall, C. (1950). An experimental study of the overt manifestations of stage fright. Speech Monographs, 17, 37-47.

- Dickens, M. y Parker, W.R. (1951). An experimental study of certain physiological, introspective and rating-scale techniques for the measurement of stage fright. Speech Monographs, 18, 251-259.
- DiLoreto, A.O. (1971). Comparative psychotherapy. Chicago: Aldine-Atherton.
- Dimsdale, J.E. y Moss, J. (1980). Short-term catecholamine response to psychological stress. Psychosomatic Medicine, 42, 493-497.
- Dow, M.G., Craighead, W.E. y Borkovec, T.D. (1983). Instructional demand and pretesting in the assessment of social anxiety. Behavior Therapy, 14, 326-332.
- Droppleman, L.F. y McNair, D.M. (1971). An experimental analog of public speaking. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 36, 91-96.
- D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology, 78, 107-126.
- Eisler, R.M. y Frederiksen, L.W. (1980). Perfecting social skills: A guide to interpersonal behavior development. Nueva York: Plenum Press.
- Eisler, R.M., Frederiksen, L.W. y Peterson, G. (1978). The relation of cognitive variables to the expresion of assertiveness. Behavior Therapy, 9, 419-427.
- Ekman, P. y Friesen, W.V. (1980). Nonverbal behavior. En S.A. Corson y E.O. Corson (Eds.), Ethology and nonverbal communication in mental health: An interdisciplinary biopsychosocial exploration (pp. 221-229). Oxford: Pergamon.
- Ellis, A. (1979). The practice of rational-emotive therapy. En A. Ellis y J.M. Whiteley (Eds.), Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy (pp. 61-100). Monterey, California: Brooks/Cole.
- Ellis, A. (1980). Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1962).
- Ellis, A. y Grieger, R. (Eds.). (1981). Manual de terapia racional-emotiva. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1977).
- Ellis, A. y Whiteley, J.M. (Eds.). (1979). Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy. Monterey, California: Brooks/Cole.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982a). Anxiety and fear. En A.S. Bellack, M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.), International handbook of behavior modification and therapy (pp. 349-395). Nueva York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982b). Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research, and practice. Nueva York: Plenum Press.

- Foss, K.A. (1983). Overcoming communication anxiety. En R.B. Rubin (Ed.), Improving speaking and listening skills (pp. 25-35). San Francisco: Jossey-Bass.
- Fox, J.E. y Houston, B.K. (1981). Efficacy of self-instructional training for reducing children's anxiety in an evaluative situation. Behaviour Research and Therapy, 19, 509-515.
- Frank, J.D. (1981). Reply to Telch. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 476-477.
- Fredrikson, M. (1983). Reliability and validity of some specific fear questionnaires. Scandinavian Journal of Psychology, 24, 331-334.
- Fremouw, W.J. y Gross, R. (1983). Issues in cognitive-behavioral treatment of performance anxiety. En P.C. Kendall (Ed.), Advances in cognitive-behavioral research and therapy (Vol. 2, pp. 279-306). Nueva York: Academic Press
- Fremouw, W.J., Gross, R., Monroe, J. y Rapp, S. (1982). Empirical subtypes of performance anxiety. Behavioral Assessment, 4, 179-193.
- Fremouw, W.J. y Harmatz, M.G. (1975). A helper model for behavioral treatment of speech anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 652-660.
- Fremouw, W.J. y Scott, M.D. (1979). Cognitive restructuring: An alternative method for the treatment of communication apprehension. Communication Education, 28, 129-133.
- Fremouw, W.J. y Zitter, R.E. (1978). A comparison of skills training and cognitive restructuring-relaxation for the treatment of speech anxiety. Behavior Therapy, 9, 248-259.
- Friedrich, G.W. (1970). An empirical explication of a concept of self-reported speech anxiety. Speech Monographs, 37, 67-72.
- Galassi, J.P., DeLo, J.S., Galassi, M.D. y Bastien, S. (1974). The College Self-Expression Scale: A measure of assertiveness. Behavior Therapy, 5, 165-171.
- Galassi, J.P., Galassi, M.D. y Vedder, M.J. (1981). Perspectives on assertion as a social skills model. En J.D. Wine y M.D. Smye (Eds.), Social competence (pp. 287-345). Nueva York: Guilford Press.
- Gardiner, J.C. (1971). A synthesis of experimental studies of speech communication feedback. The Journal of Communication, 21, 17-35.
- Gatchel, R.J., Hatch, J.P., Maynard, A., Turns, R. y Taunton-Blackwood, A. (1979). Comparison of heart rate biofeedback, and systematic desensitization in reducing speech anxiety: Short- and long- term effectiveness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 620-622.
- Gatchel, R.J., Hatch, J.P., Watson, P.J., Smith, D. y Gaas, E. (1977). Comparative effectiveness of voluntary heart-rate control and muscular relaxation as active coping skills for reducing speech anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 1093-1100.

- Gatchel, R.J., McKinney, M.E. y Paulus, P.B. (1979, mayo). The effect of audience size on high and low speech-anxious subjects. Comunicacion presentada en la reunion anual de la Texas Academy of Sciences, Arlington, Texas.
- Gatchel, R.S. y Proctor, J.D. (1976). Effectiveness of voluntary heart rate control in reducing speech anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44, 381-389.
- Geer, J.H. (1965). The development of a scale to measure fear. Behaviour Research and Therapy, 3, 45-53.
- Geer, J.H. (1966). Effect of fear arousal upon task performance and verbal behavior. Journal of Abnormal Psychology, 71, 119-123.
- Germer, W.A. (1975). Effectiveness of cognitive modification, desensitization, and rational-emotive therapy in the treatment of speech anxiety. Dissertation Abstracts International, 36, 907B-908B.
- Giesen, J.M. y McGlynn, F.D. (1977). Skin conductance and heart-rate responsivity to public speaking imagery among students with high and low self-reported fear: A comparative analysis of "response" definitions. Journal of Clinical Psychology, 33, 68-76.
- Giffin, K. (1966). A theory of self-confidence in interpersonal communication. (Monografia de investigacion P/14). Lawrence, Kansas: The Communication Research Center, Universidad de Kansas.
- Giffin, K. y Bradley, K. (1969a). An exploration study of group counseling for speech anxiety. Journal of Clinical Psychology, 25, 98-101.
- Giffin, K. y Bradley, K. (1969b). Group counseling for speech anxiety: An approach and a rationale. The Journal of Communication, 19, 22-29.
- Gil, F. (1981). Eficacia de distintos métodos en el entrenamiento de la habilidad social de hablar en publico. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- Gil, F. (1983a). Dificultad en las relaciones interpersonales. Eficacia de distintos procedimientos aplicados a la dificultad experimentada al hablar en publico. Revisión de estudios. Revista Española de Terapia del Comportamiento, 1, 199-215.
- Gil, F. (1983b). Eficacia de distintos programas aplicados a un problema específico en las relaciones sociales. Informes de Psicología, 2, 367-391.
- Gil, F. (1984). Entrenamientos en habilidades sociales. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), Manual de modificación de conducta (pp. 399-429). Madrid: Alhambra.
- Gilkinson, H. (1942). Social fears as reported by students in college speech classes. Speech Monographs, 9, 141-160.

- Gilkinson, H. (1943). A questionnaire study of social fears among college speech students. Speech Monographs, 10, 74-83.
- Gilkinson, H. (1944). Experimental and statistical research in general speech. Quarterly Journal of Speech, 30, 95-101.
- Gilkinson, H. y Knower, F. (1940). Individual differences among students of speech as revealed by psychological tests. Quarterly Journal of Speech, 26, 243-255.
- Glaister, B. (1982). Muscle relaxation training for fear reduction of patients with psychological problems: A review of controlled studies. Behaviour Research and Therapy, 20, 493-504.
- Glaser, S.R. (1981). Oral communication apprehension and avoidance: The current status of treatment research. Communication Education, 30, 321-341.
- Glaser, S.R., Biglan, A. y Dow, M.G. (1983). Conversational skills instruction for communication apprehension and avoidance: Evaluation of a treatment program. Communication Research, 10, 582-613.
- Glass, C.R. y Merluzzi, T.V. (1981). Cognitive assessment of social-evaluative anxiety. En T.V. Merluzzi, C.R. Glass y M. Genest (Eds.), Cognitive assessment (pp. 388-438). Nueva York: Guilford Press.
- Glass, C.R., Merluzzi, T.V., Biever, J.L. y Larsen, K.H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. Cognitive Therapy and Research, 6, 37-55.
- Glogower, F.D., Fremouw, W.J. y McCroskey, J.C. (1978). A component analysis of cognitive restructuring. Cognitive Therapy and Research, 2, 209-223.
- Godsey, R.L. (1980). Efficacy of response contingent and program contingent progression in live and taped progressive relaxation training. Dissertation Abstracts International, 40, 3928B.
- Goldfried, M.R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37, 228-234.
- Goldfried, M.R. (1979). Anxiety reduction through cognitive-behavioral intervention. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (Eds.), Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures (pp. 117-152). Nueva York: Academic Press.
- Goldfried, M.R. y Davison, G.C. (1981). Técnicas terapéuticas conductistas. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1976).
- Goldfried, M.R., Decentecio, E.T. y Weinberg, L. (1974). Systematic rational restructuring as a self-control technique. Behavior Therapy, 5, 247-254.

- Goldfried, M.R. y Goldfried, A.P. (1977). Importance of hierarchy content in the self-control of anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 124-134.
- Goldfried, M.R. y Goldfried, A.P. (1980). Cognitive change methods. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), Helping people change: A textbook of methods (2ª ed., pp. 97-130). Nueva York: Pergamon.
- Goldfried, M.R. y Linehan, M.M. (1977). Basic issues in behavioral assessment. En A.R. Ciminero, K.S. Calhoun y H.E. Adams (Eds.), Handbook of behavioral assessment (pp. 15-46). Nueva York: Wiley.
- Goldfried, M.R. y Sobocinski, D. (1975). The effect of irrational beliefs on emotional arousal. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 504-510.
- Goldfried, M.R. y Trier, C.S. (1974). Effectiveness of relaxation as an active coping skill. Journal of Abnormal Psychology, 83, 348-355.
- Goss, B., Thompson, M. y Olds, S. (1978). Behavioral support for systematic desensitization for communication apprehension. Human Communication Research, 4, 158-163.
- Grande, J.P. (1976). The substitution of alpha-feedback for relaxation in the systematic desensitization treatment of public speaking anxiety. Dissertation Abstracts International, 36, 4156B.
- Grayson, J.B. y Borkovec, T.D. (1978). The effects of expectancy and imagined response to phobic stimuli on fear reduction. Cognitive Therapy and Research, 2, 11-24.
- Greene, J.O. y Sparks, G.G. (1983). Explication and test of a cognitive model of communication apprehension: A new look at an old construct. Human Communication Research, 9, 349-366.
- Gross, R.T. y Fremouw, W.J. (1982). Cognitive restructuring and progressive relaxation for treatment of empirical subtypes of speech-anxious subjects. Cognitive Therapy and Research, 6, 429-436.
- Grossberg, J.M. (1965). Successful behavior therapy in a case of speech phobia ("stage fright"). Journal of Speech and Hearing Disorders, 80, 285-288.
- Grossberg, J.M. y Wilson, H.F. (1965). A correlational comparison of the Wolpe-Lang Fear Survey Schedule and Taylor Manifest Anxiety Scale. Behaviour Research Therapy, 3, 125-128.
- Gundersen, D.F. y Hopper, R. (1976). Relationship between speech delivery and speech effectiveness. Communication Monographs, 43, 158-165.
- Gurman, A.S. (1973). Treatment of a case of public-speaking anxiety by in vivo desensitization and cue-controlled relaxation. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 4, 51-54.
- Hackett, G. y Horan, J.J. (1980). Stress inoculation for pain: What's really going on? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 27, 107-116.

- Hamilton, S.B. y Bornstein, P.H. (1977). Increasing the accuracy of self-recording in speech-anxious undergraduates through the use of self-monitoring training and reliability enhancement procedures. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 1076-1085.
- Hansford, B.C. y Hattie, J.A. (1982). Communication apprehension: An assessment of Australian and United States data. Applied Psychological Measurement, 6, 225-233.
- Harris, F.C. y Lahey, B.B. (1978). A method for combining occurrence and nonoccurrence interobserver agreement scores. Journal of Applied Behavior Analysis, 11, 523-527.
- Harris, K.R. y Brown, R.D. (1982). Cognitive behavior modification and informed teacher treatment for shy children. Journal of Experimental Education, 50, 137-143.
- Hartley, L.R., Ungapen, S., Davie, I. y Spencer, D.J. (1983). The effect of beta adrenergic blocking drugs on speakers' performance and memory. British Journal of Psychiatry, 142, 512-517.
- Hayes, B.J. y Marshall, W.L. (1984). Generalization of treatment effects in training public speakers. Behaviour Research and Therapy, 22, 519-533.
- Haynes, S.N. y Wilson, C.C. (1979). Behavioral assessment: Recent advances in methods, concepts, and applications. San Francisco: Jossey-Bass.
- Heinberg, P. (1963). Relationships of content and delivery to general effectiveness. Speech Monographs, 30, 105-107.
- Hekmat, H., Lubitz, R. y Deal, R. (1984). Semantic desensitization: A paradigmatic intervention approach to anxiety disorders. Journal of Clinical Psychology, 40, 463-466.
- Hemme, R.W. y Boor, M. (1976). Role of expectancy set in the systematic desensitization of speech anxiety: An extension of prior research. Journal of Clinical Psychology, 32, 400-404.
- Henrikson, E.H. (1943). Some effects on stage fright of a course in speech. Quarterly Journal of Speech, 29, 490-491.
- Hersen, M. y Barlow, D.H. (1976). Single-case experimental designs: Strategies for studying behavior change. Nueva York: Pergamon.
- Heslin, R. y Patterson, M.L. (1982). Nonverbal behavior and social psychology. Nueva York: Plenum Press.
- Hillenberg, J.B. y Collins, F.L.Jr. (1982). A procedural analysis and review of relaxation training research. Behaviour Research and Therapy, 20, 251-260.
- Hoffmann, J. y Sprague, J. (1982). A survey of reticence and communication apprehension treatment programs at U.S. colleges and universities. Communication Education, 31, 185-193.

- Hoffmann, M., Kalkstein, H. von y Volger, I. (1981). [An empirical study of training programs for overcoming anxiety about speaking]. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 1978, 26, 23-33. (Tomado del Psychological Abstracts, 1981, 65, Abstract nº 6004).
- Holroyd, K.A. y Appel, M.A. (1980). Test anxiety and physiological responding. En I.G. Sarason (Ed.), Test anxiety: Theory, research and applications (pp. 129-151). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Holroyd, K.A., Westbrook, T., Wolf, M. y Badhorn, E. (1978). Performance, cognition and physiological responding in test anxiety. Journal of Abnormal Psychology, 87, 442-451.
- Hollandsworth, J.G., Glazeski, R.C. y Dressel, M.E. (1978). Use of social-skills training in the treatment of extreme anxiety and deficient verbal skill in the job-interview setting. Journal of Applied Behavior Analysis, 11, 259-269.
- Hollandsworth, J.G., Glazeski, R.C., Kirkland, K., Jones, G.E. y Norman, L.R. van (1979). An analysis of the nature and effects of test anxiety: Cognitive, behavioral, and physiological components. Cognitive Therapy and Research, 3, 165-180.
- Hollon, S.D. y Beck, A.T. (1979). Cognitive therapy of depression. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (Eds.), Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures (pp. 153-203). Nueva York: Academic Press.
- Hollon, S.D. y Bemis, K.M. (1981). Self-report and the assessment of cognitive functions. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), Behavioral assessment: A practical handbook (2^a ed., pp. 125-174). Nueva York: Pergamon.
- Hopf, T.S. (1970). Reticence and the oral interpretation teacher. Speech Teacher, 19, 268-171.
- Hopper, R. y Whitehead, J.L.Jr. (1979). Communication concepts and skills. Nueva York: Harper & Row.
- Horan, J.J., Hackett, G., Buchanan, J.D., Stone, C.I. y Demchik-Stone, D. (1977). Coping with pain: A component analysis of stress inoculation. Cognitive Therapy and Research, 1, 211-221.
- Horowitz, N.D. (1977). The efficacy of self-administered systematic desensitization. Dissertation Abstracts International, 38, 1404B.
- Hosford, R.E. (1969). Overcoming fear of speaking in a group. En J.D. Krumboltz y C.E. Thoresen (Eds.), Behavioral counseling (pp. 80-83). Nueva York: Holt.
- Huffman, M. (1985). The maze as an instructional instrument for public speaking. Communication Education, 34, 63-68.
- Hugdahl, K. (1981). The three-systems-model of fear and emotion - A critical examination. Behaviour Research and Therapy, 19, 75-85.

- Hugdahl, K. y Ost, L.G. (1981). On the difference between statistical and clinical significance. Behavioral Assessment, 3, 289-295.
- Hugdahl, K. y Ost, L.G. (1985). Subjectively rated physiological and cognitive symptoms in six different clinical phobias. Personality and Individual Differences, 6, 175-188.
- Husek, T.R. y Alexander, S. (1963). The effectiveness of anxiety differential in examination stress situations. Educational and Psychological Measurement, 23, 309-318.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C. y Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. Behavior Therapy, 15, 336-352.
- Jaremko, M.E. (1979). A component analysis of stress inoculation training. Cognitive Therapy and Research, 3, 35-48.
- Jaremko, M.E. (1980). The use of stress inoculation training in the reduction of public speaking anxiety. Journal of Clinical Psychology, 36, 735-738.
- Jaremko, M.E., Hadfield, R. y Walker, W.E. (1980). Contribution of an educational phase to stress inoculation of speech anxiety. Perceptual and Motor Skills, 50, 495-501.
- Jaremko, M.E. y Walker, G.R. (1980). Public speaking: A stress. Journal of Chronic Diseases and Therapeutics Research, 13, 175-184.
- Jaremko, M.E. y Wenrich, W.W. (1973). A prophylactic usage of systematic desensitization. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 5, 103-105.
- Jarmon, G.J. (1973). Differential effectiveness of rational-emotive therapy, bibliotherapy, and attention-placebo in the treatment of speech anxiety. Dissertation Abstracts International, 33, 4510B.
- Jeger, A.M. y Goldfried, M.R. (1976). A comparison of situation tests of speech anxiety. Behavior Therapy, 7, 252-255.
- Johnson, T., Tyler, V., Thompson, R. y Jones, E. (1971). Systematic desensitization and assertive training in the treatment of speech anxiety in middle-school students. Psychology in the Schools, 8, 263-267.
- Jones, R.G. (1969). A factored measure of Ellis' irrational belief system, with personality and maladjustment correlates. Tesis doctoral, Colegio Tecnológico de Texas, Ann Arbor, Michigan. (University Microfilms nº 69-6443).
- Jurich, A.P. y Jurich, J.A. (1974). Correlations among nonverbal expressions of anxiety. Psychological Reports, 34, 199-204.
- Kallman, W.M. y Feuerstein, M. (1977). Psychophysiological procedures. En A.R. Ciminero, K.S. Calhoun y H.E. Adams (Eds.), Handbook of behavioral assessment (pp. 329-364). Nueva York: Wiley.

- Karst, T.O. y Most, R.A. (1973). A comparison of stress measures in an experimental analogue of public speaking. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41, 342-348.
- Karst, T.O. y Trexler, L. (1970). An inicial study using fixed-role and rational-emotive therapy in treating public speaking anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34, 360-366.
- Kasl, S.V. y Mahl, G.F. (1965). The relationship of disturbances and hesitations in spontaneous speech to anxiety. Journal of Personality and Social Psychology, 1, 425-433.
- Katz, A.M. (1976). The rationale, nature, and evaluation of a group-centered approach to the treatment of speech anxiety. Dissertation Abstracts International, 37, 33A.
- Kazdin, A.E. (1977). Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. Behavior Modification, 1, 427-452.
- Kazdin, A.E. (1978). Evaluating the generality of findings in analogue therapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 673-686.
- Kazdin, A.E. (1979). Therapy outcome questions requiring control of credibility and treatment generated expectancies. Behavior Therapy, 10, 81-93.
- Kazdin, A.E. (1980). Research design in clinical psychology. Nueva York: Harper & Row.
- Kazdin, A.E. (1981). Behavioral observation. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), Behavioral assessment: A practical handbook (2ª ed., pp. 101-124). Nueva York: Pergamon.
- Kazdin, A.E. y Wilcoxon, L.A. (1976). Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: A methodological evaluation. Psychological Bulletin, 83, 729-758.
- Kazdin, A.E. y Wilson, G.T. (1978). Evaluation of behavior therapy: Issues, evidences and research strategies. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- Kelly, L. (1982). A rose by any other name is still a rose: A comparative analysis of reticence, communication apprehension, unwillingness to communicate, and shyness. Human Communication Research, 8, 99-113.
- Kendall, P.C. y Hollon, S.D. (1981). Assessing self-referent speech: Methods in the measurement of self-statements. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (Eds.), Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions (pp. 85-118). Nueva York: Academic Press.
- Kern, J.M. (1984). Relationships between obtrusive laboratory and unobtrusive naturalistic behavioral fear assessments: Treated and untreated subjects. Behavioral Assessment, 6, 45-60.

- King, N.J. (1980). The therapeutic utility of abbreviated progressive relaxation: A critical review with implications for clinical practice. En M. Hersen, R.M. Eister y P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (Vol. 10, pp. 147-182). Nueva York: Academic Press.
- Kirsch, I. y Henry, D. (1977). Extinction versus credibility in the desensitization of speech anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 1052-1059.
- Kirsch, I. y Henry, D. (1979). Self-desensitization and meditation in the reduction of public-speaking anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 536-541.
- Kirsch, I., Wolpin, M. y Knutson, J.L. (1975). A comparison of in vivo methods for rapid reduction of "stage-fright" in the college classroom: A field experiment. Behavior Therapy, 6, 165-171.
- Kleck, R.E. y Nuessle, W. (1968). Congruence between the indicative and communicative functions of eye contact in interpersonal relations. British Journal of Social and Clinical Psychology, 7, 241-246.
- Klopf, D.W. y Cambra, R.E. (1979). Communication apprehension among college students in America, Australia, Japan, and Korea. Journal of Psychology, 102, 27-31.
- Klopf, D.W. y Cambra, R.E. (1980a). Apprehension about speaking among college students in the People's Republic of China. Psychological Reports, 46, 1194.
- Klopf, D.W. y Cambra, R.E. (1980b). Apprehension about speaking among college students in Philippines. Perceptual and Motor Skills, 51, 1288.
- Klorman, R., Weerts, T.C., Hastings, J.E., Melamed, B.G. y Lang, P.J. (1974). Psychometric description of some specific-fear questionnaires. Behavior Therapy, 5, 401-409.
- Knapp, M.L. (1978). Nonverbal communication in human interaction (2ª ed.). Nueva York: Holt.
- Knight, M.L. y Borden, R.J. (1979). Autonomic and affective reactions of high and low socially-anxious individuals awaiting public performance. Psychophysiology, 16, 209-213.
- Kougl, K.M. (1980). Dealing with quiet students in the basic college speech course. Communication Education, 29, 234-238.
- Krugman, M., Kirsch, I., Wickless, C., Milling, L., Golicz, H. y Toth, A. (1985). Neuro-linguistic programming treatment for anxiety: Magic or myth? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 526-530.
- Lacey, J.I. (1956). The evaluation of an autonomic response: Toward a general solution. Annals of the New York Academy of Sciences, 67, 125-163.

- Lacey, J.I., Bateman, D.E. y Lehn, R. van (1953). Autonomic response specificity: An experimental study. Psychosomatic Medicine, 15, 8-21.
- Lake, R.L. y Adams, W.C. (1984). Effects of the videotape recorder on levels of anxiety, exhibitionism and reticence in high school speech students. Communication Education, 33, 333-336.
- Lamb, D.H. (1972a). The Speech Anxiety Inventory: Preliminary test manual for Form X. Normal, Ill.: Illinois State University.
- Lamb, D.H. (1972b). Speech anxiety: Towards a theoretical conceptualization and preliminary scale development. Speech Monographs, 39, 62-67.
- Lamb, D.H. (1973). The effect of two stressors on state anxiety for students who differ in trait anxiety. Journal of Research in Personality, 7, 116-126.
- Lamb, D.H. (1978). Use of behavioral measures in anxiety research. Psychological Reports, 43, 1079-1085.
- Landsburg, D.L. (1982). Nine clues to effective presentations. Supervisory Management, 27, 28-33.
- Lane, T.W. (1980). An empirical test of self-efficacy theory. Tesis de grado master no publicada, Universidad Estatal de Pensilvania.
- 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. (1977). Physiological assessment of anxiety and fear. En J.D. Cone y R.P. Hawkins (Eds.), Behavioral assessment: New directions in clinical psychology (pp. 178-195). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Lang, P.J., Levin, D.N., Miller, G.A. y Kozak, M.J. (1983). Fear behavior, fear imagery and the psychophysiology of emotion: The problem of affective response integration. Journal of Abnormal Psychology, 92, 276-306.
- Lang, P.J., Melamed, B.G. y Hart, J. (1970). A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure. Journal of Abnormal Psychology, 76, 220-234.
- Lange, A.J. y Jakubowski, P. (1976). Responsible assertive behavior: Cognitive/behavioral procedures for trainers. Champaign, Ill.: Research Press.
- Larsen, D., Attkisson, C., Hargreaves, W. y Nguyen, T. (1979). Assessment of client patient satisfaction: Development of a general scale. Evaluation and Program Planning, 2, 197-207.
- Last, C.G. (1984). Cognitive treatment of phobia. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (Vol. 16, pp. 65-82). Nueva York: Academic Press.

- Last, C.G., Barlow, D.H. y O'Brien, G.T. (1985). Assessing cognitive aspects of anxiety: Stability over time and agreement between several methods. Behavior Modification, 9, 72-93.
- Last, C.G. y Blanchard, E.B. (1982). Classification of phobics versus fearful non-phobics: Procedural and theoretical issues. Behavioral Assessment, 4, 195-210.
- Latané, B. y Harkins, S. (1976). Cross-modality matches suggest anticipated stage fright a multiplicative power function of audience size and status. Perception & Psychophysics, 20, 482-488.
- Latimer, P. (1977). Carbon dioxide as a reciprocal inhibitor in the treatment of neurosis. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 8, 83-85.
- Leary, M.R. (1983). The conceptual distinctions are important: Another look at communication apprehension and related constructs. Human Communication Research, 10, 305-312.
- Lederman, L.C. (1982). Suffering in silence: The effects of fear talking on small group participation. Group and Organization Studies, 7, 279-294.
- Lehrer, P.M. (1982). How to relax and how not to relax: A re-evaluation of the work of Edmund Jacobson -I. Behaviour Research and Therapy, 20, 417-428.
- Lehrer, P.M. y Woolfolk, R.L. (1982). Sel-report assessment of anxiety: Somatic, cognitive, and behavioral modalities. Behavioral Assessment, 4, 167-177.
- Lent, R.W. (1983). Perceptions of credibility of treatment and placebo by treated and quasi-control subjects. Psychological Reports, 52, 383-386.
- Lent, R.W., Crimmings, A.M. y Russell, R.K. (1981). Subconscious reconditioning: Evaluation of a placebo strategy for outcome research. Behavior Therapy, 12, 138-143.
- Lent, R.W., Russell, R.K. y Zamostny, K.P. (1981). Comparison of cue-controlled desensitization, rational restructuring and a credible placebo in the treatment of speech anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 608-610.
- Lerea, L. (1956). A preliminary study of the verbal behavior of speech fright. Speech Monographs, 23, 229-233.
- LeTendre, D. (). Anxiety-relief conditioning: An empirical investigation. Dissertation Abstracts International, 38, 3403B.
- Levenson, H. y Miller, J. (1976). Multidimensional locus of control in sociopolitical activists of conservative and liberal ideologies. Journal of Personality and Social Psychology, 33, 199-208.
- Levey, A.B. (1980). Measurement units in psychophysiology. En I. Martin y P.H. Venables (Eds.), Techniques in psychophysiology (pp. 597-628). Chichester: Wiley.

- Levin, H., Baldwin, A.L., Gallwey, M. y Paivio, A. (1960). Audience stress, personality, and speech. Journal of Abnormal and Social Psychology, 61, 469-473.
- Levine, B.A., Gorman, S. y Sherry, G.S. (1978). Reinforcement expectancy effects on phobia research volunteers. Psychological Record, 28, 585-588.
- Levine, B.A., Sherry, G.S. y Gorman, S.B. (1978). Degree of reported speech anxiety under two descriptive conditions. Journal of Psychology, 98, 171-173.
- Lick, J.R. (1977). The effects of pretreatment demand characteristics on verbally report fear. Behavior Therapy, 8, 727-730.
- Lick, J.R. y Unger, T.E. (1977). The external validity of behavioral assessment: The problem of generalizing from the laboratory to the natural environment. Behavior Modification, 1, 283-306.
- Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J. y Klein, D.F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. Archives of General Psychiatry, 42, 729-736.
- Lima, P.P. (1975). A comparison of induced anxiety and flooding in the modification of speech anxiety. Dissertation Abstracts International, 36, 2477B.
- Lineham, K.S., Rosenthal, T.L., Kelley, J.E. y Theobald, D.E.E. (1977). Homogeneity and heterogeneity of problem class in modeling treatment of fears. Behavior Research and Therapy, 15, 211-215.
- Linehan, M.M. (1979). Structured cognitive-behavioral treatment of assertion problems. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (Eds.), Cognitive-behavioral interventions (pp. 205-240). Nueva York: Academic Press.
- Little, J.M. (1977). The relative contribution of thought stopping and covert assertion in the treatment of speech anxiety. Dissertation Abstracts International, 38, 1890B.
- Lohr, J.W. y McManus, M.L. (1975). The development of an audio-taped treatment for systematic desensitization of speech anxiety. Central States Speech Journal, 26, 215-220.
- Lohr, J.W. y Rea, R.G. (1981). A disconfirmation of the relationship between fear of public speaking and irrational beliefs. Psychological Reports, 48, 795-798.
- Longo, D.J. y Saal, W. vom (1984). Respiratory relief therapy: A new treatment procedure for the reduction of anxiety. Behavior Modification, 8, 361-378.
- Low, G.M. y Sheets, B.V. (1951). The relation of psychometric factors to stage fright. Speech Monographs, 18, 266-271.
- Lynd, R.S. (1976). Anxiety relief, progressive muscle relaxation, and expectancy relaxation in the treatment of speech phobia. Dissertation Abstracts International, 37, 3083B.

- Llavona, L. (1984). El proceso de evaluación conductual. En J. Mayor, y F.J. Labrador (Eds.), Manual de modificación de conducta (pp. 93-122). Madrid: Alhambra.
- Mahl, G.F. (1956). Disturbances and silences in the patient's speech in psychotherapy. Journal of Abnormal and Social Psychology, 53, 1-15.
- Maiuro, R.D. (1978). The effects of self versus externally attributed behavior change in the treatment of speech anxiety: Outcome, maintenance and generalization. Dissertation Abstracts International, 39, 1488B.
- Maiuro, R.D. y Talent, B. (1977, diciembre). Evidence on the validity of "analogue populations" in anxiety reduction research. Comunicación presentada en el Congreso de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, Georgia.
- Maleski, E.F. (1971). Effects of contingency awareness and suggestion on systematic desensitization: Unplanned therapist differences. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37, 446.
- Mandler, G., Mandler, J. y Uviller, E. (1958). Autonomic feedback: The perception of autonomic activity. Journal of Abnormal and Social Psychology, 53, 367-373.
- Mandler, G. y Sarason, S.B. (1952). A study of anxiety and learning. Journal of Abnormal and Social Psychology, 47, 166-173.
- Mann, L. (1972). Elementos de psicología social. México: Limusa. (Trabajo original publicado en 1969).
- Mannion, W.E. y Levine, B.A. (1984). Effects of stimulus representation and cue category level on exposure (flooding) therapy. British Journal of Clinical Psychology, 23, 1-7.
- Marshall, W.L. (1981). Behavioral treatment of phobic and obsessive-compulsive disorders. En L. Michelson, M. Hersen y S.M. Turner (Eds.), Future perspectives in behavior therapy (pp. 161-186). Nueva York: Plenum Press.
- Marshall, W.L., Cooper, C. y Parker, L. (1979). Skills training and anxiety management in producing effective public speakers. Comunicación presentada en el 13º Congreso Anual de la Asociación for the Advancement of Behavior Therapy, San Francisco, California.
- Marshall, W.L., Parker, L. y Hayes, B.J. (1982). Treating public speaking problems. A study using flooding and the elements of skills training. Behavior Modification, 6, 147-170.
- Marshall, W.L., Presse, L. y Andrews, W.R. (1976). A self-administered program for public speaking anxiety. Behaviour Research and Therapy, 14, 33-39.
- Marshall, W.L., Stoian, M. y Andrews, W.R. (1977). Skills training and self-administered desensitization in the reduction of public speaking anxiety. Behaviour Research and Therapy, 15, 115-117.

- Marshall, W.L., Taylor, A. y Hayes, B.J. (1981). Differences between "good" and "bad" public speakers. Trabajo no publicado, Queen's University, Kingston, Ontario, Canadá.
- Martinez-Diaz, J.A. y Edelstein, B.A. (1979). Multivariate effects of demand characteristics on the analogue assessment of heterosocial competence. Journal of Applied Behavior Analysis, 12, 679-689.
- Marzillier, J. (1978). Outcome studies of skills training: A review. En P. Trower, B. Bryant y M. Argyle, Social skills and mental health (pp. 103-130). Londres: Methuen.
- Mash, E.J. y Terdal, L.G. (1980). Follow-up assessments in behavior therapy. En P. Karoly y J.J. Steffen (Eds.), Improving the long-term effects of psychotherapy (pp. 99-147). Nueva York: Gardner Press.
- Mathews, A. (1978). Fear-reduction research and clinical phobias. Psychological Bulletin, 85, 390-404.
- Matias, R. Jr. y Turner, S.M. (1986). Concordance and discordance in speech anxiety assessment: The effects of demand characteristics on the tripartite assessment method. Behaviour Research and Therapy, 24, 537-545.
- Matthews, B.H. (1978). The recognition and control of nonverbal signs of speech anxiety in communication. Dissertation Abstracts International, 39, 2619A-2620A.
- Mayor, J. y Gallego, C. (1984). Trastornos de la conducta lingüística. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), Manual de modificación de conducta (pp. 709-761). Madrid: Alhambra.
- McCroskey, J.C. (1970). Measures of communication-bound anxiety. Speech Monographs, 37, 269-277.
- McCroskey, J.C. (1972). The implementation of a large-scale program of systematic desensitization for communication apprehension. Speech Teacher, 21, 255-264.
- McCroskey, J.C. (1977). Oral communication apprehension: A summary of recent theory and research. Human Communication Research, 4, 78-96.
- McCroskey, J.C. (1978). Validity of the PRCA as an index of oral communication apprehension. Communication Monographs, 45, 192-203.
- McCroskey, J.C. (1980a). On communication competence and communication apprehension: A response to Page. Communication Education, 29, 109-111.
- McCroskey, J.C. (1980b). Quiet children in the classroom: On helping not hurting. Communication Education, 29, 239-244.
- McCroskey, J.C. (1981, abril). Oral communication apprehension: Reconceptualization and a new look at measurement. Comunicación presentada en el Congreso de la Central States Speech Association, Chicago.

- McCroskey, J.C. y Beatty, M.J. (1984). Communication apprehension and accumulated communication state anxiety experiences: A research note. Communication Monographs, 51, 79-84.
- McCroskey, J.C. y Beatty, M.J. (en prensa). Oral communication apprehension. En W.H. Jones, J.M. Cheek y S.R. Briggs (Eds.), A sourcebook on shyness. Nueva York: Plenum Press.
- McCroskey, J.C., Ralph, D.C. y Barrick, J.E. (1970). The effect of systematic desensitization on speech anxiety. Speech Teacher, 19, 32-36.
- McCroskey, J.C. y Wright, D.W. (1971). The development of an instrument for measuring interaction behavior in small groups. Speech Monographs, 38, 335-340.
- McGlynn, F.D. (1973). Graded imagination and relaxation as components of experimental desensitization. The Journal of Nervous and Mental Disease, 156, 377-385.
- McGlynn, F.D. y McClaren, H.A. (1975). Components of desensitization in modification of fear among genuinely fearful subjects. Psychological Reports, 37, 959-969.
- McGlynn, F.D., Solomon, G.S. y Barrios, B.A. (1979). Graded imagination and relaxation as components of experimental desensitization: A psychophysiological evaluation. Journal of Clinical Psychology, 35, 542-546.
- McKinney, M.E. y Gatchel, R.J. (1982). The comparative effectiveness of heart rate biofeedback, speech skills training and a combination of both in treating public speaking anxiety. Biofeedback and Self Regulation, 7, 71-87.
- McKinney, M.E., Gatchel, R.J. y Paulus, P.B. (1983). The effects of audience size on high and low speech-anxious subjects during an actual speaking task. Basic and Applied Social Psychology, 4, 73-87.
- McSweeney, A.J. (1976). Imagery as a variable in the efficacy of systematic desensitization. Dissertation Abstracts International, 36, 5271B.
- Mehrabian, A. (1969). Some referents and measures of non-verbal behavior. Behavior Research Methods and Instrumentation, 1, 203-207.
- Meichenbaum, D. (1972). Cognitive modification of test-anxious college students. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39, 370-380.
- Meichenbaum, D. (1975). Self-instruccional methods. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), Helping people change: A textbook of methods. Nueva York: Pergamon.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive-behavior modification: An integrative approach. Nueva York: Plenum Press.

- Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1983). Stress inoculation training. Toward a general paradigm for training coping skills. En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (Eds.), Stress reduction and prevention (pp. 115-154). Nueva York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D., Gilmore, J.B. y Fedoravicius, A. (1971). Group insight versus group desensitization in treating speech anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 36, 410-421.
- Meichenbaum, D. y Jaremko, M.E. (Eds.). (1983). Stress reduction and prevention. Nueva York: Plenum Press.
- Migler, B. y Wolpe, J. (1967). Automated self-desensitization: A case report. Behaviour Research and Therapy, 5, 133-135.
- Miller, B. y Bernstein, D. (1972). Instructional demand in a behavioral avoidance test for claustrophobic fears. Journal of Abnormal Psychology, 80, 206-210.
- Miller, G.R. y Hewgill, M.A. (1964). The effect of variations in nonfluency on audience ratings of source credibility. Quarterly Journal on Speech, 50, 36-44.
- Monti, P.M., Boice, R., Fingeret, A.L., Zwick, W.R., Kolko, D., Munroe, S. y Grunberger, A. (1984). Midi-level measurement of social anxiety in psychiatric and non-psychiatric samples. Behaviour Research and Therapy, 22, 651-660.
- Morey, E.L. (1974). Locus of control as a variable in the effectiveness of two rational-emotive therapy styles. Dissertation Abstracts International, 35, 1057B-1058B.
- Morley, S., Shepherd, G. y Spence, S. (1983). Cognitive approaches to social skills training. En S. Spence y G. Shepherd (Eds.), Developments in social skills training (pp. 305-333). Londres: Academic Press.
- Mortensen, D., Arntson, P. y Lustig, M. (1975 abril). The measurement of verbal predispositions: Scale development and application. Comunicacion presentada en el Congreso Anual de la International Communication Association, Chicago
- Mulac, A. (1974). Effects of three feedback conditions employing videotape and audiotape on acquired speech skill. Speech Monographs, 41, 205-214.
- Mulac, A. y Sherman, A.R. (1974). Behavioral assessment of speech anxiety. Quarterly Journal of Speech, 60, 134-143.
- Mulac, A. y Sherman, A.R. (1975). Relationship among four parameters of speaker evaluation: Speech skill, source credibility, subjective speech anxiety, and behavioral speech anxiety. Speech Monographs, 42, 302-310.
- Murray, D.C. (1971). Talk, silence and anxiety. Psychological Bulletin, 75, 244-260.

- Myers, R.M. (1974). Validation of systematic desensitization of speech anxiety through galvanic skin response. Speech Monographs, 41, 233-235.
- Mylar, J. y Clement, P. (1972). Prediction and comparison of outcome in systematic desensitization and implosion. Behaviour Research and Therapy, 10, 235-246.
- Naggs, S.E. (1979). The importance of an educational phase to the stress inoculation training of anxiety. Tesis de grado master no publicada, Universidad de Richmond.
- Neer, M.R. (1982). Enrolling students in communication apprehension laboratories. Communication Education, 31, 205-210.
- Nelson, R.O. y Hayes, S.C. (1981). Nature of behavioral assessment. En M.Hersen y A.S. Bellack (Eds.), Behavioral assessment: A practical handbook (2ª ed., pp. 3-37). Nueva York: Pergamon.
- Nelson, R.O., Hayes, S.C., Felton, J. y Jarrett, R.B. (1985). A comparison of data produced by different behavioral assessment techniques with implications for models of social-skills inadequacy. Behaviour Research and Therapy, 23, 1-11.
- Nicholson, R.A. y Berman, J.S. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy?. Psychological Bulletin, 93, 261-278.
- Nietzel, M.T. y Bernstein, D.A. (1976). The effects of instructionally-mediated demand on the behavioral assessment of assertiveness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44, 500.
- Nietzel, M.T. y Bernstein, D.A. (1981). Assessment of anxiety and fear. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), Behavioral assessment: A practical handbook (2ª ed., pp. 215-245). Nueva York: Pergamon.
- Norman, W.H. (1975). The efficacy of self-instructional training in the treatment of speech anxiety. Dissertation Abstracts International, 36, 1663B-1664B.
- Norusis, M.J. (1983). SPSS^X: Introductory statistics guide. Nueva York: McGraw-Hill.
- Norusis, M.J. (1985). SPSS^X: Advanced statistics guide. Nueva York: McGraw-Hill.
- O'Banion, K. y Arkowitz, H. (1977). Social anxiety and selective memory for affective information about the self. Social Behavior and Personality, 5, 321-328.
- Oka, B.J., Cambra, R.E. y Klopff, D.W. (1979). Reducing apprehension about communication. Psychological Reports, 44, 430.
- O'Leary, K.D. y Borkovec, T.D. (1978). Conceptual, methodological and ethical problems of placebo groups in psychotherapy research. American Psychologist, 33, 821-830.
- Ollendick, T.H. (1979). Fear reduction techniques with children. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (Vol. 8, pp. 127-168). Nueva York: Academic Press.

- Ollendick, T.H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children. Behaviour Research and Therapy, 21, 685-692.
- Ollendick, T.H., Matson, J.L. y Helsel, W.J. (1985). Fears in visually-impaired and normally-sighted youths. Behaviour Research and Therapy, 23, 375-378.
- Osberg, J.W. III (1981). The effectiveness of applied relaxation in the treatment of speech anxiety. Behavior Therapy, 12, 723-729.
- Osborn, M. (1982). Speaking in public. Boston: Houghton Mifflin.
- Ost, L.G., Jerrelmalm, A. y Johanson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. Behaviour Research and Therapy, 19, 1-16.
- Page, W.T. (1980). Rhetoritherapy versus behavior therapy: Issues and evidence. Communication Education, 29, 95-104.
- Paivio, A. (1963). Audience influence, social isolation and speech. Journal of Abnormal and Social Psychology, 67, 247-253.
- Paivio, A., Baldwin, A.L. y Berger, S.M. (1961). Measurement of children's sensitivity to audiences. Child Development, 32, 721-730.
- Paivio, A. y Lambert, W.E. (1959). Measures and correlates of audience anxiety (stage fright). Journal of Personality, 27, 1-17.
- Park, T.P. (1979). Covert positive reinforcement: Contribution of the reinforcing stimulus in reducing public speaking anxiety. Dissertation Abstracts International, 39, 5574B.
- Parker, C.L. (1975). A desensitization group for adult community leaders. Personnel & Guidance Journal, 54, 48-49.
- Paul, G.L. (1966). Insight vs. desensitization in psychotherapy. Stanford, California: Stanford University Press.
- Paul, G.L. (1967). Insight versus desensitization in psychotherapy two years after termination. Journal of Consulting Psychology, 31, 333-348.
- Paul, G.L. (1968). Two-year follow-up of systematic desensitization in therapy groups. Journal of Abnormal Psychology, 73, 119-130.
- Paul, G.L. y Shannon, D. (1966). Treatment of anxiety through systematic desensitization in therapy groups. Journal of Abnormal Psychology, 71, 124-135.
- Paulson, S. (1951). Changes in confidence during a period of speech training: Transfer of training and comparison of improved and non-improved groups on the Bell Adjustment Inventory. Speech Monographs, 18, 260-265.
- Pearson, J.C. (1979). A factor analytic study of the items in the Rathus Assertiveness Schedule and the Personal Report of Communication Apprehension. Psychological Reports, 45, 491-497.

- Peck, D. y Cáceres, J. (1981). Avances en la terapia de conducta. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Pedersen, D.J. (1980). Systematic desensitization as a model for dealing with the reticent student. Communication Education, 29, 229-233.
- Petty, R.E. y Cacioppo, J.T. (1977). Forewarning, cognitive responding, and resistance to persuasion. Journal of Personality and Social Psychology, 35, 645-655.
- Phillips, G.M. (1977). Rhetoritherapy versus the medical model: Dealing with reticence. Communication Education, 26, 34-43.
- Phillips, G.M. (1980). On apples and onions: A reply to Page. Communication Education, 29, 105-108.
- Phillips, G.M. y Sokoloff, K.A. (1979). An end to anxiety: Treating speech problems with rhetoritherapy. Journal of Communication Disorders, 12, 385-397.
- Porter, D.T. (1974). Self-report scales of communication apprehension and automatic arousal (heart rate): A test of construct validity. Speech Monographs, 41, 267-276.
- Porter, D.T. (1979). Communication apprehension: Communication's latest artifact? En D. Nimmo (Ed.), Communication Yearbook III (pp. 241-259). New Brunswick, New Jersey: Transaction Books.
- Porter, D.T. (1981). An empirical appraisal of the PRCA for measuring oral communication apprehension. Human Communication Research, 8, 58-71.
- Porter, D.T. y Burns, G.P. Jr. (1973). A criticism of "Heart rate as an index of speech anxiety". Speech Monographs, 40, 156-159.
- Porter, D.T., Freimuth, V.S. y Kibler, R.J. (1974, diciembre). An empirical evaluation of the construct "communication apprehension". Comunicacion presentada en el Congreso de la Speech Communication Association, Chicago, Illinois.
- Quayle, C.M. (1980). The relative effectiveness of audio-taped relaxation and live therapist presented relaxation in terms of physiological parameters. Dissertation Abstracts International, 40, 3960B.
- Rachman, S.J. (1984). Fear and courage. Behavior Therapy, 15, 109-120.
- Rachman, S.J. y Wilson, G.T. (1980). The effects of psychological therapy (2ª ed.). Oxford: Pergamon.
- Rathus, S.A. (1973). A 30 item schedule for assessing assertive behavior. Behavior Therapy, 4, 398-406.
- Ray, W.J. y Raczynski, J.M. (1981). Psychophysiological assessment. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), Behavioral assessment: A practical handbook (2ª ed., pp. 175-211). Nueva York: Pergamon.

- Reid, J.R. (1978). An investigation of hierarchy properties in systematic desensitization. Dissertation Abstracts International, 38, 3412B.
- Reynolds, D.J. (1967). The Temple Fear Survey Inventory. Trabajo no publicado, Universidad de Temple.
- Richardson, F.C. y Tasto, D.L. (1976). Development and factor analysis of a social anxiety inventory. Behavior Therapy, 7, 453-462.
- Richter, M.O. (1975). Systematic desensitization of social anxiety in junior college students. Dissertation Abstracts International, 35, 4194B.
- Rimm, D.C. y Lefebvre, R.C. (1981). Phobic disorders. En S.M. Turner, K.S. Calhoun y H.E. Adams (Eds.), Handbook of clinical behavior therapy (pp. 12-40). Nueva York: Wiley.
- Rimm, D.C. y Masters, J.C. (1980). Terapia de la conducta: Técnicas y hallazgos empíricos. México: Trillas. (Trabajo original publicado en 1974).
- Robinson, E.R. (1956). An experimental investigation of certain commonly suggested teaching methods for the development of confidence in beginning students of public speaking. Speech Monographs, 23, 97-98.
- Robinson, E.R. (1959). What can the speech teacher do about stage fright? The Speech Teacher, 8, 8-14.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Rosenthal, T.L. (1980). Modeling approaches to test anxiety and related performance problems. En I.G. Sarason (Ed.), Test anxiety: Theory, research and application (pp. 245-270). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rothstein, W. y Boblitt, W.E. (1970). Expressed fears of psychiatric inpatients. Journal of Clinical Psychology, 26, 277-279.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80, (1, todo el nº 609).
- Rubin, R.B. (1983). Conclusions. En R.B. Rubin (Ed.), Improving speaking and listening skills (pp. 95-100). San Francisco: Jossey-Bass.
- Russell, R.K. y Wise, F. (1976). Treatment of speech anxiety by cue-controlled relaxation and desensitization with professional and paraprofessional counselors. Journal of Counseling Psychology, 23, 583-586.
- Sanders, B.D. (1968). Behavior rehearsal and imaginal desensitization in reducing public speaking anxiety. Dissertation Abstracts, 28, 3065B-3066B.

- Sarason, I.G. (1980). Introduction to the study of test anxiety. En I.G. Sarason (Ed.), Test anxiety: Theory, research, and applications (pp. 3-14). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sayer, J.E. (1983). Guide to confident public speaking. Chicago: Nelson-Hall.
- Scott, R.R., Himadi, W. y Keane, T.M. (1983). A review of generalization in social skills training: Suggestions for future research. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (Vol. 15, pp. 113-172). Nueva York: Academic Press.
- Scherer, K.R., London, H. y Wolf, J.J. (1973). The voice of confidence: Paralinguistic cues and audience evaluation. Journal of Research in Personality, 7, 31-44.
- Schleifer, L.M. (1978). Specific and nonspecific factors in the behavioral treatment of public speaking anxiety. Trabajo basado en la tesis doctoral del autor, Universidad Estatal de Nueva York, Albany.
- Schuler, K., Gilner, F., Austrin, H. y Davenport, D.G. (1982). Contribution of the education phase to stress-inoculation training. Psychological Reports, 51, 611-617.
- Schwartz, G.E. (1978). Psychobiological foundations of psychotherapy and behavior change. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis (2^a ed., pp. 63-99). Nueva York: Wiley.
- Schwartz, R.M. y Gottman, J.M. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44, 910-920.
- Segura, M. (1985). La terapia de conducta hoy. ¿Una psicología científica? Revista Española de Terapia del Comportamiento, 3, 121-150.
- Seiffert, P.D. (1977). Symbolic accommodation: An approach for reducing phobic anxiety. Dissertation Abstracts International, 37, 4166B.
- Sereno, K.K. y Hawkins, G.J. (1967). The effects of variation in speakers' nonfluency upon audience ratings of attitudes toward the speech topic and speakers' credibility. Speech Monographs, 34, 58-64.
- Sharp, G.W. (1981). Acquisition of lecturing skills by university teaching assistants: Some effects of interest, topic relevance, and viewing a model videotape. American Educational Research Journal, 18, 491-502.
- 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.

- Sherry, G.S. y Levine, B.A. (1980). An examination of procedural variables in flooding therapy. Behavior Therapy, 11, 148-155.
- Siddle, D.A.T. y Turpin, G. (1980). Measurement, quantification, and analysis of cardiac activity. En I. Martin y P.H. Venables (Eds.), Techniques in psychophysiology (pp. 139-246). Chichester: Wiley.
- Siegel, S. (1972). Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. Mexico: Trillas. (Trabajo original publicado en 1956).
- Siegmán, A.W. y Pope, B. (1965). Effects of question specificity and anxiety-producing messages on verbal fluency in the initial interview. Journal of Personality and Social Psychology, 2, 522-530.
- Singerman, K.J., Borkovec, T.D. y Baron, R.S. (1976). Failure of a "misattribution therapy" manipulation with a clinically relevant target behavior. Behavior Therapy, 7, 306-313.
- Slivken, K.E. y Buss, A.H. (1984). Misattribution and speech anxiety. Journal of Personality and Social Psychology, 47, 396-402.
- Slutsky, J.M. y Allen, G.J. (1978). Influence of contextual cues on the efficacy of desensitization and a credible placebo in alleviating public speaking anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 119-125.
- Smith, R.E., Diener, E. y Beaman, A.L. (1974). Demand characteristics and the behavioral avoidance measure of fear in behavior therapy analogue research. Behavior Therapy, 5, 172-182.
- Smith, R.E. y Sarason, I.G. (1975). Social anxiety and the evaluation of negative interpersonal feedback. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 429.
- Smith, T.W. (1982). Irrational beliefs in the cause and treatment of emotional distress: A critical review of the rational-emotive model. Clinical Psychology Review, 2, 505-522.
- Solomon, A.H. (1978). Effects of expectancy on the reactivity and accuracy of self-monitoring. Dissertation Abstracts International, 39, 1970B.
- Spielberger, C.D. (Ed.). (1966). Anxiety and behavior. Nueva York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. (1973). State-Trait Anxiety Inventory for Children: Preliminary manual. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., Martínez-Urrutía, A., Gonzalez-Reigosa, F., Natalicio, L. y Díaz-Guerrero, R. (fecha indeterminada). IDARE. Inventario de autoevaluación. México: El Manual Moderno.

- Spock, L.C. (1977). Instructional sets and treatment credibility as influences on analogue speech anxiety. Dissertation Abstracts International, 38, 381B.
- SPSS Inc. (1986). SPSS^X: User's guide (2 ed.). Chicago: Autor.
- Stacks, D.W. y Stone, J.D. (1984). An examination of the effect of basic speech courses, self-concept, and self-disclosure on communication apprehension. Communication Education, 33, 317-331.
- Stampfl, T.G. y Levis, D.J. (1967). Essentials of implosive therapy: A learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy. Journal of Abnormal Psychology, 72, 496-503.
- Staton-Spicer, A. y Bassett, R. (1980). A mastery learning approach to competency-based education for public speaking instruction. Communication Education, 29, 171-182.
- Stefanek, M.E. y Eisler, R.M. (1983). The current status of cognitive variables in assertiveness training. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (Vol. 15, pp. 277-319). Nueva York: Academic Press.
- Stern, R.M., Ray, W.J. y Davis, C.M. (1980). Psychophysiological recording. Nueva York: Oxford University Press.
- Stokes, T.F. y Baer, D.M. (1977). An implicit technology of generalization. Journal of Applied Behavior Analysis, 10, 349-367.
- Stolz, W. y Taunenbaum, P.H. (1963). Effects of feedback on oral encoding behavior. Language and Speech, 6, 218-228.
- Straatmeyer, A.J. y Watkins, J.T. (1974). Rational-emotive therapy and the reduction of speech anxiety. Rational Living, 9, 33-37.
- Strahan, R.F. (1968). A study of speech anxiety. Dissertation Abstracts, 28, 5222B.
- Suckerman, K.R. (1978). The role of imagery and mode de presentation in systematic desensitization. Dissertation Abstracts International, 38, 3913B.
- Suinn, R.M. (1969). The STABS, a measure of test anxiety for behavior therapy: Normative data. Behaviour Research and Therapy, 7, 335-339.
- Suinn, R.M. (1977). Manual: Anxiety management training. Fort Collins, Colorado: Rocky Mountain Behavioral Sciences Institute.
- Suinn, R.M. y Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy program for anxiety control. Behavior Therapy, 2, 498-510.
- Taggart, P., Carruthers, M. y Sommerville, W. (1973). Electrocardiogram, plasma catecholamines and lipids, and their modification by oxprenolol when speaking before an audience. Lancet, 2, 341-346.
- Talent, B.K. (1979). Differential effects of systematic desensitization and cognitive modification on subjects with two kinds of speech anxiety. Dissertation Abstracts International, 39, 4056B-4057B.

- Tasto, D.L. (1977). Self-report schedules and inventories. En A.R. Ciminero, K.S. Calhoun y H.E. Adams (Eds.), Handbook of behavioral assessment (pp. 153-193). Nueva York: Wiley.
- Tasto, D.L. y Hickson, R. (1970). Standardization, item analysis and scaling of the 122 item fear survey schedule. Behavior Therapy, 1, 473-484.
- Taylor, J.A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. Journal of Abnormal and Social Psychology, 48, 285-290.
- Telch, M.J. (1981). The present status of outcome studies: A reply to Frank. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 472-475.
- Tenenbaum, G. (1984). A note on the measurement and relationship of physiological and psychological components of anxiety. International Journal of Sport Psychology, 15, 88-97.
- Tesser, A., Leone, C. y Clary, E.G. (1978). Affect control: Process constraints versus catharsis. Cognitive Therapy and Research, 2, 265-274.
- Thorpe, G.L., Amatu, H.I., Blakey, R.S. y Burns, L.E. (1976). Contribution of overt instructional rehearsal and "specific insight" into the effectiveness of self-instructional training: A preliminary study. Behavior Therapy, 7, 504-511.
- Thorpe, G.L., Barnes, G.S., Hunter, J.E. y Hines, D. (1983). Thoughts and feelings: Correlations in two clinical and two nonclinical samples. Cognitive Therapy and Research, 7, 565-574.
- Thyer, B.A., Tomlin, P., Curtis, G.C., Cameron, O.G. y Nesse, R. (1985). Diagnostic and gender differences in the expressed fears of anxious patients. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16, 111-115.
- Torriente, G.F. de la (1980). Cómo hablar correctamente en público. Madrid: Playor.
- Toy, T.B. (1973). Investigation of itemized hierarchy presentation versus progressive time sequence in systematic desensitization. Dissertation Abstracts International, 34, 2955B.
- Trexler, L.D. y Karst, T.O. (1972). Rational-emotive therapy, placebo and no-treatment effects on public-speaking anxiety. Journal of Abnormal Psychology, 79, 60-67.
- Trier, C.S. (1975). Effectiveness of two versions of rational restructuring in reducing speech anxiety: An experimental analogue. Dissertation Abstracts International, 36, 924B.
- Trower, P. (1980). Situational analysis of the components and processes of behavior of socially skilled and unskilled patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 327-339.
- Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M. (1978). Social skills and mental health. Londres: Methuen.

- Trussell, R.P. (1978). Use of graduated behavior rehearsal, feedback, and systematic desensitization for speech anxiety. Journal of Counseling Psychology, 25, 14-20.
- Tucker, D.M., Shearer, S.L. y Murray, J.D. (1977). Hemispheric specialization and cognitive behavior therapy. Cognitive Therapy and Research, 1, 263-273.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective. Nueva York: Guilford Press.
- Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1985). Empirically derived subtypes of social anxiety. Behavior Therapy, 16, 384-392.
- Twentyman, C.T. y Zimering, R.T. (1979). Behavioral training of social skills: A critical review. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (Vol. 7, pp. 319-400). Nueva York: Academic Press.
- Valenti, J. (1982). Speak up with confidence. Nueva York: William Morrow.
- Valins, S. (1966). Cognitive effects of false heart rate feedback. Journal of Personality and Social Psychology, 4, 400-408.
- Varenhorst, B.B. (1969). Helping a client speak up in class. En J.E. Krumboltz y C.E. Thoresen (Eds.), Behavioral counseling (pp. 83-86). Nueva York: Holt.
- Vermilyea, B.B., Barlow, D.H. y O'Brien, G.T. (1984). The importance of assessing treatment integrity: An example in the anxiety disorders. Journal of Behavioral Assessment, 6, 1-12.
- Vila, J. (1984a). Implicaciones terapéuticas de la experimentación psicofisiológica de la ansiedad. Anuario de Psicología, 30-31, 45-57.
- Vila, J. (1984b). Técnicas de reducción de ansiedad. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), Manual de modificación de conducta (pp. 229-263). Madrid: Alhambra.
- Vila, J. (1986, mayo). Componentes psicofisiológicos de las respuestas defensivas y sus implicaciones en los trastornos cardiovasculares. Conferencia dada en la 2ª reunión anual de la "Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament", Gerona.
- Vrolijk, A. (1977). [Habituation as a mode of treatment of speaking anxiety]. Gedrag: Tijdschrift voor Psychologie, 1974, 2, 332-338. (Tomado del Psychological Abstracts, 1977, 57, Abstract nº 8769).
- Vrolijk, A. (1978). [Training public speaking behavior: The effect of model and manual]. Gedrag: Tijdschrift voor Psychologie, 1977, 5, 95-105. (Tomado del Psychological Abstracts, 1978, 59, Abstract nº 12779).
- Wade, T.C. y Hartmann, D.P. (1978). Some statistical problems in behavior modification research. Behavior Therapy, 9, 682.

- Wallander, J.L., Conger, A.J. y Ward, D.G. (1983). It may not be worth the effort! Trained judges' global ratings as a criterion measure of social skills and anxiety. Behavior Modification, 7, 139-150.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33, 448-457.
- Weerts, T.C. y Lang, P.J. (1978). Psychophysiology of fear imagery: Differences between focal phobia and social performance anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1157-1159.
- Weinberger, A. y Engelhart, R.S. (1976). Three group treatments for reduction of speech anxiety among students. Perceptual and Motor Skills, 43, 1317-1318.
- Weingarten, C.J. (1973). Systematic desensitization vs. accelerated mass desensitization with speech anxious subjects. Dissertation Abstracts International, 34, 2323B.
- Weissberg, M. (1975). Anxiety-inhibiting statements and relaxation combined in two cases of speech anxiety. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 6, 163-164.
- Weissberg, M. (1977). A comparison of direct and vicarious treatments of speech anxiety: Desensitization, desensitization with coping imagery, and cognitive modification. Behavior Therapy, 8, 606-620.
- Weissberg, M. y Lamb, D. (1977). Comparative effects of cognitive modification, systematic desensitization and speech preparation in the reduction of speech and general anxiety. Communication Monographs, 44, 27-36.
- Welke, J.W. (1968). The effects of intensional and extensional audiences on communicator anxiety. Central States Speech Journal, 19, 14-18.
- Westefeld, J.S., Galassi, J.P. y Galassi, M.D. (1980). Effects of role-playing instructions on assertive behavior: A methodological study. Behavior Therapy, 11, 271-277.
- Wilder, J. (1957). The law of initial values in neurology and psychiatry Facts and problems. Journal of Nervous and Mental Disease, 125, 73-86.
- Williams, S.L. y Rappoport, A. (1983). Cognitive treatment in the natural environment for agoraphobics. Behavior Therapy, 14, 299-313.
- Wolf, M.M. (1978). Social validity: The case of subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its hearth. Journal of Applied Behavior Analysis, 11, 203-214.
- Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1969). The practice of behavior therapy. Nueva York: Pergamon.

- Wolpe, J. (1977). Práctica de la terapia de conducta. México: Trillas. (Trabajo original publicado en 1973).
- Wolpe, J. (1983). Neurotic fears: Two origins, two classes of treatment. En M. Rosenbaum, C.M. Franks y Y. Jaffe (Eds.), Perspectives on behavior therapy in the eighties (pp. 99-111). Nueva York: Springer.
- Wolpe, J. y Lang, P.J. (1964). A fear survey schedule for use in behavior therapy. Behaviour Research and Therapy, 2, 27-30.
- Wolpe, J. y Lazarus, A.A. (1966). Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses. Nueva York: Pergamon.
- Worthington, E.L. Jr., Tipton, R.M., Cromley, J.S., Richards, T. y Janke, R.H. (1984). Speech and coping skills training and paradox as treatment for college students anxious about public speaking. Perceptual and Motor Skills, 59, 394.
- Woy, J.R. y Efran, J.S. (1972). Systematic desensitization and expectancy in the treatment of speaking anxiety. Behaviour Research and Therapy, 10, 43-50.
- Wright, J.C. (1976). A comparison of systematic desensitization and social skill acquisition in the modification of a social fear. Behavior Therapy, 7, 205-210.
- Zemore, R. (1975). Systematic desensitization as a method of teaching a general anxiety-reducing skill. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 157-161.
- Zettle, R.D. y Hayes, S.C. (1980). Conceptual and empirical status of rational-emotive therapy. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (Vol. 9, pp. 125-166). Nueva York: Academic Press.
- Zettle, R.D. y Hayes, S.C. (1983). Effect of social context on the impact of coping self-statements. Psychological Reports, 52, 391-401.
- Zimmerman, G.W. (1974). Augmented systematic desensitization versus systematic desensitization for reduction of speech anxiety. Dissertation Abstracts International, 35, 3047B.
- Zuckerman, M. (1960). The development of an affect adjective checklist for the measurement of anxiety. Journal of Consulting Psychology, 24, 457-462.
- Zuckerman, M. y Lubin, B. (1965). Manual for the Multiple Affect Adjective Checklist. San Diego: Educational & Industrial Testing Service.



