

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

**3. REVISION DE LA LITERATURA SOBRE REDUCCION DEL MIEDO
A HABLAR EN PUBLICO.**

¿Existen técnicas eficaces para superar o reducir el MHP? Nos referimos naturalmente al miedo que es perturbador para el sujeto, ya que, como muchos autores han reconocido, un cierto grado de activación y preocupación puede ser positivo y deseable si no es exagerado (Foss, 1983; Hopper y Whitehead, 1976; Landsburg, 1982; Robinson, 1959).

Para responder a la pregunta anterior es necesario llevar a cabo una revisión crítica y lo más completa posible de la literatura pertinente. Las revisiones más recientes realizadas hasta la fecha son incompletas en mayor o menor medida, bien por centrarse en la eficacia de sólo ciertas técnicas (Goldfried, 1979; Zettle y Hayes, 1980) bien por haber pasado estudios por alto (Gil, 1981, 1983a; Mayor y Gallego, 1984).

Puesto que la eficacia de una técnica no puede ser evaluada más que en relación a problemas especificados (Rachman y Wilson, 1980), en la presente revisión no se tendrá en cuenta la evidencia a favor o en contra de técnicas que provenga de trabajos en los que el MHP no haya sido el problema considerado. Con respecto a esto, Lang, Melamed y Hart (1970), Lang y cols. (1983) y Weerts y Lang (1978) han mostrado que, en relación a las respectivas situaciones temidas, existen diferencias en las respuestas de imaginación, patrón fisiológico y ansiedad subjetiva entre sujetos con miedo a animales y sujetos con MHP, lo cual previene en cuanto a hacer generalizaciones de un problema a otro.

Antes de pasar a analizar los resultados obtenidos con las diferentes técnicas aplicadas, se considerarán las características descriptivas y aspectos metodológicos de las distintas investigaciones revisadas, pues son fundamentales a la hora de otorgar un mayor o menor peso a los resultados logrados y a la hora de hacer comparaciones entre los distintos estudios (Kazdin y Wilcoxon, 1978).

3.1. CARACTERISTICAS DESCRIPTIVAS Y ASPECTOS METODOLOGICOS DE LAS INVESTIGACIONES REVISADAS.

La Tabla 1 resume algunos de los aspectos descriptivos y metodológicos más importantes de los 88 estudios revisados, estudios que se presentan según su año de publicación. La Tabla 1 no incluye los trabajos no experimentales de caso único, los resúmenes de tesis doctorales aparecidos en el Dissertation Abstracts International y, por insuficiente especificación de datos, el trabajo de Maleski (1971).

La columna "Tamaño y mortalidad de la muestra" presenta en la primera fila el número de hombres (V) y mujeres (F) de la muestra; si este dato no es conocido se da simplemente el tamaño de la muestra total. También se indica, cuando así se requiere, la existencia de grupos de sujetos con diferentes niveles de MHP, ansiedad general o ansiedad social. En la segunda fila aparece el número de sujetos, sobre la muestra total, perdidos en el postratamiento y en el(los) seguimiento(s) cuando lo(s) hay; un interrogante indica, al igual que en el resto de las columnas, que la información no ha sido proporcionada en el estudio. Y en la tercera fila se señala en los casos pertinentes la posible existencia de mortalidad diferencial (MD) y las condiciones de tratamiento o control donde ha podido darse; estas condiciones vienen expresadas por números cuya correspondencia puede encontrarse en la columna "Condiciones comparadas" de la Tabla 2.

La columna "Características de la muestra" informa sobre si esta estaba constituida por universitarios (U), estudiantes de secundaria (E) o residentes en la comunidad (R); también informa, caso de conocerse los datos pertinentes, sobre los estudios realizados por los sujetos y sobre la asistencia de estos a un curso de comunicación o de hablar en público.

La columna "Captación y pago de la muestra" indica en la primera fila si los sujetos acudieron a tratamiento por propia iniciativa (Ac), fueron llamados personalmente para participar (L) o bien se ofrecieron ante un anuncio de tratamiento hecho de viva voz en clase o mediante carteles, periódicos o televisión (Of). En la segunda fila se indica si los sujetos recibieron o no algún pago en forma de créditos académicos o dinero por su participación. La columna "Criterios de selección de la muestra" presenta los criterios empleados para seleccionar a los participantes.

En "Duración y tiempo de preparación de la charla" se da esta información y además, caso de estar disponible, si los sujetos dieron la charla sentados o de pie y con notas o sin ellas; también, si dieron la charla conectados a electrodos o encima de un pódium.

En la columna "Tema de la charla" se especifica si este fue general (Ge) (p.ej., "la pena de muerte") o personal (P) (esto es, relativo a la experiencia del sujeto; p.ej., "cómo pasé mi último verano") y si fue asignado por el investigador (A) o elegido por el sujeto (E).

La columna "Tamaño y composición del auditorio" proporciona el número y tipo de miembros del auditorio, así como la presencia de micrófono, magnetofón, cámara o espejo de observación.

En "Reacción del auditorio" se indica si esta fue neutral (N) o de interés (In). La columna "Aviso de evaluación" expresa si se dijo o no a los sujetos que su charla sería juzgada por el público presente y/o por otras personas que posteriormente verían las cintas de vídeo.

Bajo el encabezamiento "Sesiones" se describe el "Número, duración y distribución" de estas y su "Modalidad", ya sea individual (I) o en grupo (G), especificándose en este último caso el tamaño del grupo entre paréntesis.

La columna "Número y características de los terapeutas" presenta el número y, caso de ser posible, el sexo de estos, así como su titulación (Doctor, Licenciado, No licenciado). La columna "Autor" indica si algunos de los autores del estudio actuaron o no como terapeutas y, en caso afirmativo, el número de ellos entre paréntesis. En la columna "Experiencia en clínica y en técnicas" se informa si los terapeutas poseían o no experiencia en la práctica clínica (primera fila) y en las técnicas empleadas en el estudio (segunda fila); en caso afirmativo, se especifica, entre paréntesis, el número de terapeutas que poseían tal experiencia, a no ser que todos la poseyeran.

La columna "Evaluación de los efectos de los terapeutas" muestra si el factor terapeuta estuvo presente o no en los análisis estadísticos para evaluar su posible influencia. Se expresa aquí también si hubo confusión entre terapeutas y condiciones de tratamiento (CTC), múltiples terapeutas en cada condición de tratamiento (MTC) o un único terapeuta o equipo de terapeutas en todas las condiciones de tratamiento o en algunas de ellas (UTC).

En la columna "Supervisión de los tratamientos" se indica si se supervisó o no el que los terapeutas aplicaran los tratamientos tal como estaba planeado. La "Evaluación de los terapeutas por los sujetos" muestra si estos evaluaron o no ciertas características de aquellos tales como, por ejemplo, competencia, agradabilidad, interés, etc.

La columna "Evaluación de las expectativas de los sujetos" expresa si se evaluó o no la credibilidad en las distintas condiciones de tratamiento y las expectativas de mejora suscitadas por estas y, en caso afirmativo, si se hizo al comienzo (C), mitad (M) y/o terminación (T) del tratamiento o en el seguimiento (S). Al igual que en la columna anterior, hemos considerado que esta evaluación no se llevó a cabo a no ser que un estudio informe explícitamente de ella.

Tabla 1. Características descriptivas y aspectos metodológicos de la literatura sobre reducción del miedo a hablar en público (MHP).

Estudio	Muestra			Charla		Auditorio			Sesiones			Terapeuta(s)					Observaciones	
	Tamaño de muestra	Tipología de sujetos	Características	Duración y tiempo de preparación	Tema	Tamaño y composición	Reacción	Aviso de evaluación y distribución	Número y duración	Modalidad	Número y características	Autor	Experiencia en técnicas y efectos	Evaluación por sujetos	Supervisión de tratamientos	Evaluación de los sujetos		
Paul (1966, 1967)	68V/28F (7 de 74/4/32 de 89) MD en 4 y 5b	U CHP	>16 en PRCS >35 en SR-HP <7 en MMPI-L	4'/días	E	6-13 Su 4 Ob	¿	Sí	5x50' 6 Sem.	I	3V/2F Dr	No	Sí	Sí	Sí	No	i	
Paul y Shannon (1966), Paul (1968)	50V/22 ¿ (0 de 50/24) MD en 5	U CHP	>16 en PRCS >35 en SR-HP <7 en MMPI-L	--	--	--	--	--	5x50' 6 Sem. 1xSem. en 3)	I [G(5) en 3]	4V/2F Dr	Sí (2)	Sí	Sí	Sí	No	u	
Giffin y Bradley (1969a)	34 (5) MD en 1	U CHP	<10 en PRCS de D-C-P	--	--	--	--	--	6x60' ¿	G (4-5)	2 Lc	No	Sí	Sí	No	No	No	
Calef y MacLean (1970)	30; mucho y poco MHP (0)	U Ps	> o < media 111 sujs. en PRCS según grupo MHP	--	--	--	--	--	5x60' ¿	G(10)	1F ¿	Sí (1)	¿	No	UTC	No	No	
Karst y Trexler (1970)	7V/15F (0/1 de 16)	U Ps o CHP	Nivel > mínimo de MHP subjet	4'/10' Sin notas	P A	5-6 Su 2 Ob 2 Te Micro	¿	¿	3x¿ 2 Sem.	G (3-4)	2V ¿	Sí (2)	¿	No	UTC	No	No	c
McCroskey y cols. (1970)	12V/12F (¿) ¿MD?	U CHP	>16 en PRCS	--	--	--	--	--	7x60' 2xSem.	G(5)	3 Lc	Sí (1)	Sí(1) SÍ(1)	Sí	Sí	No	No	No
Johnson y cols. (1971)	30 (6)	E-8 ¿	Sujs. con mayor puntuac. en PRCS entre 169	--	--	--	--	--	9x50' 2xSem.	G(¿)	¿	¿	¿	¿	¿	No	No	No

Tabla 1 (continuación).

Estudio	Muestra			Charla		Auditorio		Sesiones		Terapeuta(s)					Observaciones			
	Características	Captación y pago	Criterios de selección	Duración y tiempo de preparación	Tema	Tamaño y composición	Reacción	Aviso de evaluación	Numero y distribución	Modalidad	Numero y características	Autor	Experiencia en técnicas	Evaluación efectos		Supervisión tratamientos	Evaluación por sujetos	Evaluación de los sujetos
Meichenbaum cols. (1971)	35V/18F (4/1) MD en 4 y 5	U y 5R	OF No	Ofrecerse ante anuncio tratam.	P 6 Ob(+5 Al en post) Magnet.	4' / 4' máximo	4' / 4' máximo	N	SI	8x60' 1xSem.	G (5-6)	2V	SI (1)	SI	SI	No	No	1, v
McCroskey (1972)	178V/363F (0/89) ?MD?	U CC	L	>50 en PRCA-20	-	-	-	-	-	6x60' 1xSem.	G(?)	37VvF Lc	No	No	¿	No	No	
Mylar y Clement (1972)	39V (0/0)	U Tg y CP	¿	¿	¿	6' / ¿	¿	¿	¿	5x60' 3 Sem.	I	-	-	-	-	-	No	
Trexler y Karst (1972)	16V/17F (0/5)	U CHP	OF No	>4 en escala 10 ptos. de MHP subjet. y conduct.	P 2 Ob E 1 Al (de Micro ?)	3' / días De pie	¿	¿	¿	4x¿ 2 Sem.	G(3)	IV	SI (1)	No	¿	SI	¿	¿
Moy y Efran (1972)	23V/12F (3) MD en 3	U Ps	L	>16 en PRCS >35 en SR-HP <7 en MPI-L	¿	¿	¿	¿	¿	5x50' 1xSem.	I	II Lc	No	No	¿	No	No	e, i
Jaremko y Weinrich (1973)	20F (0)	U	OF No	¿	-	-	-	-	-	9x¿	I	¿	¿	¿	¿	No	No	
Borkovec, Wall y Stone (1974)	60 (0)	U Ps	L SI	>5 en FSS-HP	Ge 1 Ob A	3' / 5' De pie Electrs.	¿	N	¿	1x3'	I	-	-	-	-	-	-	f
Goldfried y Trier (1974)	17V/10F (2/2) MD en 3	U	OF No	>16 en PRCS >35 en SR-HP	P 6-8 Al 2 Ob Magnet.	4' / ¿	¿	¿	¿	5x60' 1xSem.	G (4-5)	2V Lc	SI	SI	¿	SI	¿	d; h en BCL

Tabla 1 (continuación).

Estudio	Muestra		Charla		Auditorio		Sesiones		Terapeuta(s)				Observaciones						
	Tamaño muestra y niveles de ansiedad de miedo	Características	Contención y pago	Criterios de selección	Tamaño y duración de preparación y tiempo de duración y preparación	Tema	Tamaño y composición	Reacción	Aviso de evaluación	Numero, duración y distribución	Modalidad	Numero y características		Autor	Experiencia en técnicas y en clínica	Evaluación efectos	Supervisión tratamientos	Evaluación por sujetos	Evaluación expectativas de los sujetos
Myers (1974)	20 (0)	U CH	L ¿	Suj. con mayor puntuac. en test MIP entre 723	--	--	--	--	--	3x30' 1xSem.	I	¿	¿	¿	¿	¿	No	No	
Sherman y cols.(1974)	56V (16)	U CHP	OF No	Ofrecerse ante anuncio tratam.	5-6' de media/ ¿ días	¿ ¿	El grupo de clase de cámara	¿	No	5x30' 1xSem. (10x30' 2xSem. en 3)	I	2V No Lc	Sí (1)	No	No	¿	No	No	q
Straatmeyer y Watkins (1974)	28V/29F (¿) ¿MD?	U CH	¿ No	>4 en escala 10 ptos. de MIP subjet. y conduct.	3'/¿ improvi- sada	¿ ¿	2 Ob 1 Al	¿	¿	5x50' 3 Sem.	G (6-8)	2 Lc	Sí (1) SÍ	¿	¿	¿	No	No	h en BCL
Fawcett y Miller (1975)Est.1	IV (0)	U ¿	¿ ¿	¿	¿ Notas	Ge A	0-6 Al 2 Ob	¿	¿	6(240') ¿	I	¿	¿	¿	¿	¿	No	No	
Fawcett y Miller (1975)Est.2	3F (0)	R ¿	¿ ¿	¿	¿/¿ Notas	Ge E	4-40 Al 2 Ob	¿	¿	2-5(X= =420')	I	¿	¿	¿	¿	¿	No	No	
Fremouw y Harnatz (1975)	24V/20F (3/3)	U CHP	L No	>16 en PRCs	4'/¿ Sin notas	¿ ¿	8-12 Su 3 Ob Magnet.	¿	¿	5x60' 1xSem.	1,3: G (2-7) 2: I y G(¿)	IV Lc en 1,3 8V/3F No Lc en 2	Sí (1)	¿	¿	¿	No	No	s; j en PLS
Kirsch y cols.(1975)	72 (25;9 por fa- llos tecn.)	U CH	L ¿	Puntuar "alto" en BCL	4'/¿ Notas	¿ ¿	¿	¿	¿	5x4' ¿	G (14-18)	8	No	¿	¿	¿	No	No	CTC

Tabla I (continuación).

Estudio	Muestra			Charla		Auditorio			Sesiones			Terapeuta(s)					Observaciones		
	Tamaño y número de niveles de miedo	Características	Captación y pago	Criterios de selección	Duración y tiempo de preparación	Tema	Tamaño y composición	Reacción	Aviso de evaluación	Número de sesiones y distribución	Modalidad	Número y características	Autor	Experiencia en técnicas y efectos	Evaluación de efectos	Supervisión de tratamientos		Evaluación por sujetos	Evaluación de los sujetos
Lohr y McManus (1975)	14V/10F (0)	U CH	L No	>70 en PRCA-20	--	--	--	--	--	1:6x55 ^a b 2:6x40 ^a +2x45 ^a G(2)	I G(2)	>1 2	2	2	2	2	No	No	s
Zemore (1975)	20V/20F (0)	U Ps	L No	>4 en FSS modif. -HP y-E	4 ^a /4 ^a	4 A 1-3 AI 1-2 Su	4 Ob	2	2	8x45 ^a 4 Sem.	G(4)	IV Lc	2	2	No	2	No	No	m
Gatchel y Proctor (1976)	20V/16F/42 (4/4), 2 por error proced. ¿ID?	U Ps	L Sí	>6 en FSS-HP	3 ^a /5 ^a Electrs. A	Ge A	2 Ob	N	2	2x25 ^a 1xSem.	I	--	--	--	--	--	--	Sí	d
Hemme y Boor (1976)	7V/11F/22 (2) MD en 1	U Ps CH	2 No	>16 en PRCS	4 ^a /30 ^a	Ge E (de 12)	17-19 Su 3 Ob 1 Te	2	2	6x50 ^a 1xDia 3 Sem.	G (4-5)	IV Lc	Sí (1)	Sí	No	2	No	No	c,e, f,i
Marshall y cols. (1976)	40V/26F (15) MD en 2	U	OF	Ofrecerse ante anuncio tratam.	5 ^a /2 ^a	2 E	4-8 Su 4 AI Cámara	2	2	5x45 ^a 3 Sem.	I	3V/IF Lc	No	Sí(2) Sí(2)	Sí	2	No	No	j en BCL
Russell y Wise (1976)	23V/27F (8) MD en 3	U CC	OF No	>16 en PRCS	--	--	--	--	--	5x2 ^a 6 Sem.	G (2-4)	3 Dr y 3 No Lc	No	Sí(3) Sí(3)	Sí	Sí	No	No	
Singerman y cols. (1976)	22V/38F; MIP alto y moderado (0)	U Ps	L 2	>5 en FSS-HP	3 ^a /5 ^a De pie Electrs.	Ce A	1 Ob Cámara	2	Sí	1x2	I	--	--	--	--	--	--	--	f,k
Thorpe y cols. (1976)	21V/11F (0/2)	E-9 BI	2 No	Ofrecerse ante anuncio tratam.	4 ^a /2 ^a	2 A	4 Ob 1 AI	2	2	5x30 ^a 2	G(8)	3V Lc	Sí (3)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	p,v C

Tabla I (continuación).

Estudio	Muestra			Charla		Auditorio		Sesiones		Terapeuta(s)				Observaciones					
	Tamaño muestra	Características	Captación y pago	Criterios de selección	Duración y tiempo de preparación	Tema	Tamaño y composición	Reacción	Aviso de evaluación	Numero, duración y distribución	Modalidad	Numero y características	Autor		Experiencia en técnicas en clínica	Evaluación efectos	Supervisión tratamientos	Evaluación por sujetos	Evaluación expectativas de los sujetos
Weinberger y Engelhart (1976)	18V/6F (5) FD en 3	U	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿	3x90' 1xSem.	G(3)	IV Lc	SÍ (1)	¿	No UTC	¿	No	¿	f
Wright (1976)	12V/40F (11) FD en 2 y 3	4	OF	>F80 de 1.214 sujs. en QSDI ¿ NV en clase < media	45' de discusión en grupo y en clase	Simulada (¿Su, lAl) Real (¿Al, Su, Ob)	¿	¿	¿	5x90' 1xSem.	G(5)	4V/3F No Lc	No	No	No	¿	SÍ	¿	f en VDS
Deffenbacher y Payne (1977)	4V/34F (0)	U Pg	L No	>F67 de 350 sujs. en PRCA-20	--	--	--	--	--	7x60' 4 Sem.	G (5-7)	IV ¿	SÍ (1)	¿	No UTC	¿	No	No	v
Gatchel y cols. (1977)	50 (10, por fallas técn./?) ¿FD?	U Ps	L SÍ	>16 en PRCS >6 en FSS-HP	3'/5' Electrs. A	P 2 Ob	N	¿	¿	4x30' 2-3 Sem.	I	--	--	--	--	--	--	No	t; h en BCL
Goldfried y Goldfried (1977)	19V/23F (¿/¿) ¿FD?	R	OF No	>16 en PRCS >35 en SR-HP 21 a 59 años	4'/5' Sin notas	P A Cámara	¿	SÍ	¿	7x60' 1xSem.	G(7)	IV/1F Dr	No	SÍ No	No	¿	No	No	t; f en DSI
Kirsch y Henry (1977)	97V y F (0)	U Ps	OF SÍ	Ofrecerse ante anuncio tratam.	4'/¿	¿ A	¿	¿	¿	5x60' ¿	I	9 No Lc	No	No	No	¿	No	SÍ C	x
Lineham y cols. (1977)	1V/23F (1/1)	U Ps	¿ SÍ	>5 en FSS-HP Sujs. con peor puntuac. en BCL	3'/5'	Ge E (de 3)	N	¿	¿	2x49' ¿	G (4-12)	--	--	--	--	--	--	No	f
Marshall y cols. (1977)	24 (0)	U	¿ No	Según HIP subjet. y conduct. en charla pre	4'/¿	¿	¿	¿	¿	6x30' ¿	¿	1 ¿	¿	¿	No UTC	¿	No	No	j en RCL

Tabla 1 (continuación).

Estudio	Muestra			Charla		Auditorio		Sesiones			Terapeuta(s)					Observaciones			
	Tamaño y diversidad de miedos	Características	Captación y pago	Criterios de selección	Duración y tiempo de preparación	Tema	Tamaño y composición	Reacción	Aviso de evaluación	Número y duración y distribución	Modalidad	Número y características	Autor	Experiencia y en técnicas	Evaluación efectos		Supervisión tratamientos	Evaluación por sujetos	Evaluación de los sujetos
Tucker y cols. (1977)	35 (8) MD en 3	U Ps o i	L o Ac Si o No	>"mucho" miedo en FSS abrev.-HIP o acudir por No ayuda	i	i	i	i	i	5x i 1x Sem.	G(6)	2V Lc 2F No Lc	i	i	Sí	i	No	No	h
Weissberg (1977)	17V/56F/7i (7/7)	U Ps o CH	U OF i	>16 en PRCS	3 1/4' Podium	P A Cámara	i	Sí	3x120' 1x Sem.	G (5-6)	IV Dr IF Lc	No	No	Sí(1) Sí(1)	i	No	No	b	
Weissberg y Lamb (1977)	25V/11F (0/0)	U Ps o CH	U OF i	>16 en PRCS	3 1/4' Podium	P A Cámara	i	Sí	3x120' 1x Sem.	G (5-6)	2V Dr IF Lc	No	No	Sí(2) Sí(2)	i	No	No	b	
Cratlock y cols. (1978)	40F; MHP medio-bajo (10, por gripe)	E-9	L i	>5 y <15 en PRCS No haber elegido curso de habla	4' mí-nimo/i	i	i	i	6x60' 1xDía	G (5-7)	IF L IF No Lc	No	No	Sí(1) Sí(1)	i	No	No	r	
Frenouw y Zitter (1978)	57V y F; ans. social alta y baja (11/15) MD en 4	U CH	L i	>80(P75 de 2.000 sujs) en PRCA-20 >16 en PRCS	4' /i	P A	7-10 Su 2 Ob Magnet.	i	5x60' 1x Sem.	G (4-5)	IV Dr IV Lc	Sí	Sí	Sí	i	No	No	g en BASA h en CGA	
Glogower y cols. (1978)	29V/31F (0/8) MD en 5	U CH	L No	>84 en PRCA-25	15' de discusión en grupo	4 A1 2 Su 1 Ob	i	i	5x60' 1x Sem.	G (5-6)	2V/2F Lc	Sí	Sí	Sí(2) Sí(2)	i	No	Sí C	g en NV y NF	
Goss y cols. (1978) Est. 1	17 (0)	U CH	L No	>70 en PRCA-20	--	--	--	--	5x60' i	G(6)	i	i	i	i	i	No	No	a	
Goss y cols. (1978) Est. 2	16 completan tratam.	U CH	L No	>70 en PRCA-20	i	i	El grupo de clase 3 Ob	i	5x60' i	G (5-6)	i	i	i	i	i	No	No	a, f	

Tabla I (continuación).

Estudio	Muestra			Charla		Auditorio		Sesiones		Terapeuta(s)							
	Tamaño y nivel de madurez de los sujetos	Características	Selección	Temas y preparación	Reacción	Tamaño y composición	Aviso de evaluación	Número, duración y distribución	Modalidad	Número y características	Autor	Experiencia en técnicas y en clínica	Evaluación efectos	Supervisión tratamientos	Evaluación por sujetos	Evaluación expectativas de los sujetos	Observaciones
Grayson y Borkovec (1978)	U Ps	U Ps	>6 en FSS-HP	3'15' Electrs. A	-	Espejo	¿	1x90'	I	--	--	--	--	--	--	No	e
Schleifer (1978)	U	¿	>16 en PRCS >35 en SR-HP <7 en MPI-L	4'1/2	¿	P 6-10 Su A 2 Ob	¿	5x60' 1xSem.	G (4-5)	2V Lc	No	No	Sí	¿	No	Sí C, M, T	d, f
Slutsky y Allen (1978)	U Ps	Of Sí No	Alto miedo en FSS-HP Deposito monetario	2,5'1/2	¿	¿ 5-8 A 2 Ob	¿	5x50' 1xSem.	I	2 No Lc	¿	¿	Sí	¿	Sí	Sí T	i
Tesser y cols. (1978)	U Ps	L Sí	Miedo extremo en FSS modif.-HP	3'0' Podium	¿	P 2-3 Su-Ob A 1 Ob	Sí	1x5'	I	IV	Sí?	--	No	¿	--	--	h, i
Trussell (1978)	U	¿	Informar MIP en un test	3'0' Sin notas Podium	¿	P 3 Al A Cámara Micro	¿	6x90' 2xSem.	G (7-9)	2V Lc	¿	Sí	¿	¿	No	No	j en BCL
Borkovec y Sides (1979a)	U Ps	L Sí	>6 en FSS-HP	3'15' Electrs. A	-	Cámara	¿	5x¿	G (2-3)	2F Lc	Sí (1)	Sí	No	¿	No	Sí C	e
Catchel y cols. (1979)	U?	L	>6 en FSS-HP >17 en PRCS	3'15' Electrs. A	¿	Ce 2 Ob(+3 Al en S)	¿	4x¿	I	¿	¿	¿	¿	¿	No	No	f, l
Kirsch y Henry (1979)	U Ps	Of Sí	Ofertarse ante anuncio tratam.	4'1/2	¿	¿ 4 Ob	¿	5 Sem. tratam. auto-aplic.	I	--	--	--	--	--	--	Sí C	i, x

Tabla 1 (continuación).

Estudio	Muestra			Charla		Auditorio			Sesiones			Terapeuta(s)				Observaciones		
	Tamaño y nivel de morbilidad y diversidad de miedos	Características	Captación y pago	Criterios de selección	Duración y tiempo de preparación	Tema	Tamaño y composición	Reacción	AVISO de evaluación	Número y distribución	Modalidad	Número y características	Autor	Experiencia y técnicas en clínica	Evaluación efectos		Supervisión tratamientos	Evaluación por sujetos
Naggs (1979)	28 (0)	U CH	L ?	?	--	--	--	--	--	2x60' ?	G(?)	?	?	?	?	?	No	No
Black y Martín (1980)	2V/2F (1, por traslado)	R	Of No	Ocurrencia conductas a entrar <25%	10'/días Notas	Ce A	?	?	?	4-6x?	I	?	?	?	?	?	No	No
Cotton y cols. (1980)	96V y F; MIP bajo y moderado (0)	U Ps	L Sí	2, 3 ó 4 en FSS-HP	3'5'	Ce A	2 Ob Cámara Espejo	?	?	1x15'	I	3 ?	?	--	Sí	?	--	--
Deffenbacher y cols. (1980)	16V/28F (3/3/14)	U Ps	Of No	>P86 de 317 sujs. en PRCS	--	--	--	--	--	6x50' 1xSem.	G(?)	1 Dr 2 No Lc	?	?	?	?	No	No
Jaremko (1980)	62 (0/0)	U CH	L No	>P50 en PSFSS	?	?	El grupo de clase de clase 2 Ob	?	?	2x60'	G (5-10)	IV Lc I Lc	Sí (1)	Sí (1)	?	?	No	No
Jaremko y cols. (1980)	31 (0/0)	U CH	L No	>P50 en PSFSS	?	?	El grupo de clase de clase 2 Ob	?	?	2x60'	G (3-5)	IV Lc I Lc	Sí (1)	Sí (1)	?	?	No	No
Jaremko y Walker (1980)	8V/16F (0/0)	U CH	L No	>P50 en PSFSS	?	?	El grupo de clase de clase 2 Ob	?	?	2x60'	G(?)	2V Lc	Sí (2)	Sí (1)	No	?	No	No
Sherry y Levine (1980)	20V/36F (0)	U	L No	>muchos miedos en FSS modif. -HP Deposito monetar. escrito	4'5' Tema	Ce A	2 Ob Cámara	?	?	2x50' ?	I	IF Lc	Sí (1)	?	No	?	No	No

Tabla 1 (continuación).

Estudio	Muestra			Charla			Auditorio			Sesiones			Terapeuta(s)						
	Tamaño muestral diversidad de miedos	Características	Capación y pago	Criterios de selección	Duración y tiempo de preparación	Tema	Tamaño y composición	Reacción	Aviso de evaluación	Numero y duración y distribución	Modalidad	Numero y características	Autor	Experiencia y en técnicas	Evaluación efectos	Supervisión tratamientos	Evaluación por sujetos	Evaluación expectativas de los sujetos	Observaciones
Auerbach (1981)	9V/14F (6)	U L Ps	¿	Informar MHP como problema severo Dispuestos a dar breve charla por dinero	10' / días	Ge E	8-60 Al, su	¿	¿	2-3 Sem. I tratam. auto-aplic.	I	--	--	--	--	--	--	No	
Chaplin y Levine (1981)	48 (0)	U	¿	>"mucho" miedo en FSS modif.-HP Deposito monetar. escrito	4' / 5' Tema escrito	Ge A	2 Ob Cámara	¿	SÍ	2,3 ó 4 x50' 1xSem.	I	--	--	--	--	--	No		
Fox y Houston (1981)	23V/33F; mucha y poca ans. (0)	E-4 L	¿	¿	3' / memo- rización De pie	Ge A	Cámara	-	SÍ	1x¿	I	2F Lc	¿	¿	SÍ	¿	No	SÍ	t
Gil (1981, 1983b)	42F (2/18) MD en 1, 2 y 4	U Ps	Of	>16 en PRCS	3' / 5' Sentado Sin notas	P A	3 Al Cámara Magnet.	N	No	8x60' 2xSem.	G(6)	IV Lc	SÍ (1)	¿	No	SÍ	SÍ	SÍ	f en S
Lent y cols. (1981)	57 (4/¿) ¿ND?	U Ps	¿	>20(P80 de 577 sujs.) en PRCS	3' / ¿	¿	¿ Su 2 Ob	¿	¿	5x60' 1xSem.	G(¿)	2 Dr	¿	SÍ	SÍ	¿	No	SÍ	h en BCL
Osberg (1981)	12V/49F (4/6 de 45) MD en 2 y 4	U	¿	>16 en PRCS >35 en SR-HP	3' / ¿	P A	1 Al Cámara	¿	¿	6x30' 1xSem.	I y G (4-5) G en 2	3V Lc	¿	SÍ	¿	¿	No	No	s
Altmeyer y cols.(1982)	70; ans. so- mat. o cog- nit. predo- minante (5) ¿ND?	U Ps	L	>P67 de 306 sujs. en PRCS	¿	¿	¿	¿	¿	3x90' 1xSem.	G(8) aprox.	1 Lc	¿	No	¿	¿	No	No	

Tabla I (continuación).

Estudio	Muestra			Charla		Auditorio		Sesiones		Terapeuta(s)				Observaciones					
	Tamaño y niveles de ansiedad y miedo	Características	Capacidad y pago	Criterios de selección	Duración y tiempo de preparación	Tema	Tamaño y composición	Reacción	Aviso de evaluación	Número y distribución	Modalidad	Número y características	Autor		Experiencia y técnicas	Evaluación efectos	Supervisión tratamientos	Evaluación por sujetos	Evaluación expectativas de los sujetos
Dawson (1982) Est. 1	20V y F (0/1 de 15)	R	Of	Ofrecerse ante anuncio tratam. MIP perturbador vida diaria	4'/días	¿	6 Su 4 Ob 1 Al	¿	¿	5x60' 1xSem.	I	IV	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿
Dawson (1982) Est. 2	24V y F (0/1 de 19)	R	Of	Como est. 1	4'/días	¿	Como est. 1	¿	¿	5x60' 1xSem.	I	IV	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿
Gross y Fremouw (1982)	17V/46F (4) ¿MD?	U	¿	>5 en FSS-MIP	4'/¿	¿	¿	¿	¿	4(300') 2xSem.	G(¿)	¿	No Lc	¿	¿	¿	¿	¿	¿
Marshall y cols. (1982) Est. 1	40 (0/16) ND en 1 y 4	U	¿	Según MIP subjet. y deficiencias conductas. en charla pre	4'/¿	¿	10-12 Su 2 Ob 1 Al Cámara	¿	¿	2x75' (2x80' en 3)	G(5)	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿
Marshall y cols. (1982) Est. 2	32 (0)	U	¿	Como est. 1	4'/¿	¿	Como est. 1	¿	¿	2x75' ¿	G(4)	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿
McKinney y Gatchel (1982)	21V/21F (3) ¿MD?	U	¿	>15 en PRCS	3'/días	¿	1ª: Cámara 2ª: 4 Al y espejo 2ª Sentado	In	¿	5x25' ¿	I	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿
Schuler y cols. (1982)	20 (2/2) ¿MD?	U	L	>73 en PRCA-20 >17 en PRCS	4'/¿	¿	4 Al 2 Ob	¿	¿	3x75' 1xSem.	G(5)	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿

Tabla 1 (continuación).

Estudio	Muestra		Charla		Auditorio		Sesiones		Terapeuta(s)					Observaciones				
	Características	Capación y pago	Criterios de selección	Duración y preparación	Tema	Tamaño y composición	Reacción	Aviso de evaluación	Número y duración y distribución	Modalidad	Número y características	Autor	Experiencia y en técnicas		Evaluación efectos	Supervisión tratamientos	Evaluación por sujetos	Evaluación de los sujetos experimentales
Slivken y Buss (1984) Est. 1	60F; mucho y poco MHP (0)	U L	>P75 o <P25 en test MHP segun grupo MHP	3-5'/5' Podium Atril Esquema sugerido	P A	3 Ob	N	¿	1x¿	I	IF	No	--	No	¿	--	--	f
Slivken y Buss (1984) Est. 2	30F (0)	U L	Como est. 1	Como est. 1	P A	3 Ob	N	¿	1x¿	I	IF	No	--	No	¿	--	--	f
Worthington y cols. (1984)	8V/2iF (¿/¿) ¿ND?	U	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿	¿	No	f
Ayres y Hopf (1985)	206V/224F MHP alto, medio y bajo (0)	U L	Voluntarios para estudio	--	--	--	--	--	1x¿ o 2x¿	¿	10 Lc	No	No	No	¿	No	No	x
Krugman y cols. (1985)	28V/27F (0)	U Ps	Ofrecerse ante anuncio tratam.	4'/¿	¿ A	3 Ob 1 AI	¿	¿	1x60'	¿	3 Lc	¿	¿	¿	No	No	No	x

Nota. A continuación se explican las abreviaturas utilizadas en este tabla. Para una explicación más detallada de cada columna de la tabla, puede consultarse el punto 3.1.

A	Asignado	BI	Biología	conduct(s)	conductual(es)
Ac	Acuden por propia iniciativa	C	Comienzo del tratamiento	CP	Curso de predicación
AI	Otros miembros del auditorio	CASB	"Checklist of Appropriate Speaking Behaviors" de Marshall y cols. (1979)	CTC	Confusión entre terapeutas y condiciones de tratamiento
ans. autoaplic.	ansiedad autoaplicado	CC	Curso de comunicación	Dr	Doctor
BCL	"Behavioral Checklist for Performance Anxiety" -original, modificada o abreviada- de Paul (1966)	CGA	Calificación global de ansiedad	DSI	Duración de silencios
		CH	Curso de habla	F	Elegido
		CHIP	Curso de hablar en público	E-8	Estudiantes de 8º grado

Tabla 1 (continuación).

Electrs.	Electrodos	MTC	Múltiples terapeutas en cada condición de tratamiento	R	Residentes en la comunidad
F	Mujer	N	Neutral	S	Seguimiento
FSS abrev.-HP	Item de hablar en público de una versión abreviada del "Fear Survey Schedule" de Tasto y Hickson (1970)	NF	Número de frases	Sem. somat.	semana(s) somática
FSS-HP	Item de hablar en público del "Fear Survey Schedule" de Geer (1965)	NV	Número de verbalizaciones	SR-HP	Item de hablar en público del "S-R Inventory of Anxiousness" de Endler y cols. (1962)
FSS modif.-HP	Item de hablar en público de una versión modificada del "Fear Survey Schedule" de Geer o de Wolpe y Lang (1964)	Ob	Observadores	Su, suj(s)	Sujeto(s)
FSS modif.-HP y -E	Items de hablar en público y examen de una versión modificada del FSS	OF	Se ofrecen ante anuncio de tratamiento	subjet.	subjetivo
G(4)	Grupo (de 4 sujetos)	P	Personal	T	Terminación del tratamiento
Ge	Individual	P50	Percentil 50	Te	Terapeuta
I	Interés	Pg	Pedagogía	tecn.	técnicos
In	Llamados para participar	Phs	Perturbaciones del habla excluyendo la categoría "ah"	Tg	Teología
L	Licenciado	PRCA	"Personal Report of Communication Apprehension": versión de 20 (McCroskey, 1970)	tratam.	tratamiento
Lc	Mitad del tratamiento	PRCS	"Personal Report of Confidence as a Speaker" de Pavl (1966)	U	Universitarios
M	Magnetofono	PRCS de D-G-P	PRCS de Dickens, Gibson y Prall (1950)	UTC	Unico terapeuta o equipo de terapeutas en todas las condiciones de tratamiento o en algunas de ellas
MD	Posible mortalidad diferencial	proced.	procedimiento	V	Varón
MPI-L	Microfonario	Ps	Psicología	VDS	Frecuencia de verbalizaciones en discusiones simuladas
monetar.	Escala L del MMPI monetario	PSFSS	"Public Speaking Fear Survey Schedule" de Jaremko y Weinrich (1973)	VP	Velocidad del pulso
		puntuac.	puntuación	X̄	Media
		QSDI	"Quiz Sections Difficulties Inventory" de Wright (1976)	¿	Información desconocida

a El significado de las letras de la columna de observaciones es el siguiente:

- a Asignación no aleatoria a grupos
- b Asignación no aleatoria a grupo de control
- c Aleatorización incompleta por problemas de horarios
- d Menores expectativas de mejora en grupo placebo
- e No se controla el éxito de la manipulación de expectativas
- f Sin datos de fiabilidad observacional
- g Mal índice de fiabilidad observacional
- h Baja fiabilidad observacional
- i Registro fisiológico sin periodo de adaptación
- j Solo se toma parte del tiempo de charla para medidas observacionales
- k Quien toma ECL o VP conoce el grupo a que pertenece el sujeto
- l Cambian condiciones de evaluación en postratamiento o seguimiento
- m Autor en auditorio
- n Autor presente en evaluación y tratamiento

Tabla I (continuación).

o	Terapeutas conocen hipótesis del estudio	u	Tratamiento con foco más amplio en la DS en grupo
p	Grupos van cambiando de terapeuta	v	Porcentaje de asistencia a sesiones inferior al 91%
q	Un terapeuta en todos los grupos salvo dos en el 3	x	Se menciona pago a los sujetos sólo después de que acuerden participar
r	No calcula interacción terapeutas x tratamientos		
s	Confusión entre tratamiento y modalidad de sesión		
t	En evaluación postratamiento se dice a los sujetos que apliquen lo aprendido		

b. Todo número seguido de dos puntos o precedido por la preposición "en" hace referencia a una de las condiciones experimentales del estudio en que aparece dicho número. La condición a que corresponde el número puede saberse consultando en la Tabla 2 la columna "Condiciones comparadas" del estudio correspondiente.

Finalmente, en la columna "Observaciones" se recogen otros aspectos importantes no incluidos en las columnas anteriores.

3.1.1. MUESTRAS EMPLEADAS.

3.1.1.1. Tamaño, sexo y mortalidad.

Un 55,7% de los estudios (49 de 88) han empleado muestras de 20 a 49 sujetos, mientras que en 29 trabajos (31,8%) estas han oscilado entre 50 y 80 personas. Cinco investigaciones (5,7%) han empleado muestras superiores a 95 sujetos y seis (6,8%), inferiores a 20.

Cincuenta y siete estudios (64,8%) informan total o parcialmente sobre la distribución de los sujetos por sexo; el 42,2% de los sujetos fueron hombres y el 57,8%, mujeres. En 12 (21,1%) de estas 57 investigaciones predominan los varones, en 28 (49,1%) las mujeres y en 17 (29,8%) la distribución es aproximadamente equitativa; se considera predominancia cuando uno de los sexos constituye al menos el 60% de la muestra.

Ochenta y un estudios (92%) proporcionan datos sobre mortalidad o bien estos han podido ser determinados analizando los grados de libertad de las pruebas estadísticas. La mortalidad en el postratamiento oscila entre el 0% (46 estudios) y el 34,7% (1 estudio) con una media del 6,2% que se reduce al 5% si no se consideran los sujetos perdidos por fallos de procedimiento, enfermedad, etc. (véase la Tabla 1). En las investigaciones en que se da mortalidad, la media de esta es del 14,5% (13,1% si no se cuentan los sujetos antes mencionados). Considerando todos los estudios con datos sobre mortalidad, esta es superior al 10% sólo en el 21% de ellos (16% si no se tienen en cuenta los sujetos ya citados).

Treinta estudios de los 33 que han realizado seguimiento tienen datos disponibles sobre la mortalidad ocurrida en seguimientos realizados hasta 3 meses (20 estudios), 6 meses (5 estudios), 12 meses (3 estudios) y 24 meses (2 estudios) después del tratamiento. Las medias respectivas de mortalidad para los seguimientos comprendidos en estas cuatro duraciones son 9,1%, 12,2%, 29% y 34,6%. Como puede verse, el porcentaje medio de sujetos perdidos aumenta desde el postratamiento a medida que se incrementa la duración del seguimiento.

Finalmente, la mortalidad tiende a producirse principalmente en los grupos de no tratamiento (incluidos los de lista de espera) y después en los grupos placebo. En los grupos de tratamiento, la mortalidad aparece sobre todo en las intervenciones autoadministradas sin control ocasional por parte del terapeuta.

3.1.1.2. Características de las muestras.

En el 85,2% de los estudios (75 de 88), las muestras han estado constituidas por estudiantes universitarios. Sólo en un 4,5% y en un 5,7% de los casos los sujetos han sido respectivamente estudiantes de secundaria y residentes en la comunidad. En los casos restantes, o no se han especificado las características de la muestra o esta ha estado formada por universitarios y residentes en proporción no determinada.

Como puede apreciarse, la población utilizada ha sido básicamente universitaria y, aunque esta es una población de interés en cuanto al problema que nos ocupa, existen otras poblaciones igualmente importantes. Además, la mayor parte de las investigaciones han empleado sujetos análogos en contraposición a sujetos clínicos, con lo cual, tal como ha señalado Mathews (1978), hay que andar con cuidado al hacer generalizaciones de unos sujetos a otros. En relación con esto, Emmelkamp (1982a)

ha señalado que, en contraste con estudios análogos, ciertas técnicas, como la desensibilización sistemática, son de valor limitado con pacientes socialmente ansiosos, aunque otras intervenciones -tales como la exposición en vivo, la terapia racional-emotiva y el entrenamiento autoinstruccional- parecen funcionar similarmente en ambos casos (Emmelkamp, Mersch y Vissia, 1985; Emmelkamp, Mersch, Vissia y Helm, 1985).

Si bien algunos datos sugieren que los sujetos de la sociedad en general pueden ser más temerosos que los sujetos universitarios, en un estudio sobre MHP (Maiuro y Talent, 1977, citado por Rosenthal, 1980) se vio que las diferencias no fueron grandes y sólo surgieron en ciertas variables dependientes. De todos modos, sería conveniente realizar investigaciones con otras poblaciones para comprobar en qué medida son generalizables los resultados obtenidos con muestras universitarias.

Es interesante destacar que en un porcentaje apreciable de estudios (31,8%) se han utilizado sujetos que se encontraban realizando algún curso de psicología. Más importante aún, también en un 31,8% de las investigaciones los sujetos asistían simultáneamente a un curso específico de hablar en público o a un curso general de comunicación o de habla, lo cual ha podido interactuar con los tratamientos aplicados o potenciar estos, así como producir mejoras en los grupos no tratados.

En efecto, se sabe que tras un curso de habla la mayor parte de los sujetos mejoran su autoconcepto como personas comunicativas (Brooks y Platz, 1968), reducen su aprensión a la comunicación o su MHP autoinformado (Giffin y Bradley, 1969a; Henrikson, 1943; Oka, Cambra y Klopff, 1979; Paulson, 1951; Robinson, 1956) y mejoran sus habilidades de habla y su ansiedad conductual (Baker, 1964; Gilkinson, 1944; Lerea, 1956; Mulac y Sherman, 1974, 1975).

Naturalmente, los efectos de un curso de habla dependerán de factores tales como tipo y duración del curso y características de los sujetos. Así, ciertos autores han señalado que un curso encaminado a enseñar habilidades y a pedir al sujeto que practique, sin una cuidadosa progresión graduada en las demandas que se hacen al sujeto, puede resultar ineficaz, e incluso perjudicial, para personas con mucha aprensión a la comunicación (Hopf, 1970; Lederman, 1982; McCroskey, 1977, 1980b).

Como evidencia que podría interpretarse en la línea de esto último puede citarse a Weissberg (1977), el cual no encontró diferencias en mejora autoinformada y observada según los sujetos con MHP provinieran de clases de psicología introductoria, de clases de comunicación oral o de ambas. También pueden mencionarse aquellos estudios en los cuales los sujetos de los grupos que no recibían tratamiento para el MHP no mejoraron a pesar de encontrarse haciendo un curso de habla (Fremouw y Harmatz, 1975; Glogower, Fremouw y McCroskey, 1978; Jaremko y Walker, 1980; Longo y Saal, 1984; McCroskey, 1972; McCroskey, Ralph y Barrick, 1970; Naggs, 1979; Paul, 1966; Russell y Wise, 1976, Trexler y Karst, 1972).

En el lado contrario se sitúan las investigaciones de Richter (1975) y Stacks y Stone (1984), las cuales muestran que sujetos con mucha aprensión a la comunicación o mucho MHP mejoran en ansiedad autoinformada u observada tras hacer algún tipo de curso de habla. También están los estudios que ponen de manifiesto que los sujetos de los grupos que no recibían tratamiento para el MHP y que se encontraban realizando un curso de habla mejoraron en medidas de autoinforme u observacionales (Giffin y Bradley, 1969a; Jaremko, 1980; Jaremko, Hadfield y Walker, 1980; Sherman, Mulac y McCann, 1974), lo cual contrasta con la ausencia de mejora característica de los sujetos con

MHP que no reciben tratamiento y que no realizan ningún curso de habla (véase el punto 3.2.2.1).

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la evidencia citada en los dos párrafos anteriores es anecdótica, ya que ningún estudio específica, por ejemplo, el tipo de curso de habla realizado por los sujetos y la forma en que les era presentado. Esto podría ayudar a resolver la aparente contradicción entre los diversos estudios. Mientras tanto, y hasta que no se aclare el papel jugado por los cursos de habla, sería conveniente que las investigaciones posteriores no seleccionaran sujetos que se encontrasen realizando algún curso de este tipo, para que así pudieran apreciarse con mayor claridad los efectos propios de los tratamientos que se desea investigar.

3.1.1.3. Captación y pago de los sujetos.

Sesenta y tres estudios (71,6%) informan sobre la forma de captación de los sujetos. En 35 de estos 63 (55,5%) los sujetos fueron llamados personalmente para participar en la investigación; en 26 (41,3%) los sujetos se ofrecieron ante un anuncio de tratamiento hecho en clase, en periódicos o carteles o en medios audiovisuales; sólo en un estudio (1,6%) los sujetos acudieron por propia iniciativa en búsqueda de tratamiento, mientras que en una última investigación hubo tanto sujetos llamados como sujetos que acudieron por propia iniciativa.

Si bien lo típico de la situación clínica es que las personas busquen terapia por idea propia o referidas por otra persona, una cierta aproximación que permite obtener mayor número de sujetos para una investigación es solicitar sujetos mediante un anuncio de tratamiento. Aunque esta última forma de captación es diferente de la de

acudir a consulta por propia iniciativa (Glaister, 1982), se asemeja más a esta que el hecho de llamar individualmente a los sujetos (Kazdin, 1978), lo cual ha sido la estrategia más empleada en la literatura que se está revisando. Por otra parte, Cash y Janda (1977) comprobaron que sujetos con mucho MHP que se ofrecieron voluntarios ante un anuncio de tratamiento no se mostraron diferentes de los no voluntarios en necesidad de aprobación o locus de control; no hubo pues sesgo en estas variables por parte de los sujetos voluntarios en relación a los no voluntarios que pudiera influir en los resultados del tratamiento.

A pesar de lo dicho en el párrafo anterior, Emmelkamp, Mersch y Vissia (1985) no encontraron diferencias en los resultados de diversos tratamientos de la ansiedad social en función de que los sujetos acudieran ante un anuncio de tratamiento en el periódico de la universidad o fueran llamados individualmente para participar en una terapia tras completar un cuestionario en clase. Tal vez no existan diferencias entre ambas formas de captación cuando, como en el estudio de Emmelkamp, Mersch y Vissia (1985), los sujetos seleccionados sean altamente ansiosos y su motivación resida en superar su problema y no en obtener compensaciones económicas o créditos académicos.

Respecto a esto último, ha sido posible determinar en 56 (63,6%) de los estudios revisados si los sujetos han recibido o no pagos en forma de créditos o dinero por su participación. En 42 (75%) de estos estudios la respuesta es negativa, en 12 (21,4%) es positiva y en 2 (3,6%) parte de los sujetos fueron pagados y parte no. Sorprendentemente, en tres de los estudios en que los sujetos se ofrecieron ante anuncio de tratamiento, dichos sujetos recibieron pagos por su colaboración, aunque eso sí, como señalan los autores, la comunicación de que recibirían créditos sólo fue hecha después de que acordaran participar

(Kirsch y Henry, 1977, 1979; Krugman, Kirsch, Wickless, Milling, Golicz y Toth, 1985).

Se ha aconsejado repetidamente que los sujetos deben participar por los beneficios clínicos potenciales, no por créditos o por dinero (Barrios y Shigetomi, 1979; Bernstein y Paul, 1971; Borkovec y O'Brien, 1976). Este parece un buen consejo ya que, según se ha comprobado en estudios realizados en el área del miedo a distintos animales:

- a) Los sujetos informan más miedo cuando se les dice que los participantes en un tratamiento de reducción de ansiedad recibirán créditos (Lick, 1977).
- b) Cuando se ofrecen pagos, aumenta el porcentaje de sujetos participantes, muchos de los cuales tienen poco miedo (Levine, Gorman y Sherry, 1978).
- c) Incluso cuando los sujetos deben cumplir ciertos requisitos (por ejemplo, obtener una puntuación mínima en un cuestionario) antes de que se contacte con ellos y se les ofrezca un pago, se ha comprobado que los sujetos voluntarios informan y muestran posteriormente más miedo que los que participan en la investigación por satisfacer un requisito de curso (Bernstein y Nietzel, 1974).

Sin embargo, en el campo de la competencia y ansiedad heterosocial, Martínez y Edelstein (1979) no hallaron diferencias en medidas de autoinforme y observacionales entre sujetos voluntarios y sujetos que participaban por créditos. Se requiere pues mayor investigación sobre este punto para comprobar si el efecto del pago a los sujetos es diferente o no según el tipo de miedo. No obstante, nos sigue pareciendo clínicamente más significativo el no ofrecer otros pagos que la reducción o eliminación del problema tratado.

3.1.1.4. Criterios de selección de los sujetos.

Setenta y nueve estudios (89,8%) dan información sobre los criterios empleados para seleccionar a los sujetos, aunque al menos 16 de ellos lo hacen de forma insuficiente. Los criterios de selección empleados se han basado en:

- a) Ofrecerse ante un anuncio de tratamiento: 9 estudios (11,4%).
- b) Aceptar participar en una investigación: 1 estudio (1,3%).
- c) Un ítem de MHP de un cuestionario como, por ejemplo, el Fear Survey Schedule de Geer (1965): 16 estudios (20,2%). En tres de estos estudios se exigía además a los sujetos un depósito monetario retornable.
- d) Emplear uno u otro de los dos criterios anteriores: 1 estudio (1,3%).
- e) Un cuestionario de MHP: 30 estudios (38%).
- f) Dos o más medidas de autoinforme: 12 estudios (15,2%).
- g) Medidas observacionales: 5 estudios (6,3%).
- h) Medidas observacionales y de autoinforme: 5 estudios (6,3%).

Aunque se ha criticado el uso de un único ítem de MHP como criterio de selección, Borkovec, Wall y Stone (1974) y Blom y Craighead (1974) han mostrado que la selección en base a un solo ítem concuerda razonablemente con la selección en base a uno o más cuestionarios. Sin embargo, uno puede ir más allá y preguntarse si la mayor parte de los criterios de selección de sujetos utilizados en la literatura revisada han sido lo suficientemente estrictos como para hacer más plausible la generalización a poblaciones clínicas (Glaser, 1981).

En relación a esto último, Bernstein y Paul (1971) han aconsejado emplear sujetos que muestren una alta activación en medidas de autoin-

forme, observacionales y fisiológicas. Ahora bien, esto excluiría, por ejemplo, a los sujetos cuyo problema consistiera "simplemente" en ansiedad autoinformada (Kelly, 1982). Pensamos que la solución está en considerar simultáneamente en la evaluación los tres tipos de medida mencionados (Borkovec y O'Brien, 1976; Curran, 1977; Vila, 1984a) y seleccionar a aquellos sujetos que presenten un grado de reacción en uno o más de esos tipos de medida en función de la población o tipo de problema al que se pretenda generalizar; así, un estudio podría seleccionar, por ejemplo, sujetos con alta ansiedad autoinformada y observada, pero con baja activación fisiológica.

Considerando las investigaciones revisadas, puede apreciarse que en la mayor parte de ellas los sujetos han sido seleccionados por presentar un MHP autoinformado alto o moderado, sin que se hayan considerado en la selección otros tipos de medida. Son necesarios pues más estudios que empleen otros criterios que permitan seleccionar muestras más homogéneas; se podría comprobar así hasta qué punto los resultados obtenidos hasta el momento son generalizables o bien tiene lugar una interacción entre tipo de sujeto o tipo de problema y tipo de tratamiento.

De hecho, se ha destacado insistentemente la importancia de las diferencias individuales y la necesidad de adaptar el tratamiento a las características de los sujetos y a su problema específico (Bellack y Morrison, 1982; Borkovec, 1973, 1976; Emmelkamp, 1982a; Fremouw, Gross, Monroe y Rapp, 1982; Galassi y cols., 1981; Goldfried, 1979; Haynes y Wilson, 1979; Hugdahl, 1981; Lang, 1977; Neer, 1982; Nelson y Háyes, 1981; Page, 1980; Rubin, 1983; Segura, 1985; Turner y Beidel, 1985). Así, por ejemplo, ciertos autores han señalado que se necesitan tratamientos distintos según que el problema consista en ansiedad, falta de habilidades o una combinación de ambas (Bassett y Boone, 1983;

Leary, 1983; McCroskey, 1980a, 1981; Phillips, 1980; Tasto, 1977), mientras que Wolpe (1983) ha recomendado diferentes tratamientos según que el miedo esté cognitivamente basado, se deba a un condicionamiento directo o sea una combinación de ambos.

En el área del MHP, la evidencia sobre una posible interacción entre tipo de sujeto o tipo de problema y tipo de tratamiento es insuficiente y contradictoria en algunos puntos. Así, Meichenbaum, Gilmore y Fedoravicius (1971) hallaron que con sujetos que presentaban elevada ansiedad social, la desensibilización sistemática resultó mejor que una técnica cognitiva basada en la terapia racional-emotiva, mientras que ocurrió lo contrario con los sujetos caracterizados por una menor ansiedad social; sin embargo, Germer (1975) y Talent (1979) no lograron replicar estos resultados. Por otra parte, en el estudio de Fremouw y Zitter (1978), la interacción entre tratamiento (entrenamiento en hablar en público, entrenamiento autoinstruccional + relajación) y tipo de sujetos (con alta y baja ansiedad social) no fue significativa, aunque los datos sugieren que el primer tratamiento es igual de eficaz con ambos tipos de sujetos, mientras que el segundo lo es más con sujetos de alta ansiedad social.

Gatchel, Hatch, Watson, Smith y Gaas (1977) no encontraron efectos de interacción entre el grado de conciencia autonómica y el tipo de tratamiento (biorretroalimentación, relajación, combinación de ambas, falsa biorretroalimentación) en medidas de autoinforme, observacionales y fisiológicas. Borkovec y O'Brien (1977) tampoco hallaron interacción entre el nivel de percepción autonómica y el tipo de instrucciones (centrarse en eventos autonómicos durante la charla, centrarse en estímulos externos durante la charla, ausencia de instrucciones) en medidas de autoinforme y observacionales, pero sí en el grado de reducción de la tasa cardíaca de una charla a otra; para sujetos bajos,

medios y altos en percepción autonómica, esta reducción fue mayor con el primer, tercer y segundo tipo de instrucciones respectivamente.

El modo predominante en que un sujeto percibe su ansiedad (cognitiva o somáticamente) no interactuó con el tipo de intervención (cognitiva o somática) en los estudios de McKinney y Gatchel (1982) y de Altmaier, Ross, Leary y Thornbrough (1982), salvo en medidas de listado de pensamientos en este último, las cuales parecen sugerir la conveniencia de igualar el tipo de intervención con el modo predominante de experimentar la ansiedad. Por otra parte, los datos de Casas (1976) sugieren que un tratamiento cognitivo puede ser más eficaz que uno basado en relajación con sujetos que experimentan la ansiedad como tensión mental, mientras que ocurriría lo contrario con los sujetos cuyo principal indicador de ansiedad es fisiológico. En la misma línea, el estudio de Gross y Fremouw (1982) indica que, a diferencia de otros tipos de sujetos, la relajación resultó peor que la reestructuración cognitiva con sujetos con una débil reactividad fisiológica; en estos casos, la relajación progresiva parece estar contraindicada. Sin embargo, esta interacción sólo resultó significativa en dos de las diez variables empleadas.

Morey (1974) halló que los efectos de dos tipos de terapia racional-emotiva (con y sin discusión de creencias irracionales) dependían de la orientación interna o externa de los sujetos en el constructo "locus de control". En cambio, Maiuro (1978), trabajando con desensibilización sistemática y desensibilización de autocontrol, ha informado que el locus personal de control, el nivel de depresión y la atribución del problema no fueron predictores útiles del resultado terapéutico.

Los estudios de Ayres y Hopf (1985), Longo y Saal (1984) y Trier (1975) muestran que los efectos de un tratamiento en relación a otro tratamiento o a un grupo de control pueden depender del nivel de MHP de

los sujetos. Finalmente, Suckerman (1978) no confirmó que una terapia basada en la imaginación fuera mejor para los buenos que para los malos imaginadores. De hecho, los datos de Casas (1975, citado por Fremouw y Gross, 1983) sugieren que las personas con menor capacidad imaginativa mejoran más con desensibilización, mientras que los buenos imaginadores lo hacen con reestructuración racional sistemática. Similarmente, los resultados de Tucker, Shearer y Murray (1977) indican que los sujetos con imaginación clara pueden beneficiarse más de una estrategia cognitivo-verbal, mientras que los sujetos con pensamientos verbales predominantes pueden sacar más provecho al utilizar imaginación de enfrentamiento.

En conclusión, aunque el panorama no es todo lo claro que sería de desear, existen indicios suficientes como para aconsejar que prosigan las investigaciones tendentes a descubrir nítidas interacciones entre las características de los sujetos o tipo de problema y tipo de tratamiento. Sin embargo, serían convenientes ciertos cambios metodológicos en estas nuevas investigaciones como, por ejemplo, (a) el uso de varias variables para predecir un resultado, en vez de una sola, y (b) la evitación del uso arbitrario de partición por la mediana para crear los grupos de sujetos. También sería interesante no seleccionar siempre a priori las variables predictoras, sino determinarlas empíricamente comparando, por ejemplo, a los sujetos que mejoran en el tratamiento con los que no mejoran (Fremouw y Gross, 1983).

3.1.2. CARACTERISTICAS DE LA CHARLA.

En 71 (80,9%) de los estudios los sujetos han tenido que dar al menos una charla como parte de la evaluación. Este porcentaje es muy alto, pero menor de lo que sería deseable. En dos estudios no hubo

charlas, sino discusiones en grupo de 15 y 45 minutos.

3.1.2.1. Duración y tiempo de preparación de la charla.

Sesenta y uno (85,9%) de los 71 estudios anteriores informan sobre la duración de la charla. El tiempo más frecuente ha sido de 3 ó 4 minutos (50 estudios, 70,4%) con unos pocos estudios empleando duraciones de 1, 5, 6 ó 10 minutos.

En cuanto al tiempo dejado para preparar la charla, este sólo ha podido ser determinado en 39 (54,9%) estudios. Existen dos tendencias principales: (a) dejar unos pocos minutos de preparación, siendo la tónica general 5 minutos (18 estudios en este último caso, 46,2%) y (b) permitir varios días para elaborar el tema (12 estudios, 30,8%).

Según parece, dar una charla de 4 minutos con 5 minutos de preparación es bastante diferente a dar una charla de la misma duración con varios días para prepararse. En el primer caso, uno puede preguntarse si se está tratando simplemente con MHP o bien si a este se le añade y/o se ve confundido por el miedo a tener que improvisar en una situación social. En el segundo caso, la duda está en si la situación no es demasiado fácil.

Otros datos importantes, como si el sujeto habla sentado o de pie, con notas o sin ellas y encima de un pódium o no, son proporcionados por muy pocos estudios. Adicionalmente, otros factores que se sabe que afectan al MHP, como la presencia o ausencia de mobiliario delante del orador (p.ej., un atril; Clevenger, 1959a) o la distancia a la que se habla al auditorio (Argyle, 1967, citado por Mann, 1972) sólo son mencionados por un par de estudios. Sin embargo, en función de todas estas variables -y de otras que se comentarán a continuación, como el tema de la charla y el tamaño y la composición del auditorio-, la

situación puede ser muy fácil o muy difícil y esto influir en la evaluación de la eficacia de los tratamientos (Goldfried y Linehan, 1977). Por ejemplo, un tratamiento puede aparecer eficaz si el sujeto tiene que dar una charla preparada con suficiente antelación, pero no si esta charla es improvisada.

3.1.2.2. Tema de la charla.

De los 71 estudios con charla, 51 (71,8%) dan alguna información relativa al tema de esta. En 39 (76,5%) el tema fue asignado por el investigador, en 9 (17,6%) fue elegido por el sujeto y en 3 (5,9%) fue seleccionado por el sujeto entre varios temas propuestos por el investigador. Meichenbaum y cols. (1971) han señalado que la elección del propio tema afecta al grado de MHP manifestado.

En 18 de los 35 estudios que informan al respecto, el tema de la charla fue general (p.ej., "Despenalización del consumo de la marihuana"), mientras que en los otros 17 fue personal, esto es, relativo a la experiencia del sujeto (p.ej., "Mis gustos, intereses y aficiones"). Los temas personales utilizados parecen más fáciles que los generales; además, la situación puede ser más artificial, ya que uno no suele dirigirse a un público para hablar de experiencias personales, aunque, desde luego, existen casos.

En los estudios con varios momentos de evaluación (pre, post, seguimiento) se ha utilizado adecuadamente un tema diferente en cada momento, aunque no se dice nada respecto a la comparabilidad de los distintos temas en el grado de dificultad.

3.1.3. CARACTERISTICAS DEL AUDITORIO.

De los 73 estudios en que los sujetos tuvieron que dar una charla

o discutir en grupo,

- a) en 62 (84,9%) hubo un público presente,
- b) en 3 (4,1%) los sujetos tuvieron que hablar solamente ante un espejo unidireccional o una cámara,
- c) en 1 (1,4%) hubo dos charlas, una con auditorio y otra sin él, y
- d) en 7 (9,6%) no ha sido posible determinar claramente si los sujetos hablaron ante un auditorio, una cámara o ambos.

3.1.3.1. Tamaño y composición del auditorio.

Se conoce el tamaño de 63 auditorios. De estos,

- a) 8 (12,7%) estuvieron constituidos por un oyente,
- b) 22 (34,9%) y 11 (17,4%) tuvieron un tamaño fijo o variable comprendido entre 2 y 5 oyentes y entre 6 y 10 oyentes respectivamente,
- c) 8 (12,7%) y 2 (3,2%) tuvieron un tamaño fijo o variable comprendido entre 11 y 20 oyentes y entre 21 y 30 oyentes respectivamente,
- d) 1 (1,6%) osciló entre 2 y 8 oyentes y 1 (1,6%) entre 10 y 17 oyentes,
- e) 3 (4,8%) oscilaron entre 8 y 12 oyentes,
- f) 2 (3,2%) variaron enormemente (de 6 a 42 y de 8 a 60 oyentes), y
- g) 5 (7,9%) estuvieron formados por la clase del sujeto, pero sin especificar su tamaño.

En dos estudios, el tamaño del auditorio se duplicó en el postratamiento o en el seguimiento.

Como puede apreciarse, la mayor parte de los auditorios utilizados (66,7%) son pequeños (10 oyentes o menos) y cerca de la mitad (47,6%) no pasan de 5 oyentes. Además existe bastante variabilidad en el tamaño

de los auditorios empleados, lo cual hace que los estudios sean difíciles de comparar, ya que el MHP se ve influido por dicho factor.

En efecto, aunque según Gatchel, McKinney y Paulus (1979), auditorios de 2 ó 6 personas no produjeron diferentes niveles de ansiedad autoinformada en sujetos con MHP requeridos a dar una charla, los mismos autores (McKinney, Gatchel y Paulus, 1983) hallaron más tarde una interacción entre nivel de MHP y tamaño del auditorio. Sujetos con mucho MHP informaron más ansiedad ante un auditorio de 6 que de 2 oyentes, mientras que ocurrió lo contrario con sujetos con poco MHP. Además, cuando se les dio a elegir, los primeros mostraron preferencia por dar la charla solos, mientras que los segundos mostraron preferencia por que hubiera 3 ó 4 personas presentes; no se encontraron diferencias en medidas observacionales y fisiológicas.

Por otra parte, sujetos con MHP informaron mayor ansiedad e hicieron silencios más largos cuando el público fue de una persona que cuando no hubo auditorio (Zettle y Hayes, 1983), mientras que niños de 10 a 12 años contaron historias más cortas a un auditorio de 6 personas que a un auditorio de una sola persona, sobre todo en el caso de niños con mucha ansiedad ante el público (Levin y cols., 1960). Finalmente, los estudios de Latané y Harkins (1976) -con ejecución imaginada y fotografías de auditorios de 1, 2, 4, 8 y 16 personas- y de Beatty y Payne (1983) -con ejecución real y auditorios reales de 5, 10, 15, 20 y 25 personas- muestran que el MHP autoinformado aumenta, aunque cada vez en menor medida, según crece el tamaño del auditorio. Sin embargo, en contraste con las investigaciones anteriores, Baldwin y Clevenger (1980) hallaron una mayor tasa cardíaca ante un público de 3 que de 21 personas, siendo la diferencia pequeña, pero significativa.

En cuanto a la composición del auditorio,

- a) en 29 (43,3%) de 67 auditorios hubo sujetos que iban a recibir o que habían recibido tratamiento,
- b) en 54 (80,6%) hubo observadores dedicados a tomar alguna medida como, por ejemplo, la Behavioral Checklist for Performance Anxiety,
- c) en 4 (6%) se encontró presente algún terapeuta, y
- d) en 41 (61,2%) hubo otras personas que no eran sujetos ni observadores ni terapeutas.

De los 67 auditorios, en 25 (37,3%) predominaron estas otras personas, en 23 (34,3%) los observadores, en 18 (26,9%) los sujetos y en 1 (1,5%) los terapeutas. Para hacer estos cálculos, se ha supuesto que cuando el auditorio es la clase del sujeto, en esta hay tanto sujetos como otras personas, predominando estas últimas.

El que los sujetos formen parte del auditorio tiene dos inconvenientes: (a) si son conocidos por el sujeto que habla, la situación puede resultar demasiado fácil, y (b) si un sujeto observa a otras personas dar una charla antes de hacer lo mismo, se permiten posibles efectos de modelado que se suman al tratamiento recibido. La presencia de observadores en el auditorio será comentada en el punto 3.1.3.3. Por último, el que un terapeuta se encuentre presente en el auditorio tampoco es conveniente ya que puede dar lugar a efectos de demanda. También pueden aparecer efectos contaminados en aquellos casos en que los autores de los estudios forman parte del auditorio, lo cual ocurrió en cinco de los estudios revisados.

Otras características importantes del auditorio, tales como edad, sexo, estatus y ser más o menos conocido por el sujeto, son mencionadas solamente por unos pocos estudios o por ninguno de ellos.

Aunque Levine, Sherry y Gorman (1978) han señalado que puede no

ser necesario emplear grandes auditorios en la investigación del MHP, uno puede preguntarse, por ejemplo, hasta qué punto dar una charla de 4 minutos, con 5 minutos de preparación y tema asignado, ante un público de menos de 10 personas y con observadores presentes es comparable a la situación más natural de dar una charla más larga, preparada en más tiempo, con tema elegido y ante un público más numeroso sin observadores formales. A este respecto, Longo y Saal (1984) encontraron que el miedo suscitado por el hecho de dar una charla de 1 minuto, con 5 minutos de preparación y tema asignado, ante un terapeuta y una cámara de vídeo, y el miedo suscitado por dar una charla en clase (sin especificar nada más) correlacionaron significativamente tanto en sujetos con MHP bajo y moderado ($r = 0,41$) como en sujetos con mucho MHP ($r = 0,51$). Esta temática requiere muchas más investigaciones que varíen los distintos parámetros y empleen una variedad de medidas (no sólo de autoinforme).

Aparte del tamaño y composición del auditorio, las situaciones de hablar en público han variado por la presencia o ausencia de instrumentos tales como micrófono (3 estudios), magnetofón (5 estudios), cámara de vídeo (24 estudios), y espejo de observación (4 estudios).

Jeger y Goldfried (1976) tomaron medidas de autoinforme, observacionales y fisiológicas para comparar cuatro situaciones de hablar en público: (a) auditorio real de 7-8 personas que parecieron estar evaluando la charla, (b) espejo unidireccional, diciendo al sujeto que 8 personas detrás de él evalúan su charla, (c) auditorio grabado: el sujeto está enfrente de una cámara y se le dice que 8 personas que él puede ver en un monitor de TV le están viendo a través de un circuito cerrado de TV y evaluando su charla, y (d) auditorio de 2 personas más una cámara que supuestamente grababa la charla para su posterior evaluación. La única diferencia significativa fue una menor velocidad

del pulso en la condición "espejo unidireccional" comparada con la condición "dos personas más cámara"; esta diferencia fue casi significativa respecto a las otras dos condiciones. La pregunta interesante aquí es si se obtendrían resultados similares utilizando un auditorio de, por ejemplo, 30 en vez de 8 personas.

En relación al uso de una cámara de vídeo, varios estudios han mostrado que la ansiedad autoinformada no varía en función de dar una charla ante la clase o ante la clase más cámara (Bush, Bittner y Brooks, 1972; Lake y Adams, 1984; Welke, 1968). Este último autor tampoco encontró diferencias en la ansiedad subjetiva al comienzo de la charla entre estas dos situaciones y la situación de hablar ante una cámara diciéndosele al sujeto que una clase le estaba viendo por un circuito cerrado de TV; sin embargo, en esta última situación la ansiedad subjetiva no se redujo del inicio al final de la charla, a diferencia de las otras dos situaciones. Un análisis más detallado condujo a Welke a señalar que el auditorio presente puede ser más ansiógeno para los sujetos que prefieren no recibir retroalimentación, mientras que el auditorio ausente puede serlo para aquellos que prefieren recibirla.

Por último, en relación al empleo de espejos unidireccionales, Bode y Brutten (1963) observaron que aunque el índice de sudoración digital disminuyó significativamente en varones durante cuatro breves periodos sucesivos de lectura oral ante una persona, esta adaptación se perdió cuando tuvieron que leer enfrente de un espejo detrás del cual se les había dicho que había un grupo de oyentes. Sin embargo, Karst y Most (1973) no encontraron un efecto principal del factor auditorio (hablar ante dos personas o ante un espejo unidireccional detrás del cual se había dicho que había un grupo de personas) ni con el índice de sudoración digital ni con medidas de ansiedad autoinformada. Ahora

bien, hallaron una interacción auditorio x nivel de MHP: los sujetos con mucho MHP se encontraron más ansiosos bajo la condición de espejo unidireccional, mientras que esto no ocurrió con los sujetos de bajo MHP. Jeger y Goldfried (1976) han recomendado evitar la situación de espejo de observación ya que algunos sujetos se sienten incómodos al ver su imagen, con lo cual la ansiedad experimentada puede no tener que ver, en parte, con el MHP.

3.1.3.2. Reacción del auditorio.

Sólo 10 (14,3%) de 70 estudios informan sobre la reacción del auditorio ante las charlas de los sujetos a pesar de que, como se sabe, las respuestas positivas o negativas del público afectan a variables tales como la ansiedad subjetiva (Argyle, 1972/1981b; Henrikson, 1943), las perturbaciones y la velocidad del habla, el número de silencios y de palabras, la intensidad de la voz (Blubaugh, 1969; Gardiner, 1971; Stolz y Tannenbaum, 1963) y la tasa cardíaca (Bassett, Behnke, Carlile y Rogers, 1973).

En 1 (10%) de los 10 estudios que informan sobre la reacción del auditorio, esta fue de interés, mientras que en los 9 (90%) restantes fue neutral, controlando los miembros del auditorio su expresión corporal y facial. El problema con una disposición neutral de escucha es que la situación que se crea es totalmente artificial y, peor aún, que los miembros del público pueden ser vistos como distantes y fríos, sobre todo por sujetos con mucho MHP (Beidel, Turner y Dancu, 1985) o por sujetos que intentan hacer amena su charla o la salpican con notas de humor.

3.1.3.3. Aviso de evaluación.

Diecisiete (23,3%) de 73 estudios informan sobre esta cuestión. En 15 (88,2%) de estos 17 se comunicó a los sujetos que su charla sería evaluada por el público presente y/o por otras personas que posteriormente verían las cintas de vídeo, mientras que en 2 (11,8%) no se dio ningún aviso de este tipo.

Comunicar a los sujetos que su charla será juzgada hace explícitos los componentes evaluativos del acto de hablar en público, lo cual crea una nueva situación que, en principio, no parece comparable a la situación normal de hablar en público (Boucsein y Wendt-Suhl, 1980/1982). Algo similar puede ocurrir en aquellos estudios en los que observadores formales rellenan hojas de registro a la vista del sujeto que habla. También podría decirse algo parecido respecto a las investigaciones que utilizan cámara de vídeo o magnetofón, pero aquí hay que tener en cuenta que estos aparatos no tienen por qué ser concebidos como instrumentos de evaluación, sino que pueden ser presentados simplemente como medios de difusión.

3.1.4. SESIONES DE TRATAMIENTO.

3.1.4.1. Número, duración y distribución.

Dejando al margen 8 estudios (Borkovec, Wall y Stone, 1974; Cotton, Baron y Borkovec, 1980; Grayson y Borkovec, 1978; Lane y Borkovec, 1984; Singerman, Borkovec y Baron, 1976; Slivken y Buss, 1984, estudios 1 y 2; Tesser, Leone y Clary, 1978) concebidos más como experimentos básicos de una sola sesión que como investigaciones experimentales de tipo clínico, 66 (82,5%) de los 80 estudios restantes informan sobre la duración del tratamiento, 11 (13,7%) especifican sólo

el número de sesiones, 2 (2,5%) facilitan el número de semanas de tratamiento autoaplicado y 1 (1,3%) no informa en absoluto.

De los 66 estudios que notifican la duración del tratamiento,

- a) en 46 (69,7%) esta no fue superior a 5 horas;
- b) en 16 (24,3%) pasó de 5 horas, pero sin llegar a 10;
- c) en 1 (1,5%) no llegó o pasó de 5 horas según los grupos;
- d) y sólo en 3 (4,5%) fue superior a 10 horas, alcanzando valores de 12 horas en un estudio y de 16 en los otros dos.

La duración más habitual de tratamiento fue de 5 horas, y el número más frecuente de sesiones fue cinco, siendo 1 hora la duración más corriente de estas. La distribución más usual fue de una sesión por semana, número que aumentó a dos por semana en unos cuantos estudios e incluso a una por día en dos de ellos.

Como puede apreciarse por los datos anteriores, los tratamientos utilizados han sido generalmente muy breves. Esto puede impedir la aparición de efectos significativos o atenuar estos, de modo que resulten clínicamente poco importantes.

En casi todas las investigaciones revisadas, los diferentes grupos de cada una de ellas han recibido igual número de sesiones, igualmente espaciadas y de igual duración, tal como es normalmente aconsejado (Kazdin, 1980). Sin embargo, mantener constante la duración de los distintos tratamientos tiene el problema de que algunos tratamientos requieren inherentemente más tiempo que otros (Marzillier, 1978); por ello, al igualar dicha duración, sólo estamos estudiando los efectos relativos de diferentes intervenciones bajo determinadas limitaciones de tiempo (Kazdin y Wilson, 1978).

Por otra parte, fijar un número determinado de sesiones tiene el inconveniente de que no garantiza que los sujetos hayan llegado a

completar las tareas y dominar los aspectos que el tratamiento implica, lo cual es una cuestión de gran importancia (Carney, 1985; Vermilyea, Barlow y O'Brien, 1984). Y sin esta garantía, la evaluación de la eficacia de un tratamiento es problemática o imposible. Por ello, sería conveniente especificar el criterio de terminación de un tratamiento no en términos del paso de un cierto tiempo o de un número predeterminado de sesiones, sino en base a la ejecución del sujeto, al dominio por parte de este de las tareas implicadas en el tratamiento (Fremouw y Gross, 1983; Meichenbaum y Jaremko, 1983). De este modo, podrían estudiarse tanto la eficacia de las distintas intervenciones como su eficiencia en términos del tiempo, costo y esfuerzos necesarios para alcanzar ciertos resultados.

Finalmente, quisiéramos mencionar que muchos estudios no proporcionan una información importante, a saber, si un sujeto que no asiste a una sesión, la recupera o no y en qué plazo de tiempo.

3.1.4.2. Modalidad de las sesiones.

De 80 investigaciones (no se tienen en cuenta las ocho mencionadas al comienzo del punto 3.1.4.1), 4 no facilitan esta información, 3 presentan una confusión entre tratamiento y modalidad de sesión y 1 compara entre sí las modalidades individual y en grupo de aplicación del tratamiento. De los 72 estudios restantes, en 46 (63,9%) la modalidad de intervención ha sido grupal y en 26 (36,1%) individual. De los 39 estudios de modalidad grupal que informan sobre el tamaño del grupo, en 16 (41%) este no ha pasado de 5 personas, en 19 (48,7%) ha oscilado entre 6 y 9 personas y en 4 (10,3%) ha sido o ha podido ser superior a 9 personas. En la mayor parte de los estudios (29; 74%) el tamaño del grupo ha estado comprendido entre 4 y 8 perso-

nas.

3.1.5. TERAPEUTAS.

En este apartado tampoco se tomarán en consideración las ocho investigaciones citadas al comienzo del punto 3.1.4.1.

3.1.5.1. Número y características.

Cincuenta y siete de los 70 estudios que han empleado terapeutas informan sobre el número de estos; 12 (21%) de esos 57 han utilizado un único terapeuta, con el posible sesgo que esto conlleva.

El porcentaje de terapeutas masculinos (70,8%) ha sido mucho mayor que el de terapeutas femeninos (29,2%). Similarmente, de los 33 estudios que proporcionan la información pertinente, en 23 (69,6%) predominan los terapeutas masculinos, en 5 (15,2%) los femeninos y en 5 (15,2%) hay una distribución equitativa. De todas formas, por lo que se sabe, la variable sexo del terapeuta no parece ser importante en el tratamiento del MHP (McCroskey, 1972; Weissberg, 1977).

La mayor parte de las investigaciones emplearon terapeutas con título de licenciado, viniendo luego a gran distancia los terapeutas aún no licenciados y, por último, los terapeutas con grado de doctor.

3.1.5.2. El autor como terapeuta.

Sólo en 42 (60%) de 70 estudios ha sido posible establecer si alguno de los autores actuó como terapeuta o no; en 18 (42,9%) la respuesta es negativa y en 24 (57,1%) afirmativa. Solamente en 3 de estos 24 el autor fue uno más de los distintos terapeutas y se evaluaron las posibles diferencias entre estos en cuanto a los resultados

obtenidos. El que un autor actúe como terapeuta suscita sospechas sobre el sesgo que puede introducir en el estudio al conocer las hipótesis de trabajo.

3.1.5.3. Experiencia en clínica y en las técnicas aplicadas.

Sólo 33 (47,1%) y 28 (40%) de 70 estudios proporcionan respectivamente la información de si los terapeutas poseían experiencia en la práctica clínica y en la administración de las técnicas consideradas en cada estudio. De los primeros 33 estudios, en 18 (54,5%) todos los terapeutas tenían experiencia clínica, en 10 (30,3%) sólo parte de los terapeutas la poseía y en 5 (15,2%) no la tenía ninguno. De los segundos 28 estudios, en 7 (25%) todos los terapeutas tenían experiencia en las técnicas aplicadas, en 10 (35,7%) sólo parte la poseía y en otros 11 (39,3%) no la tenía ninguno.

El factor experiencia de los terapeutas puede no ser tan decisivo como a primera vista puede parecer. En el área del MHP existe una variedad de estudios que muestran que terapeutas sin experiencia clínica y/o sin experiencia en la aplicación de las técnicas estudiadas pueden hacerlo igual de bien y obtener los mismos resultados que los terapeutas experimentados con una diversidad de técnicas conductuales (Cradock, Cotler y Jason, 1978; Fremouw y Zitter, 1978; Glogower, Fremouw y McCroskey, 1978; Jaremko y cols., 1980; McCroskey y cols., 1970; Meichenbaum y cols, 1971; Russell y Wise, 1976; Weissberg, 1977), siempre que, según Russell y Wise (1976), sean cuidadosamente seleccionados, entrenados y supervisados.

3.1.5.4. Evaluación de los efectos de los terapeutas.

Se ha propuesto generalmente balancear los terapeutas a través de

las distintas condiciones de tratamiento para poder controlar así la posible influencia de las características y comportamiento de los terapeutas y para poder detectar posibles efectos de interacción entre terapeutas y tratamientos (Allen, Elias y Zlotlow, 1980; Kazdin, 1980; Marzillier, 1978).

En 53 (75,7%) de 70 estudios ha sido posible determinar si el factor terapeuta estuvo presente o no en los análisis estadísticos para evaluar sus posibles efectos. Estos se examinaron estadísticamente en 24 (45,3%) de esos 53 estudios, sin que alcanzaran significación en ninguno de ellos. En 5 (9,4%) investigaciones no se evaluaron los efectos de los terapeutas, pero se utilizaron múltiples terapeutas diferentes o no en cada condición de tratamiento. En 16 (30,2%), hubo un único terapeuta o equipo de terapeutas en todas las condiciones de tratamiento o en algunas de ellas. En 3 (5,7%), se dio una confusión entre terapeutas y condiciones de tratamiento. En 5 (9,4%) estudios más, tampoco se evaluaron los efectos de los terapeutas, a pesar de que en 3 de ellos se cruzó el factor terapeutas con el factor tratamientos.

Balancear los terapeutas a través de las condiciones de tratamiento no impide de por sí que las expectativas, entusiasmo, calidez, etc. de aquellos pueda ser mayor en unos tratamientos que en otros, lo cual confundiría los resultados. Una forma de poder detectar esto es recoger las percepciones de los sujetos o de jueces sobre características potencialmente importantes de los terapeutas y ver si estas percepciones covarían con los tratamientos; en caso afirmativo, se trataría de comprobar si esto está relacionado con variaciones en los resultados. Sólo 8 (11,4%) de 70 estudios han considerado la evaluación de características y comportamiento de los terapeutas por parte de los sujetos, y únicamente 2 han recogido esta información en más de un momento a lo largo del tratamiento.

Otra vía de acción, compatible con la anterior, consiste en evaluar la confianza de los terapeutas en los distintos tratamientos y ver si aquella covaría con estos. De ser así, y si ya se ha realizado el estudio, habría que comprobar si esta confianza diferencial está relacionada con variaciones en los resultados. Si todavía no se ha iniciado la investigación, una solución es utilizar en cada tratamiento los terapeutas que confíen en él y emplear muchos terapeutas para llevar a cabo cada tratamiento, de modo que las características de los terapeutas no puedan explicar las diferencias entre intervenciones (O'Leary y Borkovec, 1978). Sólo en el estudio de Paul (1966) se comunica el haber evaluado la confianza de los terapeutas en los distintos tratamientos.

3.1.5.5. Supervisión de los tratamientos aplicados.

Planear la aplicación de un tratamiento y ceñirse a esta planificación durante la administración de la intervención son dos cosas que pueden no coincidir. Por eso es necesario ir supervisando a los terapeutas para comprobar si se atienen a cada tratamiento especificado o bien si alteran alguno o algunos de ellos mediante la adición, modificación u omisión de aspectos importantes. A pesar de esto, sólo 10 (14,3%) de 70 estudios proporcionan datos a este respecto; en 9 se supervisó la aplicación de los tratamientos y en 1, no.

3.1.5.6. Evaluación de características de los terapeutas por los sujetos.

Este apartado ha sido ya considerado al hablar de la evaluación de los efectos de los terapeutas (véase el punto 3.1.5.4).

3.1.6. EVALUACION DE LA CREDIBILIDAD EN LOS TRATAMIENTOS Y DE LAS EXPECTATIVAS GENERADAS POR ESTOS.

Es conveniente asegurarse de que los diferentes tratamientos y placebo(s) utilizados en un estudio son igualmente creíbles y generan similares expectativas de mejora, ya que si esto no es así, las posibles diferencias en eficacia entre diversas condiciones podrían tener una explicación alternativa (Carney, 1985; Kazdin, 1979; Kazdin y Wilcoxon, 1976). Incluso cuando se comparan sólo una intervención y un grupo de no tratamiento, es aconsejable evaluar los dos aspectos mencionados, ya que, por ejemplo, una baja credibilidad en la intervención o unas bajas expectativas de mejora suscitadas por esta podrían explicar unos pobres resultados. Tal como ha señalado Schleifer (1978), los efectos de estas dos variables, caso de que se den, quizá sean probablemente indirectos; esto es, un sujeto que crea en una intervención y anticipe beneficios de ella es más probable que participe diligentemente en el proceso de tratamiento.

En línea con otras investigaciones revisadas por Borkovec y O'Brien (1976) y Kazdin (1980), en el área del MHP se ha encontrado que grupos placebo utilizados pueden ser menos creíbles y generar menores expectativas de mejora que los tratamientos con los que son comparados (Gatchel y Proctor, 1976; Goldfried y Trier, 1974; Schleifer, 1978). Otras investigaciones han mostrado que el grado de credibilidad en el tratamiento puede influir en los resultados obtenidos (Kirsch y Henry, 1977, 1979).

En un tercer grupo de estudios se han inducido expectativas positivas o neutrales de cambio y se ha encontrado que el tipo de expectativas influyó en medidas de autoinforme y fisiológicas tomadas durante el tratamiento (Borkovec y Sides, 1979a; Grayson y Borkovec,

1978), pero que las cosas no están tan claras en cuanto a los resultados postratamiento. En efecto, en algunos trabajos no se ha encontrado ningún efecto del factor expectativas o este ha sido mínimo (Borkovec y Sides, 1979a; Gatchel y Proctor, 1976; Hemme y Boor, 1976; Solomon, 1978; Woy y Efran, 1972), mientras que en otros se ha hallado que el tipo de expectativas ha tenido un efecto, generalmente en interacción con otras variables como, por ejemplo, el tipo de intervención (tratamiento o placebo) o si el tratamiento recibido era el preferido por el sujeto o no (Devine, 1975; Lane y Borkovec, 1984; Slutsky y Allen, 1978; Spock, 1977). Un problema con la mayoría de los trabajos de este tercer grupo es que no se ha controlado si la manipulación de expectativas fue exitosa o no.

A pesar del posible impacto que las variables credibilidad en el tratamiento y expectativas de mejora generadas por este pueden tener en los resultados, sólo 18 (21,9%) de 82 estudios han procedido a su evaluación. El método exclusivamente utilizado ha consistido en medidas de autoinforme; sin embargo, una ausencia de diferencias entre grupos en estas medidas no asegura una equivalencia en credibilidad y expectativas, ya que hay otras hipótesis rivales explicativas como, por ejemplo, las características de demanda asociadas con la administración de los autoinformes (Kazdin, 1979, 1980; Lent, Crimmings y Russell, 1981).

En cuanto al momento de evaluación, aunque se ha aconsejado realizar esta en varios momentos a lo largo del tratamiento por los cambios que pueden producirse (Borkovec y Nau, 1972; Lent, 1983), sólo 4 (22,2%) de las 18 investigaciones han cumplido en mayor o menor grado dicha recomendación. El resto llevó a cabo la citada evaluación al inicio del tratamiento o una vez finalizado este, con el problema adicional en este último caso de que la credibilidad y expectativas

pueden ser una función del cambio real producido por el tratamiento (Kazdin, 1980).

3.1.7. CARACTERÍSTICAS DE DEMANDA.

Las características de demanda de una investigación pueden jugar un papel muy importante tanto en los datos obtenidos en la evaluación como en la interpretación de los resultados logrados (Bernstein y Nietzel, 1977; Kazdin, 1981; Lick y Unger, 1977). Las primeras investigaciones en este área, dentro del campo de la terapia de conducta, se realizaron básicamente con sujetos con miedo a animales y pusieron de manifiesto que:

- a) La ejecución de los sujetos es mejor bajo condiciones de fuertes demandas para aproximarse a los objetos temidos que bajo condiciones de demandas débiles (Bernstein y Nietzel, 1973, 1974; Miller y Bernstein, 1972; Smith, Diener y Beaman, 1974).
- b) Los sujetos muestran mayor ansiedad conductual cuando saben que se está evaluando su miedo que cuando no lo saben (Bernstein, 1973).
- c) Con medición repetida, la ejecución mejora al cambiar las instrucciones de demanda de débiles a fuertes, mientras que ocurre un empeoramiento a la inversa (Bernstein, 1974; Miller y Bernstein, 1972), aunque Bernstein y Nietzel (1974) no lograron replicar este efecto.

Borkovec y cols. (1977) han señalado que quizá otros problemas como la ansiedad interpersonal y el MHP no se vean influidos por las características de demanda. En el caso de la ansiedad heterosocial, los efectos de las demandas instruccionales han sido nulos (Borkovec, Stone, O'Brien y Kaloupek, 1974; Dow, Craighead y Borkovec, 1983) o muy

pequeños (Martinez y Edelstein, 1979; Nelson, Hayes, Felton y Jarrett, 1985); sin embargo, con sujetos poco asertivos, estos efectos han sido notables (Nietzel y Bernstein, 1976; Westefeld, Galassi y Galassi, 1980). Similarmente, las demandas instruccionales han influido en los sujetos con MHP bajo o moderado, al menos en medidas observacionales y de autoinforme (Blom, 1975; Blom y Craighead, 1974; Bossert, 1975; Craighead y Craighead, 1981). El que los sujetos con mucho MHP se vean poco o nada influidos por la manipulación de características de demanda concuerda con las revisiones hechas en otras áreas (Bernstein y Nietzel, 1977; Borkovec, 1973), aunque Emmelkamp (1982a) ha puesto de manifiesto que los efectos de demanda pueden aparecer incluso en sujetos con mucho miedo.

En vista de la importancia del factor características de demanda, es sorprendente que casi ningún estudio de la literatura revisada informe sobre este aspecto. Sin embargo, cabe sospechar que las características de demanda han sido débiles en el pretratamiento e implícitamente (si es que no explícitamente) fuertes en el postratamiento, ya que probablemente un sujeto piensa que tras el tratamiento se espera de él un cambio favorable; como consecuencia de este cambio en demandas, es posible que se llegue a sobrestimar la mejora de los sujetos en el postratamiento (Bernstein y Nietzel, 1977).

Para evitar problemas de este tipo, sería conveniente que en el pretratamiento los sujetos recibieran fuertes demandas para cubrir todo el tiempo de la charla (o charlas) y para hacer esto del modo más calmado y competente posible (Borkovec y cols., 1977; Lang y cols., 1983). Esto permitiría (a) seleccionar a los sujetos que mostraran más miedo bajo estas condiciones, los cuales se aproximarían más a un nivel "clínico" de miedo y se verían supuestamente menos afectados por las características de demanda postratamiento, y/o (b) minimizar los

cambios pre-post producidos o potenciados por un cambio en las características de demanda.

Otras vías de acción, enumeradas por Bernstein y Nietzel (1977) y Kern (1984) y compatibles con la anterior, son:

- a) El empleo de placebos de alta credibilidad empíricamente comprobada.
- b) La utilización de grupos de control de cambio de demanda que reciben fuertes demandas en el periodo post para mostrar conducta no temerosa.
- c) El uso, durante un cierto periodo, de instrucciones de demanda contrarias a una ocurrencia de mejora.
- d) El empleo de medidas que no deberían ser modificadas por el tratamiento, pero sí por factores de demanda.
- e) El uso de medidas no evidentes para los sujetos.

3.1.8. DISEÑOS UTILIZADOS.

Simplificando, el diseño experimental mayoritariamente utilizado ha sido un diseño de grupos con medidas tomadas en el pretratamiento y postratamiento (71 estudios, 80,7%); 4 de estos 71 estudios han empleado alguna variación del diseño (Pre-Durante-Post o bien Pre-Post₁-Post₂).

Otros diseños empleados han sido:

- a) el diseño de grupos con medidas tomadas en el postratamiento (7 estudios, 8%);
- b) el diseño de grupos con medidas de autoinforme en el pre y postratamiento, y medidas observacionales en el postratamiento (5 estudios, 5,7%);

- c) el diseño de línea base múltiple entre sujetos, entre conductas o entre sujetos y entre conductas (3 estudios, 3,4%);
- d) el diseño de grupos de medidas repetidas con todos los sujetos recibiendo cada tratamiento aplicado (1 estudio, 1,1%); y
- e) el diseño de grupos con medidas Pre₁-Pre₂-Post en un grupo experimental y Pre-Post en los restantes (1 estudio, 1,1%).

Once estudios (12,5%) presentan problemas de aleatorización. En 3, la asignación aleatoria de los sujetos a los grupos fue incompleta por cuestiones de horario; en otros 3, la asignación al grupo control no fue aleatoria; y en 5 más, los sujetos no fueron asignados aleatoriamente a las distintas condiciones.

3.1.9. PROBLEMAS ESTADISTICOS.

Los problemas más frecuentemente detectados en el análisis estadístico de los datos son comunes a los enumerados por distintos autores en otras áreas (Allen y cols., 1980; Wade y Hartmann, 1978). Entre dichos problemas están:

- a) la utilización de análisis univariantes allí donde los multivariantes serían más adecuados;
- b) el empleo de grupos pequeños (menos de 10 sujetos por condición),
- c) el uso de técnicas de bloqueo sin tenerlo en cuenta en el análisis;
- d) la realización de análisis de puntuaciones de cambio simple, en vez de residualizar dichas puntuaciones para controlar los efectos de regresión y las diferencias preexistentes entre grupos;
- e) la inferencia de que dos grupos son significativamente diferentes cuando uno cambia significativamente entre momentos de medición y

- el otro no;
- f) el empleo de comparaciones post hoc de diferencias de medias después de que el análisis global ha dado no significativo; y
- g) la no comprobación de si se cumplen o no los supuestos de las pruebas estadísticas aplicadas, en los casos en que la violación de estos supuestos tiene un impacto significativo (p.ej., la no verificación de los supuestos de homogeneidad y simetría de las matrices de varianza-covarianza en los diseños de medidas repetidas).

3.2. MEDIDAS EMPLEADAS, TRATAMIENTOS APLICADOS Y RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS INVESTIGACIONES REVISADAS.

Estos aspectos vienen resumidos en la Tabla 2. La columna "Condiciones comparadas" incluye los distintos tratamientos empleados en cada estudio así como los diferentes grupos de control. La columna "Tareas" informa sobre si los sujetos tuvieron que realizar o no tareas entre sesiones como parte del tratamiento aplicado; caso de no haber habido tareas en todas las intervenciones (incluidos aquí los grupos placebo, pero no los de la lista de espera, los de no contacto y los de no tratamiento), se especifica(n) entre paréntesis aquella(s) en que sí las hubo.

En "Duración del seguimiento" se da esta información, dado que esté disponible; una raya indica ausencia de seguimiento. La columna "Medidas" enumera todas las medidas utilizadas en cada estudio, clasificándolas en tres categorías: de autoinforme (A), observacionales (O) y fisiológicas (F). Una barra en diagonal separa las medidas de los aspectos tratados de las medidas de generalización, si las hay. Las

Tabla 2. Variables independientes, variables dependientes y resultados de la literatura sobre reducción del miedo a hablar en público (THP).

Estudio	Condiciones ^a comparadas	Tareas	Duración seguimiento	Medidas ^b	Resultados ^c			
					Aspectos tratados	Generalización	Seguimiento	
Paul (1966, 1967)	1. "Insight"	Sí (en 2)	6 sem. y 2 años	A: AD, AIE, PRCS, SR-HP/AD AIG, IPAT, PE, PSE, SR-C; SR-F, SR-T	Grupo 5 no incluido en post 2>1>4; 3>4	---	2>3>4>5; 2>1>5 [2>1>(4-5)]; 3>(4-5)]	NS [2>1=(4-5)] ^d
	2. DS							
	3. GP							
	4. IE							
	5. NC							
Paul y Shannon (1966), Paul (1968)	1. "Insight"	Sí (en 2 y 3)	2 años	A: AIE, PRCS, SR-HP/AMG, IPAT, PE, PSF, SR-C, SR-T O: NA	2>1=3>4 2>1=3=4 CPG: 2>1	---	---	---
	2. DS individual							
	3. DS en grupo				Comparaciones planeadas 3>1,4; 2=3	---	3>5; 1,2,4=3 3>5	3>1,4,5; 2=3
	4. GP							
	5. NC							
Giffin y Bradley (1969a)	1. Aconsejamiento no directivo en grupo	No	---	A: PRCS de Dickens, Gibson y Prall (1950)	1>2	---	---	---
	2. RC							
Calef y Maclean (1970)	1. DS (con Rc)	?	---	A: PRCS abrev. de Gilkinson (1942)/NAS	1=2>3	---	---	---
	2. TIR							
	3. NT							
Karst y Trexler (1970)	1. Terapia de rol fijo	Sí	6 meses	A: AIE, PRCS, TIA, TFSI-HP/ AIG, TFSI, TFSI-SFS O: BCL, PILs	Grupo 3 no incluido en seguimiento 1>2>3 NS	---	1=2	---
	2. TRE							
	3. LE							
McCroskey y cols. (1970)	1. DS (con Rc)	?	---	A: PRCS, SAIN, SR-HP	1>2	---	---	---
	2. LE							
Johnson y cols. (1971)	1. DS (con Rc)	Sí (en 1)	---	A: PRCS modif.	1=2>3	---	---	---
	2. PGW							
	3. NC							
Heichenbaum y cols. (1971)	1. DS	Sí (en 1, 2 y 3)	3 meses	A: AACL, AD, PRCS/FNE, SAD	1=2=3>4=5 (AACL: 1=2>3= =4>5)	---	1=2=3>5>4	1=2=3>5>4
	2. DPD + ADE							
	3. DPD + ADE + DS							
	4. GP				1=2>3>4>5 (BCL: 3=4 DSI, NP: 2=3)	---	---	---
	5. L ₃							



Tabla 2 (continuación).

Estudio	Condiciones ^a comparadas	Tareas	Duración seguimiento	Medidas ^b	Resultados ^c			
					Postratamiento		Seguimiento	
					Aspectos tratados	Generalización		Aspectos tratados
McCroskey (1972)	1-3. DS aplicada por varones en clase, mujeres en clase y varones en laboratorio 4. NT	¿	9 sem.	A: PRCA	1=2=3>4	---	1=2=3>4	---
Bylar y Clement (1972)	1. DS automatizada 2. IH1 automatizada 3. NT	Sí	1 mes	A: PRCS, SR-HP, SUDS O: BCL	PRCS, SR-HP: NS SUDS: 1=2>3 1=2>3	---	1=2>3 1=2>3	---
Trexler y Karst (1972)	1. TRE 2. GP(Rc y R en vivo) 3. LE	Sí	6-7 meses	A: PRCS modif., TMA/IBT O: BCL abrev., CGA F: <u>ISD</u>	PRCS: 1>2=3 TMA: 2>1=3 NS NS	1>2=3	Seg=Post>Pre (2 y 3 se han convertido en 1)	---
Voy y Efran (1972)	1. DS + IEP 2. DS + IEN 3. NT	¿	--	A: AD, APM, PRCS, SR-HP/PE O: BCL F: VP	1=2>3 (APM: 1>2) 1>3 NS	NS	---	---
Jarenko y Weinrich (1973)	1. DS (con Rc) 2. Rc apareada con escenas no pertinentes	¿	--	A: PSFSS	1>2	---	---	---
Borkovec Wall y Stone (1974)	1. BFIC (aumento) 2. BFIC (sin cambio) 3. BFIC (reduccion) 4. Control de biorrealim. 5. Control sin biorrealim.	--	--	A: CAC O: BCL modif., PH F: TC	1, 2, 3=4=5 2>3>1 1, 2, 3=4=5 2>3>1 NS	---	---	---
Goldfried y Trier (1974)	1. R 2. RE(->RD) 3. GP	Sí (en 1 y 2)	6 sem.	A: AD, APM, PRCS, SAI, SR-HP/ FNE, LCS, SAD, SR-A, SR-D, SR-S, SR-T, TAI O: <u>BCL, DSI</u>	NS NS (Post>Pre en 2)	NS	NS(Seg> Pre en 2)	NS(Seg> Pre en 2)
Myers (1974)	1. DS 2. NT	¿	--	A: Test de MHP F: RPG(no tomada en 2)	1>2 Post>Pre en 1	---	---	---

Tabla 2 (continuación).

Estudio	Condiciones ^a comparadas	Tareas	Duración seguimiento	Medidas ^b	Resultados ^c		
					Postratamiento		Seguimiento
					Aspectos tratados	Generalización	
Sherman y cols. (1974)	1. RE(->IR, RP, RD)	Sí	--	A: AME, PRCS modif./IPAT, FSSNL modif., WNS	Comparaciones planeadas 1=2; (1-2)=4; 3>(1-2-4)	---	---
	2. EHP				1>2; (1-2)=4; 3>(1-2-4)	---	---
	3. EHP + RE				---	---	---
	4. NC			O: BASA	1=2; (1-2)=4; 3>(1-2-4)	---	---
Straatmayer y Watkins (1974)	1. TRE	Sí	--	A: PRCS modif., TMA/IPAS	1=2>4; 1>3	---	---
	2. TRE sin disputa creencias irracionales			O: BCL modif., CGA	---	---	---
	3. GP						
	4. LE						
Fawcett y Miller (1975) Est. 1	1. EHP	¿	--	O: CGE, CIFC, CO, G	1 es eficaz	1 es eficaz con auditores de 2 y de 8 personas	---
	1. EHP	¿	--	A: AME O: CGE, CIFC, CO, G	1 parece eficaz 1 es eficaz	1 es eficaz con auditores de 6 a 42 personas	---
Fremouw y Harmatz (1975)	1-3. RE + EAI + EHP aplicado y/o recibido como enseñantes, enseñados y enseñantes latentes	Sí (en 1 y 3)	3 meses	A: AD, AMIP, PRCS/FNE, SAD	AMHP, PRCS: 1=2= =3>4 AD: 1=2>4 CGA: 1=2=3>4 BCL: 1=2>4	FNE: NS SAD: 1=2>4	3 y 4 se han convertido en 1 y 2 NS(Seg=Post)
	4. LE			O: BCL abrev., CGA, PHs (no usada)		---	---
	1. PGV	No	--	A: PRCS	Comparaciones planeadas (1-2-3)>4; 1=2=3 (1-2-3)>4; 2>1=3	---	---
	2. IV			O: BCL abrev.		---	---
Kirsch y cols. (1975)	3. IMV						
	4. GP						
Lohr y McManus (1975)	1. DS	Sí	--	A: PRCA	NS(Post>Pre)	---	---
	2. DSA automatizada						

Tabla 2 (cont inuación).

Estudio	Condiciones ^a comparadas	Tareas	Duración seguimiento	Medidas ^b	Resultados ^c			
					Postratamiento		Seguimiento	
					Aspectos tratados	Generalización	Aspectos tratados	Generalización
Zemore (1975)	1. DS 2. DS para miedo a exámenes 3. DA 4. DA para miedo a exámenes 5. NI	i	--	A: AACL, FSS modif., -HP, PRCS, TM/FSS modif., -E, STABS O: BCL	1=2=3=4>5	STABS: NS FSS modif., -E: 1=2=3=4>5	---	---
Gatchel y Proctor (1976)	1. BTC + IEP 2. BTC + IEN 3. GP + IEP 4. GP + IEN	i	4 sem.	A: APM, CAC O: BCL modif. F: NCP, TC	(1-2)>(3-4) (1-3)>(2-4) (1-2)>(3-4) (1-2)>(3-4)	(1-2)>(3-4)	---	---
Henne y Boor (1976)	1. DS + IEP 2. DS + IEN	i	--	A: AVE, PRCS O: BCL, DC F: ISD	1>2 NS(BCL:Post>Pre; DC: Pre>Post) NS(Pre>Post)	---	---	---
Marshall y cols. (1976)	1. DS 2. Dsa 3. Dsa controlada por terapeuta 4. Combinación de 3 y 5 5. GP 6. IE	Si (en 1, 2, 3, 4)	--	A: TM/SUDS O: BCL	Comparaciones planeadas (1-2-3-4)>5; (1-2-3-4)>5; 5>6; 1=(2-3-4) 5>6; 1>(2-3-4) NS	---	---	---
Russell y Wise (1976)	1. DS 2. RC 3. LE	Si	--	A: PRCS, SR-IP/MAS, SR-C, SR-E	1=2>3	NS	---	---
Singerman y cols. (1976)	1. FA 2. Placebo 3. Control	--	--	A: PRCS abrev. O: BCL modif., PHS F: TC	2>1 BCL: 2>1 NS	---	---	---
Thorpe y cols. (1976)	1. Discusión ideas irracionales generales 2. Discusión ideas irracionales pertinentes al MHP 3. ADEAI 4. Combinación de 2 y 3	No	3 meses	A: AACL, APM, PRCS, SR-HP/ FNE, RAS, SAD, SR-E, SR-T O: BCL, DC	PRCS, SR-HP: NS AACL, APM: (1-2) >(3-4); 2>4 NS	FNE, RAS, SR-T: NS SAD, SR-E: (1-2) >(3-4) ---	NS	FNE: NS RAS, SAD: (1-2)>(3-4) ---

Tabla 2 (continuación).

Estudio	Condiciones ^a comparadas	Tareas	Dura- cion segui- miento	Medidas ^b	Resultados ^c			
					Postratamiento		Seguimiento	
					Aspectos tratados	Generali- zacion	Aspectos tratados	Generali- zacion
Weinberger y Engelhart (1976)	1. DS 2. II 3. GP	i	--	A: AACL, PRCS, SAI, SSAI/TAI O: BCL modif.	NS(Post>Pre en I) NS	NS(Post>Pre en I) ---	---	---
Wright (1976)	1. DS 2. Entrenamiento en dis- cusion en grupo 3. LE	i	--	A: QSDI O: VDS/CGA, VDC	1=2>3 2>1=3	---	---	---
Deffenbacher y Payne (1977)	1. RA(->RC, RP, RD) 2. EVA 3. LE	i	--	A: FRCA/CSES, FNE	1=2>3	1=2>3	---	---
Gatchel y cols. (1977)	1. BTC 2. Rc 3. BTC + Rc 4. GP(BFTC)	Si (en 1, 2 y 3)	4-8 sem.	A: APH, CAC O: BCL modif. F: NCF, IC	NS(Post>Pre) NS(Post>Pre) 3>1=2>4	---	NS	---
Goldfried y Goldfried (1977)	1. DA + PV 2. DA con jerarquia no per- tinente + PV 3. TIR + PV	Si	2 meses	A: AD, AME, FIIP, PRCS, SAI, SR-IP, SR-P/FNE, SAI, SR-A, SR-D, SR-F, SR-T, TAI O: BCL modif., DSI F: VP	NS(Post>Pre)	NS(Post>Pre sobre todo en I)	PRCS, SR-IP, SR-P: NS(Seg>Pre) AME, FIIP: 1=2>3	NS(Seg>Pre sobre todo en I)
Kirsch y Henry (1977)	1. DS 2. EIG + R + castigo de la respuesta de ansiedad 3. GP 4. Combinación de varios grupos de control	Si (en 1 y 2)	--	A: AD, AME, PRCS O: BCL modif.	1=2=3>4 1=2=3>4	---	---	---
Lineham y cols. (1977)	1. Modelado simbólico homo- geneo (+ PGAN tras post) 2. Modelado simbólico hete- rogeneo (+ PGAN tras post)	Si	2 sem.	A: TM O: BCL	NS(Post>Pre) NS(Pre>Post)	---	NS(Seg>Pre) NS(Pre>Seg)	---

Tabla 2 (continuación).

Estudio	Condiciones ^a comparadas	Tareas	Duración seguimiento	Medidas ^b	Resultados ^c		
					Aspectos tratados	Generalización	Seguimiento
Marshall y cols. (1977)	1. Dsa controlada terapéutica	Sí	--	A: TM/SUDS	Comparaciones planeadas		
	2. EHP			O: BCL	(1-2-3)>4; 1=3>2		
	3. Combinación de 1 y 2				(1-2-3)>4; 3=2>1		
	4. LE						
Tucker y cols. (1977)	1. IE	Sí	--	A: PRCS	1=2>3		
	2. EMA			O: BCL	NS		
	3. LE						
Weissberg (1977)	1. DS	¿	11 sem.	A: AAQL, AME, PRCS, RT/AMG, FNE, MAS, SAD	1=2=3=4=5=6>7	1=2=3=4=5=6>7	1=3=5=6>7
	2. DE				(AME: (3-6))>	(AME, RT: (1-2-3))>	
	3. DPD + ADE + DE				>(1-4); RT, AME;	>(4-5-6))	
	4-6. 1, 2 y 3 de modo vicario				(1-2-3)>(4-5-6))		
	7. LE				2=5>7; (2-5)=	2, 3, 4, 6>7	
					=(3-6)>(1-4)		
Weissberg y Lamb (1977)	1. DS	¿	3 meses	A: AAQL, AME, PRCS/AMG, FNE, MAS, SAD	AAQL: 1=2=3>4	AMG, MAS, SAD: NS	1=2>4
	2. DPD + ADE + DE				AME: 2=3>1	FNE: 2>1=4	(SAD: 2>1=4)
	3. EHP				PRCS: 2=3>4		
	4. LE				NS	2=3>4	
Cradock y cols. (1978)	1. DS	¿	--	A: PRCS	2>3		
	2. Ensayo cognitivo de estrategias y tareas de hablar en público			O: BCL	NS		
	3. LE						
Fremouw y Zitter (1978)	1. EHP	Sí (en 1 y 2)	8 sem.	A: AD, PRCA, PRCS/SAD	AD, PRCA: NS		
	2. RE + EAIAI				PRCS: 1>2>3, 4	1=2>3; 1>4	NS
	3. GP			O: BASA, CGA, DSI	1=2>4 (BASA: 3>4; CGA: 2>3)	(PRCA: NS)	
	4. LE						
Glogower y cols. (1978)	1. Comentario sentimientos al discutir en grupo	Sí	6 sem.	A: PRCA-25, SAI/FNE, SAD	PRCA: 4>1=2>5; 3>5; SAI: NS	1=2=3=4>5	NS
	2. ADNAV				4>1=2=5; 3>5		
	3. ADEAV				(CP, CT, LR, NF, NV)		
	4. ADNAV + ADEAV						
	5. LE						

Tabla 2 (continuación).

Estudio	Condiciones comparadas	Tareas	Dura- ción segui- miento	Medidas ^b	Resultados ^c		
					Aspectos tratados	Generali- zación	Seguimiento Generali- zación
Goss y cols. (1978)Est.1	1. DS	¿	--	A: PRCA/RSES	1>2	1>2	---
	2. NT						
Goss y cols. (1978)Est.2	1. DS	¿	--	A: PRCA/PVBS	1>2	NS	---
	2. NT			O: BASA,CGA	1>2	---	---
Grayson y Borkovec (1978)	1. Imaginación respuesta competente + IEP	---	--	A: AD, CAC	NS	---	---
	2. Como 1, pero con IEN			O: BCL	NS	---	---
	3. Imaginación respuesta de ansiedad + IEP			F: TC	(.2)>(3-4)= (5-6)	---	---
	4. Como 3, pero con IEN						
	5. Imaginación respuesta de evitación + IEP						
	6. Como 5, pero con IEN						
Schleifer (1978)	1. RA(->RC)	Sí (en 1)	--	A: AD, PRCS, SR-HP/FNE, LCS, SAD, SR-C, SR-E, SR-T	1=2	1=2	---
	2. GP						
	3. LE (perdido)			O: BCL	1=2	---	---
Slutsky y Allon (1978)	1. DS + IEP	Sí (en 1 y 2)	--	A: AD, PRCS, SASTO/TAI	Post>Pre en 1, 2 y 3	Post>Pre en 1	---
	2. DS + IEN						
	3. GP + IEP			O: BCL	Post>Pre en 1, 2, 3 y 5	---	---
	4. GP + IEN						
	5. LE			F: ISD, VP	Post>Pre en 1 y 2	---	---
	6. NT						
Tesser y cols. (1978)	1. Restricciones del proceso	---	--	A: Items de sentimientos y ejecución en charla, TNA	1>2=3	---	---
	2. Catarsis						
	3. Control			O: Calificaciones por au- ditorio en dichos ítems	NS	---	---
Trussell (1978)	1. EHP	Sí	6 sem.	F: ISD	1=3>2	---	---
	2. EHP + DS			A: AME, PRCS, SAI/TAI	PRCS: 1=2>3 SAI: 2>3	2>3	PRCS: 1=2>3 SAI: 2>3
	3. LE			O: BASA abrev.	1=2>3	---	---

Tabla 2 (continuación).

Estudio	Condiciones ^a comparadas	Tareas	Duración seguimiento	Medidas ^b	Resultados ^c		
					Posttratamiento	Seguimiento	Generalización
				Aspectos tratados	Aspectos tratados	Generalización	Generalización
Borkovec y Sides (1979a)	1. DS (con Rc) 2. EIG seguida de Rc 3. EIG 4. LE Cada condición se combina con IEP e IEN	Sí	--	A: AD, APQ, TM	AD: 1 > (2-3-4); 2=3=4; APQ: NS; TM: 1 > 3, 4	---	---
Gatchel y cols. (1979)	1. BTC + R 2. DS 3. GP (BFTC)	Sí (en 1 y 2)	1 mes	A: TM O: BCL F: EMG frontal, NCP, TC	NS (Post > Pre) NS (Post > Pre) 1 > 2=3 (EMG: NS)	---	NS (Seg=Post > Pre) NS (Seg=Post > Pre) 1 > 2=3 (EMG: NS)
Kirsch y Henry (1979)	1. DMA 2. DMA con meditación en vez de relajación 3. Meditación autoaplicada 4. LE Contacto ocasional con terapeuta en 1, 2 y 3	--	--	A: PRCS, TM O: BCL abrev. F: VP	Comparaciones planeadas (1-2-3) > 4; 1=2=3 NS NS (Post > Pre en 1)	---	---
Naggs (1979)	1. FE 2. RA (->RP) + EAIIV 3. IE (combinación de 1 y 2) 4. RT	i	--	A: SAI, SEPS/AAT-D, AAT-F, TAS	NS (¿Post > Pre en 1, 2 y 3?)	---	---
Black y Martin (1980)	1. EHP	i	4-8 sem.	A: AEC O: CCE, C1FC, CO, G, UA	1 es eficaz 1 es eficaz	---	1 es eficaz con otro contexto y auditorio 1 es eficaz con otro contexto y auditorio
Cotton y cols. (1980)	1. FA más charla previa 2. FA sin charla previa 3. Control más charla previa 4. Control sin charla previa	--	--	A: AD, TM, ansiedad que uno cree mostrar O: BCL modif. F: VP	(1-3) > (2-4); (3-4) > (1-2) NS (1-3) > (2-4); (3-4) > (1-2)	---	---

Tabla 2 (continuación).

Estudio	Condiciones ^a comparadas	Tareas	Duración seguimiento	Medidas ^b	Resultados ^c			
					Postratamiento		Seguimiento	
					Aspectos tratados	Generalización	Aspectos tratados	Generalización
Chaplin y Levine (1981)	1-3. II continua: 100, 150 ó 200 minutos 4-6. II interrumpida: 100, 150 ó 200 minutos	No	---	A: PRCS, TM, TMA, TM intra-tratamiento O: BCL F: VP	---	TM, TMA: NS PRCS, TM intra: (1-2-3)>(4-5-6) (1-2-3)>(4-5-6) NS	---	---
Fox y Houston (1981)	1. ADE + modelado simbólico 2. Autodeclaraciones sobre hechos obvios + modelado simbólico 3. NT	--	--	A: SAIC	---	En sujetos con alta ansiedad: 2=3>1 Duración: 3>1=2 BCL: 2=3>1	---	---
Gil (1981, 1983b)	1. EHP 2. EHP + EAIIV + RP 3. Discusión aspectos pertinentes 4. LE	Sí	2 meses	A: AD, AEC, AEF, LP, PRCS, SR-HP, TM/FNE, IPOCLCS, SAD, SEI O: CANV, CARC, CAV, CGA, CGE, CIFC, CO, DC, DS1, G, PI	NS	1=2>4 (PRCS, SR-HP: NS)	2>3=4 (PRCS: NS)	NS
Lent y cols. (1981)	1. DA (con RC) 2. RRS 3. GP 4. LE	Sí	8 sem.	A: AD, PRCS, SR-HP/FNE, SAD, SR-E, SR-T, TAI O: BCL, DC	NS	AD: 1=2=3>4 PRCS, SR-HP: 1>2=3=4 NS	1>3=4 (PRCS: 2>4 SR-HP: 1>2)	NS
Osberg (1961)	1. RA 2. R 3. EIG + PV 4. IE	No	4 sem.	A: PRCS, SAI, SR-HP/SAD O: BCL modif., CGA	NS	Grupo 4 no incluido en seguimiento PRCS, SR-HP: NS SAI: 1=3>2=4 BCL: NS CGA: 1>2	Seg=Post Seg=Post	Seg=Post
Altmeyer y cols. (1982)	1. FE + EAIIV 2. FE + RA(->RC, RP) 3. IE (combinación de 1 y 2) 4. NT	?	---	A: AACL, LP, PRCS O: BCL	---	NS(LP: 2=3>4 en sujetos con ansiedad somática) 1=2=3>4	---	---
Dawson (1982) Est. 1	1. DPD 2. EIG + PGAN 3. EAI 4. Realimentación cognitiva 5. LE	Sí	6 meses	Índice cambio terapéutico calculado con BCL, EPI-E, MAAC-D, PRCS, TMA y VP	---	Grupo 5 no incluido en seguimiento 3>5	1=2=3=4 (¿Seg>Pre en 1?)	---

Tabla 2 (continuación).

Estudio	Condiciones ^a comparadas	Tareas	Duración seguimiento	Medidas ^b	Resultados ^c		
					Postratamiento		Seguimiento
					Aspectos tratados	Generalización	
Dawson (1982) Est. 2	1. EAI 2. EAI + DPD 3. EAI + DPD + EIG + PGAN 4. LE	Sí	6 meses	Índice cambio terapéutico calculado con BCL, EPI-E, MAAC-D, PRCS, TMA y VP	Grupo 4 no incluido en seguimiento 1=3=4 1=2=3		
Gross y Fremouw (1982)	1. R 2. Reestructuración cognitiva 3. LE	?	--	A: APQ, BSR, PRCS, SAI/FNE, SAD O: BCL abrev., CCA F: NCP, TC	1=2>3 (En sujetos con débil activación fisiológica, 2>1) NS NS	NS ---	---
Marshall y cols. (1982) Est. 1	1. EHP sin práctica 2. IV 3. EHP + IV 4. LE	No	9 meses	A: TM/SUDS O: BCL ₁ , BCL ₂ , CASB	Comparaciones planeadas (1-2-3)>4; 3=(1-2); 1=2 (1-2-3)>4 (BCL ₁ :3>(1-2); 2>1 BCL ₂ :3=(1-2); 1=2 CASB:3=(1-2); 1>2)	NS ---	Datos no analizados por gran mor- talidad. Segun parece 1, 2 y 3 mejoran y 4 empeora
Marshall y cols. (1982) Est. 2	1. Instrucciones + modelado 2. Reafirmación + discusión 3. Combinación de 1 y 2 4. NT	No	--	A: TM/SUDS O: BCL ₁ , BC ₂ , CASB	Comparaciones planeadas NS (1-2-3)>4; 3>(1-2) (BCL ₁ , BCL ₂ : 1=2 CASB: 2>1)	NS ---	---
McKinney y Gatchel (1982)	1. Rc + BTC 2. Rc + ADEAI 3. Combinación de 1 y 2	Sí	--	A: SAI, III O: BCL modif. F: MCP, PSD, PSS, TC	NS(Post>Pre) Auditorio en vez de cámara NS(Post>Pre) NS(Post>Pre) 1=3>2	---	---
Schuler y cols. (1982)	1. IE 2. RA + EAI/V	Sí	5 sem.	A: AACL, PRCA, PRCS O: BASA F: VP	PRCS: Post>Pre en 1 AACL, PRCA: NS NS NS	---	PRCS, PRCA: Seg> Pre en 1; AACL: NS Seg>Pre en 1 NS

Tabla 2 (continuación).

Estudio	Condiciones ^a comparadas	Tareas	Duración seguimiento	Medidas ^b	Resultados			
					Postratamiento		Seguimiento	
					Aspectos tratados	Generalización	Aspectos tratados	Generalización
Hayes y Marshall (1984) Est. 1	1. EAIIV	Sí	6 meses	A: LP, PRCA, TI, TSS/FNE, SAD, SUDS	Comparaciones planeadas. Grupo 4 no incluido en seguimiento (1-2-3)>4; 1=2 (PRCA: 3>(1-2) TI: 3=(1-2) LP, TSS: NS)	FNE, SAD: NS	Seg=Post (con FNE, SAD, SUDS)	
	2. EAIIV + IV 3. EAIIV + IV + EHP 4. GP			O: BCL modif., CASB	(1-2-3)>4 3>(1-2) 2>1	Auditorio mayor= auditorio menor Situación social: (1-2-3)=4; 3>(1-2)	BCL: Seg=Post CASB: Empeoramiento en 1 y 3	
Hayes y Marshall (1984) Est. 2	1. EHP	No	6 meses	A: LP, PRCA, TI, TSS/FNE, SAD	Comparaciones planeadas NS	FNE, SAD, SUDS: 1>2 (SUDS: 1>3)	Seg=Post (con FNE, SAD, SUDS)	
	2. IV 3. EHP + IV			O: BCL modif., CASB	1>2 (BCL: 1>3)	Auditorio mayor= auditorio menor Situación social: NS	Seg=Post	
Hayes y Marshall (1984) Est. 3	1. EHP	Sí (en 2)	--	A: LP, TI/SUDS	NS(Post>Pre)	NS(Post>Pre)	---	
	2. EHP + práctica en casa			O: BCL modif., CASB	NS(Post>Pre)	---	---	
Hekmat y cols. (1984)	1. Desensibilización semántica	Sí	4 sem.	A: ANCL, PRCS, SR-IP	1>2>3 (ANCL: 2=3)	---	Seg=Post	
	2. GP			O: BCL	1>2=3	---	Seg=Post	
	3. LE							

Tabla 2 (continuación).

Estudio	Condiciones ^a comparadas	Tareas	Duración seguimiento	Medidas ^b	Resultados ^c			
					Tratamiento		Seguimiento	
					Aspectos tratados	Generalización	Aspectos tratados	Generalización
Lane y Borkovec (1984)	1. PV + IEP	--	--	A: AD, Autoeficacia cognitiva y conductual, TI/ Autoeficacia generalizada	Post>Pre en (1-3)	Post>Pre en (1-3) en nivel de autoeficacia	---	---
	2. PV + IEN			O: BCL modif., DC	NS	---	---	---
	3. GP + IEP			F: NCP, TC	1>3; 4>2	---	---	---
	4. GP + IEN					---	---	---
Longo y Saal (1984)	1. Alivio respiratorio	Sí	--	A: PRCS, SR-IP, TI retrospectivo	1>2>3 (En sujetos con mucho MIP: 1=2>3)	---	---	---
	2. Exposición graduada a escenas audiograbadas			O: BCL	1>2>3 (En sujetos con mucho MIP: 1>2=3)	---	---	---
	3. LE			F: RPG, VP	RPG: NS; VP: 1>3 (En sujetos con mucho MIP: NS)	---	---	---
Mannion y Levine (1984)	1. IV	No	--	A: PRCS, TI, TIA	(1-2)=(5-6)=	---	---	---
	2. INV				=(7-8)>(3-4)	---	---	---
	3. II			O: BCL	(1-2)>(5-6)=	---	---	---
	4. IMI				=(7-8)=(3-4)	---	---	---
	5. IV y luego II			F: VP	NS	---	---	---
	6. INV y luego IMI					---	---	---
	7. II y luego IV					---	---	---
Slivken y Buss (1984) Est. 1	1. FA/Mucho MIP	--	--	A: Autocalificación síntomas fisiológicos, TI	(2-4)>(1-3)	---	---	---
	2. FA/Poco MIP			O: Calificación sonrisas nerviosas, expresividad, CGA, DC	(1-2)=(3-4)	---	---	---
	3. Control/Mucho MIP				(2-4)>(1-3)	---	---	---
	4. Control/Poco MIP				(1-2)=(3-4)	---	---	---
Slivken y Buss (1984) Est. 2	1. FA/Mucho MIP	--	--	A: Autocalificación síntomas fisiológicos, TI	NS	---	---	---
	2. Control/Mucho MIP			O: Calificación sonrisas nerviosas, expresividad, CGA, DC	NS (DC: 2>1)	---	---	---

Tabla 2 (continuación).

Estudio	Condiciones ^a comparadas	Tareas	Duración seguimiento	Medidas ^b	Resultados ^c		
					Aspectos tratados	Generalización	Seguimiento
Worthington y cols. (1984)	1. EHP 2. EHP + RE + EAI 3. EHP + RE + EAI + intención paradójica 4. DS 5. LE 6. NT	i	6 sem.	A: AACL, PRCA, PRCS, TI/SAD O: BCL	2, 3 > 1, 4, 5, 6 2, 3 > 1, 4, 5, 6	NS ---	2, 3 > 1, 4, 5, 6 ---
Ayres y Hopf (1985)	1. Ensayo cognitivo de charla competente + PV: 1 sesión 2. Como 1, pero 2 sesiones 3. PV: 1 sesión 4. PV: 2 sesiones	No	--	A: PRCA-24	2 > 1 > (3-4); 3=4	---	---
Krugman y cols. (1985)	1. Programación neurolingüística 2. DA 3. LE	--	--	A: PRCS abrev., de Gilkinson (1942) O: BCL modif., CGA	NS NS	---	---

^a Las condiciones comparadas incluyen los distintos tratamientos empleados en cada estudio así como los diferentes grupos de control. El significado de las abreviaturas utilizadas para las diferentes condiciones es el siguiente:

ADE	Aprendizaje y ensayo de autodeclaraciones de enfrentamiento	DS	Desensibilización sistemática	IMI	Implusión imaginal
ADEAI	ADE aplicado en situaciones imaginadas	DSa	DS autoaplicada	INV	Implusión en vivo
ADEAV	ADE aplicado en situaciones en vivo	EAI	Entrenamiento autoinstruccional	IR	Imagen relajante
ADH	Identificación de las autodeclaraciones negativas y comprensión de sus efectos	EAI AI	EAI aplicado en situaciones imaginadas	IV	Inundación en vivo
ADNAV	ADN aplicado en situaciones en vivo	EAI AV	EAI aplicado en situaciones en vivo	LE	Lista de espera
BFTC	Biorretroalimentación falsa de la tasa cardíaca	EIG	Exposición imaginal graduada	NT	Grupo de no tratamiento
BTC	Biorretroalimentación de la tasa cardíaca	EIP	Entrenamiento en hablar en público	PCAN	Práctica graduada en ambiente natural
DA	Desensibilización de autocontrol	EIA	Entrenamiento en manejo de la ansiedad	PV	Práctica graduada en vivo
DAa	DA autoaplicada	FE	Falsa atribución	R	Relajación progresiva
DE	Desensibilización de enfrentamiento	GP	Grupo placebo	RA	Relajación aplicada en situaciones en vivo
DPD	Identificación y discusión de pensamientos desadaptativos	IE	Inoculación de estrés	Rc	Relajación progresiva mediante cinta
		IRN	Inducción de expectativas neutras	RC	Relajación condicionada
		I EP	Inducción de expectativas positivas	RD	Relajación diferencial
		II	Inundación imaginal		

Tabla 2 (continuación)

RE	Relajación de enfrentamiento	RMS	Reestructuración racional sistémica	TRE	Terapia racional emotiva
RP	Respiración profunda	TIR	Terapia de inhibición reactiva	->	Este signo significa "incluye"
	<p>^b Las medidas utilizadas han sido clasificadas como de autoinforme (A), observacionales (O) y fisiológicas (F). Una barra en diagonal separa las medidas de los aspectos tratados de las medidas de generalización, si las hay. Las medidas que aparecen subrayadas fueron empleadas en el posttratamiento, pero no en el seguimiento. "Abrev." significa abreviado y "modif." modificado. Las distintas medidas han sido abreviadas del siguiente modo:</p>				
AACL	"Affect Adjective Checklist" (Zuckerman, 1960)	CV	Calificación en verbosidad en la "Interaction Behavior Measure"		
AAnt-D	"Achievement Anxiety Test: Debilitating anxiety" (Alpert y Haber, 1960)	DC	Duración de la charla		
AAnt-F	"Achievement Anxiety Test: Facilitating anxiety" (Alpert y Haber, 1960)	DSI	Duración de los silencios		
AD	"Anxiety Differential" (Ilussek y Alexander, 1963)	EKG	Electromiograma		
AEC	Autocalificación de la ejecución durante charla	EPI-E	Escala de extroversión del "Eysenck Personality Inventory" (Eysenck y Eysenck, 1964)		
AFF	Autocalificación de la ejecución filmada	FECP	Fluctuaciones espontáneas en conductividad de la piel		
AME	Autocalificación de mejora específica (en el área tratada)	FIIP	Autoinforme de frecuencia de hablar en público		
AME	Autocalificación de mejora general (en áreas no tratadas)	FRE	"Fear of Negative Evaluation Scale" (Watson y Friend, 1969)		
AMIP	Autocalificación de miedo a hablar en público	FSS-F	Item de examen del "Fear Survey Schedule" de Zemore (1975)		
API	Autopercepción de mejora	FSS-HP	Item de hablar en público del "Fear Survey Schedule" de Zemore (1975)		
APQ	"Autonomic Perception Questionnaire" (Handler y cols., 1958)	FSSW	"Fear Survey Schedule" de Wolpe (1969)		
BASA	"Behavioral Assessment of Speech Anxiety" (Mullac y Sherman, 1974)	FSSVL	"Fear Survey Schedule" de Wolpe y Lazarus (1966)		
BCL	"Behavioral Checklist for Performance Anxiety" (Paul, 1966)	G	Gestos		
BCL1	Items de la BCL de Cooper y Marshall (1980) que reflejan manifestaciones directas de ansiedad	IBT	"Irrational Beliefs Test" (Jones, 1969)		
BCL2	Items de la BCL de Cooper y Marshall (1980) que reflejan respuestas habituales de enfrentamiento	IPAS	"Interpersonal Anxiety Scale" (DiLoreto, 1971)		
BSR	"Self-Reported Behavior"	IPAT	"IPAT Anxiety Scale" (Cattell, 1957)		
CAC	Cuestionario de Ansiedad durante Charla	IPOCLCS	"Internal, Powerful Others and Chance Locus of Control Scales" (Levenson y Miller, 1976)		
CARV	Calificación de aspectos no verbales	ISD	Índice de sudoración digital		
CARC	Calificación de aspectos relacionados con la charla	LCS	"Locus of Control Scale" (Rotter, 1966)		
CASB	"Checklist of Appropriate Speaking Behaviors" (Marshall y cols., 1979)	LP	Listado de pensamientos		
CAV	Calificación aspectos vocales	LR	Longitud de respuesta durante discusión en grupo		
CCA	Calificación global de ansiedad	MAAC-A	Escala de ansiedad del "Multiple Affect Adjective Checklist" (Zuckerman y Lubin, 1965)		
CGE	Calificación global de la ejecución	MAAC-D	Escala de depresión del "Multiple Affect Adjective Checklist" (Zuckerman y Lubin, 1965)		
CIFC	Conductas al inicio y final de la charla	MAS	"Manifest Anxiety Scale" (Taylor, 1953)		
CME	Calificación de mejora específica	NA	Nota académica		
CMG	Calificación de mejora general	NAh	Número de perturbaciones del habla tipo "ah"		
CO	Contacto ocular	NCP	Nivel de conductividad de la piel		
CP	Calificación en pertinencia en la "Interaction Behavior Measure" (McCroskey y Wright, 1971)	NF	Número de frases durante discusión en grupo		
CPE	Calificación en pronóstico específico	NP	Número de palabras		
CPG	Calificación en pronóstico general	NV	Número de verbalizaciones durante discusión en grupo		
CSES	"College Self-Expression Scale" (Galassi y cols., 1974)	PE	"Pittsburgh Emotionality Scale" (Bendig, 1962)		
CT	Calificación en tensión en la "Interaction Behavior Measure"	PH	Perturbaciones del habla (Kahl, 1956)		
		PIIs	Perturbaciones del habla excluyendo la categoría "ah"		

Tabla 2 (continuación).

PRCA	"Personal Report of Communication Apprehension" (McCroskey, 1970)	SR-D	Item de visita al dentista del S-R
PRCA-24	"Personal Report of Communication Apprehension": 24 ítems (McCroskey, 1981)	SR-E	Item de examen del S-R
PRCA-75	Versión de 25 ítems del PRCA (McCroskey, 1978)	SR-F	Item de fiesta con desconocidos del S-R
PRCS	"Personal Report of Confidence as a Speaker" (Paul, 1966)	SR-HP	Item de hablar en público del S-R
PSD	Presión sanguínea diastólica	SR-P	Item de hacer una pregunta en una gran reunión del S-R
PSE	"Pittsburgh Social Extroversion-Introversion Scale" (Bendig, 1962)	SR-S	Item de levantar una serpiente del S-R
PSFS	"Public Speaking Fear Survey Schedule" (Jaremko y W-Inrich, 1973)	SR-T	Item de entrevista de trabajo del S-R
PSS	Presión sanguínea sistólica	SSAI	"State Speech Anxiety Inventory" (Lamb, 1972a)
PVNS	"Predisposition to Verbal Behavior Scale" (Mortensen y cols., 1975)	STARS	"Suinn Test Anxiety Behavior Scale" (Suinn, 1969)
QSDI	"Quiz Sections Difficulties Inventory" (Fright, 1976)	SUDS	"Subjective Units of Discomfort Scale" (Marshall y cols., 1982; Hillier y Clement, 1972)
RAS	"Rathus Assertive Schedule" (Rathus, 1973)	TAI	"Trait Anxiety Inventory" (Spielberger y cols., 1970)
RPC	Respuesta psicogalvánica	TAS	"Test Anxiety Scale" (Händler y Sarason, 1952)
RSES	"Rosenberg Self-Esteem Scale" (Rosenberg, 1965)	TC	Tasa cardíaca
RT	Recomendación del tratamiento	TI1	Termómetro de miedo
SAD	"Social Anxiety and Distress Scale" (Watson y Friend, 1969)	TI4	Termómetro de miedo anticipatorio
SAI	"State Anxiety Inventory" (Spielberger y cols., 1970)	TSS	"Thought-Sampling Schedule" (Hayes y Marshall, 1984)
SAIC	"State Anxiety Inventory for Children" (Spielberger, 1973)	TFSI	"Temple Fear Survey Inventory" (Reynolds, 1967)
SAIN	"Speech Anxiety Inventory" (McCroskey y cols., 1970)	TFSI-HP	Item de hablar en público del TFSI
SASTQ	"State Anxiety and Somatic Turmoil Questionnaire" (Slutsky y Allen, 1978)	TFSI-SFS	"Social Fear Scale" extraída del TFSI (Karst y Trexler, 1970)
SEI	"Self-Esteem Inventory" (Coopersmith, 1967)	UA	Uso de anécdotas
SEPS	"Self-Efficacy in Public Speaking" (Jaremko y cols., 1980)	VDC	Frecuencia de verbalizaciones en discusiones en clase
SR-A	Item de edificio alto del "S-R Inventory of Anxiousness" (Endler y cols., 1962)	VDS	Frecuencia de verbalizaciones en discusiones simuladas en grupo.
SR-C	Item de competición del S-R	VP	Velocidad del pulso
		WNS	"Wilmington Neuroticism Schedule" (Wolpe, 1958)

^c Para cada una de las tres clases de medidas las diferencias significativas entre condiciones o entre momentos de evaluación, según el nivel de significación prefijado en cada estudio, vienen indicadas por >; las diferencias no significativas por = (o por NS cuando no hay diferencias entre ninguna de las condiciones). Cada una de las condiciones o combinaciones de condiciones enumeradas a la izquierda de un signo > es significativamente superior a cada una de las condiciones o combinaciones de condiciones enumeradas a la derecha de dicho signo. Cuando el grado de significación de la diferencia entre condiciones sobrepasa algo el nivel establecido y siempre que $p \leq 0.10$, dichas condiciones aparecen subrayadas a distinto lado del signo >. Cuando el patrón de resultados así lo requiere, los resultados vienen ya sea especificados por medidas ya sea matizados en alguna de las medidas. La combinación de dos o más condiciones (p.ej., la 1 y la 3 de un estudio) a efectos de comparaciones estadísticas con otra u otras condiciones viene expresada por la siguiente notación: (1-3).

^d Los resultados entre corchetes corresponden al segundo seguimiento.

medidas que fueron empleadas en el postratamiento, pero no en el seguimiento, aparecen subrayadas.

En cuanto a los resultados, estos vienen especificados tanto en el postratamiento como en el seguimiento, distinguiéndose en ambos momentos los resultados relativos a los aspectos tratados o focales y los resultados referentes a otras conductas o situaciones (generalización). Las diferencias significativas entre condiciones o entre momentos de evaluación, según el nivel de significación prefijado en cada estudio, vienen indicadas por el signo > para cada uno de los tres tipos de medidas mencionados en el párrafo anterior; las diferencias no significativas vienen expresadas por el signo = (o por NS cuando no hay diferencias entre ninguna de las condiciones). Cada una de las condiciones o combinaciones de condiciones enumeradas a la izquierda de un signo > es significativamente superior a cada una de las condiciones o combinaciones de condiciones enumeradas a la derecha de dicho signo. Cuando el grado de significación de la diferencia entre condiciones sobrepasa algo el nivel establecido, y siempre que $p \leq 0,10$, dichas condiciones aparecen subrayadas a distinto lado del signo >. Cuando el patrón de resultados así lo requiere, los resultados viene ya sea especificados por medidas individuales ya sea matizados en alguna de las medidas. La combinación de dos o más condiciones (p.ej., la 1 y la 3 de un estudio) a efectos de comparaciones estadísticas viene expresada por la siguiente notación: (1-3).

3.2.1. MEDIDAS EMPLEADAS.

Se considerarán aquí cuatro categorías de medidas: focales de los aspectos tratados, de seguimiento, de generalización y de significación clínica.

3.2.1.1. Medidas focales de los aspectos tratados.

Por las razones ya expuestas en el punto 1, múltiples autores han recomendado que en la evaluación de la mayor parte de los problemas se tengan en cuenta los tres sistemas básicos de respuesta (cognitivo, motor y fisiológico) y se consideren distintos métodos de evaluación (autoinformes, observación, registros fisiológicos) (Barlow y Wolfe, 1981; Carney, 1985; Carrobles y Díaz, 1981; Fernández Ballesteros, 1981; Glaser, 1981; Goldfried y Linehan, 1977; Kazdin, 1980, 1981; Lang, 1977; Miller y Bernstein, 1972; Nietzel y Bernstein, 1981; Rachman y Wilson, 1980; Twentyman y Zimering, 1979; Vila, 1984a, 1984b).

De las investigaciones revisadas,

- a) 26 (29,6%) han empleado en el postratamiento medidas de autoinforme, observacionales y fisiológicas;
- b) 48 (54,5%) han utilizado sólo dos tipos de medidas (47, de autoinforme y observacionales, y 1, de autoinforme y fisiológicas); y
- c) 14 (15,9%) han considerado únicamente una clase de medida (13, de autoinforme, y 1, observacional).

3.2.1.1.1. Medidas de autoinforme.

Todos los estudios menos uno (87, 98,9%) han empleado este tipo de medidas. En total, pueden contabilizarse 47 instrumentos distintos de evaluación (entre cuestionarios e ítems individuales), bastantes de los cuales carecen de datos suficientes de fiabilidad y validez. Y aún existen al menos otros cuatro cuestionarios sobre MHP (Beatty, Springhorn y Kruger, 1976; Cautela, 1981; Lamb, 1972a; McCroskey, 1970) que no han sido utilizados en la literatura revisada.

Los instrumentos más utilizados, ya sea en su forma original o en alguna de sus variantes, han sido: Personal Report of Confidence as a Speaker (Paul, 1966), ítem de hablar en público del S-R Inventory of Anxiousness (Endler, Hunt y Rosenstein, 1962), Termómetro de Miedo, Anxiety Differential (Husek y Alexander, 1963), Personal Report of Communication Apprehension (McCroskey, 1970, 1978), ítem de autopercepción de mejora respecto al MHP, Affect Adjective Checklist (Zuckerman, 1960) y State Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

En las medidas focales de autoinforme pueden distinguirse las que supuestamente miden MHP estimado (aquel que el sujeto informa cuando se encuentra alejado de la situación problemática) y las que supuestamente miden MHP experimentado (aquel que el sujeto dice haber experimentado o experimentar justo antes, durante o después de haberse expuesto a la situación problemática). Se sabe que las primeras pueden verse afectadas en función de si se toman antes o después de dar una charla (Beatty y Behnke, 1980), de si se completan varios días antes o inmediatamente antes de dar una charla (Blom, 1975) y de si los sujetos saben o no que van a dar una charla (Beatty, Behnke y McCallum, 1978). Mientras algunos estudios, o bastantes según el caso, no informan sobre estos aspectos, los que sí lo hacen muestran variabilidad en la estrategia adoptada.

3.2.1.1.2. Medidas observacionales.

Setenta y cuatro (84,1%) de 88 estudios han utilizado esta clase de medidas. De las 33 medidas diferentes tomadas, 19 han sido del tipo observación objetiva y 14 del tipo calificación de ciertos aspectos por jueces mediante escalas tipo Lickert. Los instrumentos o medidas más utilizados, ya sea en su forma original o en alguna de sus variantes,

han sido: Behavioral Checklist for Performance Anxiety (Paul, 1966), calificación global de ansiedad al hablar en público, Behavioral Assessment of Speech Anxiety (Mulac y Sherman, 1974) y duración de la charla.

Al igual que sucede con los autoinformes, son necesarios más estudios sobre la fiabilidad y validez, en el área del MHP, de bastantes de las medidas observacionales empleadas. En cuanto al grado de acuerdo interobservadores, cabe destacar que:

- a) 12 (16,2%) de los 74 estudios no presentan datos al respecto,
- b) 4 (5,4%) no proporcionan tal acuerdo en alguna de las medidas,
- c) 7 (9,4%) informan un índice de acuerdo insuficiente en alguna medida, y
- d) 2 (2,7%) emplean un índice inadecuado de acuerdo entre observadores.

Finalmente, es necesario señalar que ha sido norma común calcular el acuerdo entre observadores en la Behavioral Checklist for Performance Anxiety y similares listas conductuales mediante el coeficiente de correlación r de Pearson entre los totales de conductas registradas en todos los intervalos de observación. Como ya hemos indicado en otro lugar (Bados, 1986), esto da generalmente lugar a una supervaloración del acuerdo alcanzado, ya que (a) dos observadores pueden alcanzar un total similar a través de todos los intervalos y haber conseguido este total a partir de diferentes subtotales en cada intervalo, y (b) dos observadores pueden alcanzar similares subtotales en cada intervalo y haber conseguido estos subtotales a partir de diferentes conductas. Por ello, lo importante parecería ser calcular el acuerdo interobservadores no con las puntuaciones totales, sino en base a los acuerdos y desacuerdos entre los observadores en cuanto a la

ocurrencia y no ocurrencia de cada conducta de la lista en cada uno de los intervalos. Para esto, puede utilizarse, por ejemplo, la fórmula de acuerdo ponderado de Harris y Lahey (1978).

3.2.1.1.3. Medidas fisiológicas.

Veintisiete (30,7%) de 88 estudios han tomado algún tipo de medida fisiológica. De las 9 respuestas fisiológicas diferentes examinadas, 4 están relacionadas con el sistema cardiovascular, 4 con la actividad electrodermal y 1 con el sistema muscular. Las más frecuentemente utilizadas han sido la velocidad del pulso, la tasa cardíaca y el nivel de conductividad de la piel. No se han considerado otras respuestas -tales como temblor, sequedad de boca, sonrojamiento y respiración entrecortada- de las cuales informan los sujetos con MHP (Gilkinson, 1943; Liebowitz y cols, 1985).

La fiabilidad de las medidas fisiológicas en situaciones de hablar en público ha sido prácticamente pasada por alto, mientras que son necesarios más datos sobre validez. Por otro lado, 13 (48,1%) de los 27 estudios han obtenido registros fisiológicos sin un periodo previo de adaptación, mientras que 10 (37%) estudios que han tomado tales registros bajo condiciones basales y bajo condiciones de activación (preparación y/o presentación de la charla) no han considerado si en su caso era de aplicación o no la Ley de Valores Iniciales, para poder adoptar así las transformaciones de respuesta más convenientes (Benjamin, 1963, 1967; Lacey, 1956; Levey, 1980; Ray y Raczynski, 1981; Siddle y Turpin, 1980; Stern, Ray y Davis, 1980; Wilder, 1957).

Respecto a esto último, Giesen y McGlynn (1977) han mostrado que los resultados obtenidos al analizar los registros fisiológicos tomados en situaciones imaginadas de hablar en público pueden variar considera-

blemente según el tipo de puntuaciones derivadas que se empleen (p.ej., 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). Por ello, dichos autores aconsejan comprobar si los datos se ajustan o no a la Ley de Valores Iniciales para poder elegir el tipo de transformación de respuesta más apropiado. Sin embargo, como ha señalado Barrios (1983), no existe acuerdo sobre el grado de generalidad de la citada ley ni sobre el tipo de puntuaciones derivadas más adecuado.

3.2.1.1.4. Correlaciones entre las tres categorías de medida y correlaciones entre las distintas medidas dentro de cada categoría.

Considerando tanto los estudios sobre reducción del MHP como los trabajos encaminados a investigar otros aspectos de este, puede concluirse que las correlaciones entre las diferentes categorías de medida y las correlaciones entre las distintas medidas dentro de cada categoría son generalmente bajas o moderadas. Especificando un poco más, suelen ser un poco más altas entre medidas de autoinforme y más bajas entre medidas fisiológicas. Naturalmente, la magnitud de las correlaciones varía según las medidas concretas que se consideren, pero raramente son altas (Barrett, 1974; Beatty y Behnke, 1980; Behnke, Beatty y Kitchens, 1978; Behnke, Carlile y Lamb, 1974; Blom, 1975; Clevenger, 1959b; Craighead y Craidhead, 1981; Dickens, Gibson y Prall, 1950; Dickens y Parker, 1951; Droppleman y McNair, 1971; Fox y Houston, 1981; Gatchel, Hatch, Maynard, Turns y Taunton-Blackwood, 1979; Gilkinson, 1943; Kirsch y Henry, 1979; Kirsch, Wolpin y Knutson, 1975; Krugman y cols., 1985; Lamb, 1973; Lang y cols., 1983; Little, 1977; Matias y Turner, 1986; McCroskey y Beatty, 1984; McKinney y cols.,

1983; Mulac y Sherman, 1975; Norman, 1975; Paul, 1966; Sherman y cols., 1974; Strahan, 1968; Tucker y cols., 1977; Weissberg y Lamb, 1977; Woy y Efran, 1972).

La ausencia de una elevada concordancia, e incluso la falta de concordancia, entre diferentes medidas y entre diferentes categorías de medida en el campo del MHP se corresponde perfectamente con lo que ocurre en otras áreas o problemas (Carney, 1985; Carrobles, 1981; Haynes y Wilson, 1979; Lang, 1977; Rachman, 1984; Schwartz, 1978).

Como han señalado distintos autores (Bellack y Hersen, 1977; Cone y Hawkins, 1977; Fernández Ballesteros, 1979, 1981; Hugdahl, 1981; Tenenbaum, 1984), es posible que la falta de elevadas correlaciones sea debida en parte a factores tales como:

- a) confusión entre métodos de evaluación y sistemas de respuesta,
- b) momento de evaluación,
- c) edad, sexo, grado de patología y nivel de aronsal de los sujetos,
- d) patrones individuales de respuesta fisiológica,
- e) niveles de demanda,
- f) tipo de tratamiento aplicado,
- g) falta de especificidad terminológica, situacional y de respuesta en los cuestionarios, y uso de puntuaciones globales en estos, y
- h) falta de fiabilidad y validez de las medidas empleadas.

Sin embargo, hay que tener también en cuenta que las altas correlaciones son de esperar si la conducta se considera en términos de rasgo, pero no si se concibe en términos de multidimensionalidad, de modo que diferentes sistemas de respuesta (cognitivo, motor, fisiológico) pueden ser influidos separadamente por distintos factores socio-ambientales, cognitivos y biológicos (Kazdin, 1980; Llavona, 1984).

3.2.1.2. Medidas de seguimiento.

Sólo 36 (40,9%) de 88 estudios han llevado a cabo algún tipo de seguimiento. Aunque Nicholson y Berman (1983) han sugerido que el seguimiento puede no ser necesario en aquellos problemas en que los resultados en el postratamiento predicen en alto grado los resultados en el seguimiento, ellos encontraron que esto no sucedía así en el caso del MHP. De hecho, pueden citarse varios estudios que muestran que los resultados obtenidos pueden variar del postratamiento al seguimiento (Dawson, 1982; Goldfried y Trier, 1974; Jaremko y Walker, 1980; Lent, Russell y Zamostny, 1981; Mylar y Clement, 1972; Schuler, Gilner, Austrin y Davenport, 1982; Thorpe, Amatu, Blakey y Burns, 1976). Además, salvo en el primero y último de estos estudios, se obtuvieron mejores resultados en el seguimiento que en el postratamiento; esto sugiere que puede ser necesario un cierto tiempo para que un tratamiento demuestre su eficacia, en el sentido de que los sujetos apliquen o perfeccionen lo aprendido y le saquen el suficiente partido.

La duración máxima del seguimiento fue:

- a) en 6 estudios (16,7%), de medio a un mes,
- b) en 11 (30,5%), de uno a dos meses,
- c) en 9 (25%), de dos a tres meses,
- d) en 7 (19,4%), de seis a nueve meses,
- e) en 1 (2,8%), de un año, y
- f) en 2 (5,6%), de dos años.

Como puede apreciarse, la mayor parte de los seguimientos han sido de corta duración. Paul (1967) y Barrios y Shigetomi (1979) han indicado que los seguimientos cortos (6-8 semanas) pueden ser adecuados y que además se evitan así las dificultades de los seguimientos largos,

tales como la mortalidad de los sujetos y los efectos de influencias ambientales no controladas. Sin embargo, parece haber en la actualidad un consenso entre los principales investigadores en terapia de conducta sobre la necesidad de seguimientos de como mínimo un año de duración (Barlow y Wolfe, 1981). Una alternativa, aunque, eso sí, más costosa, sería realizar seguimientos a corto y a largo plazo tal como han hecho Paul (1967) y Deffenbacher y Michaels (1981).

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

Las medidas concretas más frecuentemente utilizadas coinciden en líneas generales con las mencionadas al hablar de las medidas focales de los aspectos tratados.

3.2.1.3. Medidas de generalización.

Apenas un poco más de la mitad de los estudios (45 de 88, 51,1%) han tomado algún tipo de medida de generalización en el postratamiento. De estos 45 estudios, 1 (2,2%) ha empleado medidas de generalización

observacionales, fisiológicas y de autoinforme, 2 (4,4%) han utilizado medidas de autoinforme y observacionales, y 42 (93,4%) sufren la importante limitación de haber empleado sólo un tipo de medida; en concreto, 4 han obtenido medidas de generalización observacionales, mientras que 38 han utilizado sólo medidas de autoinforme con el fin de detectar una reducción de ciertos miedos específicos, del MHP en una diversidad de situaciones, de la ansiedad social o de la ansiedad general. Sólo 2 estudios han evaluado la generalización a una situación interpersonal empleando una situación real.

Las medidas más utilizadas han sido: Social Anxiety and Distress Scale (Watson y Friend, 1969), Fear of Negative Evaluation Scale (Watson y Friend, 1969), diversos ítems de miedos específicos (p.ej., a los exámenes, a las entrevistas de trabajo) del S-R Inventory of Anxiousness (Endler y cols., 1962), Trait Anxiety Inventory (Spielberger y cols., 1970) y Subjective Units of Discomfort Scale (Marshall, Parker y Hayes, 1982).

De las 88 investigaciones revisadas, en 15 (17%) los sujetos no tuvieron que dar charla alguna, por lo que no es posible saber si la posible reducción en el MHP se generalizó a situaciones reales de hablar en público. De los 73 estudios restantes,

- a) en 8 (11%) los sujetos hablaron ante auditorios naturales (p.ej., su clase de universidad),
- b) en 4 (5,5%) intervinieron tanto ante auditorios naturales como ante auditorios artificialmente creados, y
- c) en 61 (83,5%), los sujetos dieron una breve charla ante auditorios artificiales de reducido número.

Como se indicó en el punto 3.1.3.1, no puede asumirse que el comportamiento de los sujetos ante auditorios artificiales sea representativo

de su comportamiento ante auditorios en el medio natural.

En cuanto a las medidas de generalización en el seguimiento, el panorama es muy similar al que se acaba de describir para el postratamiento.

Finalmente, en casi el 100% de los estudios los sujetos sabían que se estaban obteniendo una serie de medidas con propósito de evaluación; queda por comprobar si los resultados obtenidos en estas condiciones son o no similares a los que se obtendrían si los sujetos no supieran que se estaban tomando medidas de cualquier tipo.

3.2.1.4. Medidas de significación clínica.

La significación clínica se refiere a si el cambio conseguido con el tratamiento es importante en términos clínicos, sociales o aplicados; esto es, si el cambio conseguido implica que un sujeto va a desempeñarse adecuadamente en un contexto social determinado o supone que un sujeto ha logrado resolver el problema que le llevó a consulta. Según las pautas dadas por Fremouw y Gross (1983), Jacobson, Follette y Revenstorf (1984) y Kazdin (1977), dos formas de medir esta significación clínica en estudios con grupos son:

- a) Calcular el porcentaje de sujetos en cada grupo que consiguen un nivel de funcionamiento no distinguible del de un grupo criterio de personas que no presentan el problema tratado.
- b) Calcular el porcentaje de sujetos en cada grupo que consiguen un nivel adecuado de funcionamiento según las evaluaciones hechas por expertos o por personas relacionadas con el sujeto.

Al igual que otros autores, pensamos que las medidas de significación clínica son tanto o más importantes que las de significación

estadística (Hersen y Barlow, 1976; Hugdahl y Ost, 1981; Kazdin y Wilson, 1978). Sin embargo, el área del MHP no se ha distinguido de otras en cuanto a la confianza casi exclusiva en las pruebas de significación estadística para evaluar la eficacia de los tratamientos. En concreto, sólo 3 (3,4%) de 88 estudios han utilizado medidas de significación clínica (Black y Martin, 1980; Fawcett y Miller, 1975, estudios 1 y 2).

En otros cuatro estudios (Glogower y cols., 1978; Paul, 1966; Sherman y cols., 1974; Slutsky y Allen, 1978) se han calculado para cada condición experimental los porcentajes de sujetos mejorados y empeorados, entendiéndose por mejora o empeoramiento en una medida el hecho de que el cambio pre-post sobrepase "x" número de veces (1'28, 1'65 o 1'96 según el estudio) en una dirección o en otra el error estándar de medición de dicha medida. Ahora bien, esto no mide significación clínica, ya que sólo nos indica si los cambios son confiables o no, pero sin decirnos si la magnitud de estos cambios es lo suficientemente importante.

3.2.2. TRATAMIENTOS APLICADOS Y RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS INVESTIGACIONES REVISADAS.

En la Tabla 2 pueden contabilizarse como mínimo 32 tratamientos básicos para el MHP sin tener en cuenta sus posibles variaciones y las combinaciones entre ellos, con lo que la lista llega a ser mucho más numerosa. Descripciones y/o enumeraciones de tratamientos para el MHP pueden encontrarse, además de en la literatura revisada, en Barker, Cegala, Kibler y Wahlers (1972), Clevenger y Phifer (1959), Cohen (1980), Foss (1982, 1983), Giffin y Bradley (1969b), Hoffmann y Sprague (1982), Kougl (1980) y Pedersen (1980). Los efectos de ciertos fárma-

cos, como el propranolol y el oxprenolol, en situaciones de hablar en publico también han sido estudiados (Hartley, Ungapen, Davie y Spencer, 1983; Taggart, Carruthers y Sommerville, 1973), pero no serán considerados aquí.

Un importante problema común a la mayoría de los estudios es que los tratamientos empleados no son descritos con la suficiente especificidad. Esto, además de que no permite conocer en qué consiste exactamente la variable independiente, dificulta o impide la replicación de estudios y las comparaciones entre estos. Por otra parte, existe una ausencia de claridad terminológica que se traduce en denominar igual a procedimientos diferentes y en dar nombres diferentes a procedimientos similares. Por ello, cuando no hay acuerdo terminológico y siempre que ha sido posible, se han expresado en la Tabla 2 las condiciones de tratamiento en función de su contenido y no en función del nombre asignado por los autores.

Otro problema, de mayor importancia que el expuesto en el párrafo anterior, es que los tratamientos empleados difieren en aspectos básicos de la forma en que se aplican en clínica. Así, la duración suele ser breve y estar prefijada de antemano, lo cual puede determinar, por ejemplo, que:

- a) En la desensibilización sistemática, cada ítem se presente sólo una o dos veces en lugar de las veces que sea necesario para que los sujetos lo superen completamente.
- b) En la inundación y en la implosión, un sujeto pueda terminar una sesión sin haber reducido significativamente su ansiedad subjetiva y/o manifestada.
- c) En el entrenamiento en relajación se pase de un grupo muscular al siguiente sin esperar a que el sujeto haya aprendido a relajar

bien el anterior.

- d) En el entrenamiento en hablar en público se dé por terminada la enseñanza de una habilidad antes de que esté adecuadamente adquirida.

No cabe duda de que todo esto supone una limitación importante en cuanto a la generalización al campo clínico de las conclusiones que puedan extraerse de las investigaciones revisadas.

Dejando a un lado 12 estudios en los que no tiene sentido hablar de tareas a realizar por los sujetos entre sesiones de tratamiento -ya que en 10 hubo una sola sesión de tratamiento y en 2 el tratamiento fue totalmente autoaplicado-, en 38 (50%) de los 76 restantes los sujetos tuvieron asignado algún tipo de tareas entre sesiones, en 14 (18,4%) no y 24 estudios no lo especifican. Dos problemas básicos con las tareas entre sesiones han sido los siguientes:

- a) La mayoría de los estudios no informan sobre si se ha intentado comprobar en qué medida los sujetos han realizado las tareas.
- b) En 9 estudios se han asignado tareas a los grupos de tratamiento, pero no al grupo placebo, y en 4 estudios sólo se han asignado tareas a unos grupos de tratamiento, pero no a otros.

Antes de revisar los resultados obtenidos con los distintos tratamientos, se considerarán brevemente los grupos que no han recibido ningún tipo de intervención y los grupos placebo.

3.2.2.1. Grupos que no han recibido tratamiento.

Sesenta y uno (69,3%) de los 88 estudios han empleado alguno de estos grupos, los cuales incluyen a los grupos de no tratamiento, a los de no contacto y a los de lista de espera. Teniendo en cuenta los

análisis realizados sobre los cambios pre-post en estos grupos o las tablas de datos presentadas sobre dichos cambios, puede concluirse que hay una ausencia de mejora en los sujetos con MHP que no han recibido tratamiento y de los que no se sabe que estuvieran realizando ningún curso de habla (Borkovec y Sides, 1979a; Calef y MacLean, 1970; Cradock y cols., 1978; Dawson, 1982; Deffenbacher, Michaels, Daley y Michaels, 1980; Gross y Fremouw, 1982; Johnson, Tyler, Thompson y Jones, 1971; Karst y Trexler, 1970; Kirsch y Henry, 1977; Marshall, Presse y Andrews, 1976; Osberg, 1981; Slutsky y Allen, 1978; Trussell, 1978; Woy y Efran, 1972; Zemore, 1975).

La única excepción notable a la conclusión del párrafo anterior la constituye el estudio de Krugman y cols. (1985), y en este, el que el grupo de lista de espera mejorara pudo ser debido a que el pretratamiento y el postratamiento sólo estuvieron separados por poco más de 1 hora, por lo que los sujetos pudieron habituarse a la situación. También conviene señalar que en unos pocos estudios, el grupo de lista de espera 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, Russell y Zamostny, 1981; Marshall y cols., 1982; Slutsky y Allen, 1978). Esto sugiere 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, la evidencia está dividida en el caso de los sujetos que no recibieron tratamiento, pero que se encontraban realizando un curso de habla; en unos pocos estudios, estos sujetos mejoraron y en otros estudios, más numerosos, no. Ya se comentó en el punto

3.1.1.2, donde se citan todos estos estudios, que determinados factores no explicitados en estos -tales como el tipo de curso de habla y la forma en que era presentado a los sujetos- podrían ayudar a resolver la contradicción entre las distintas investigaciones.

3.2.2.2. Grupos placebo.

Veintidós (25%) de los 88 estudios han utilizado algún tipo de grupo placebo, aunque menos de la mitad de ellos (10 estudios, 45,4%) han evaluado si la credibilidad en el placebo y las expectativas de mejora generadas por este eran similares a las del tratamiento o tratamientos con los que fue comparado.

Con respecto a la eficacia de los grupos placebo considerados en conjunto, puede decirse que en algunos casos han resultado peores -al menos en alguna de las tres categorías básicas de medida- que los grupos de tratamiento y mejores que los grupos que no han recibido intervención alguna. Sin embargo, no tiene mucho sentido hablar de la eficacia de los grupos placebo en conjunto, ya que bajo esta última etiqueta se esconden procedimientos muy diferentes; de hecho, sobre 22 estudios que han utilizado grupo placebo, pueden contabilizarse 17 placebos diferentes.

El placebo más empleado (4 estudios) ha consistido en discutir en grupo temas neutrales; sin embargo, como han mostrado Goldfried y Trier (1974) y Schleifer (1978), este placebo ha resultado menos creíble y ha generado menos expectativas de mejora que los tratamientos con los que ha sido comparado.

Por otra parte, uno puede dudar seriamente de hasta qué punto los procedimientos utilizados por Hayes y Marshall (1984) o por Trexler y Karst (1972), por citar dos casos, son verdaderos placebos. Por

ejemplo, Trexler y Karst (1972) conceptualizaron como placebo un entrenamiento en relajación progresiva, procedimiento que sería considerado por la inmensa mayoría de los autores como un tipo o componente de tratamiento.

Esto último no es sino un aspecto más del conjunto de problemas asociados con el uso de placebos. Entre estos problemas, pueden distinguirse varios tipos:

- a) Conceptuales (dificultad en elaborar un procedimiento teórica y prácticamente inerte).
- b) Metodológicos (dificultad en evaluar adecuadamente si las expectativas de mejora suscitadas por un placebo y la credibilidad en este son similares a las del tratamiento y se mantienen así a lo largo del tiempo).
- c) Prácticos (mortalidad más probable en el grupo placebo, terapeutas reacios a aplicar tal cual el placebo).
- d) Éticos (engaño a los sujetos, desmoralización de estos ante los pobres resultados).

Por ello, parece aconsejable emplear alternativas que minimicen estos problemas al mismo tiempo que logren la misma finalidad de control que los grupos placebo; entre estas alternativas se encuentran la comparación con un tratamiento alternativo y la comparación con parte de un paquete de tratamiento (Kazdin, 1979, 1980; O'Leary y Borkovec, 1978).

3.2.2.3. Desensibilización sistemática.

El procedimiento más investigado ha sido la desensibilización sistemática (DS) de Wolpe (1958, 1973/1977) en alguna de sus variantes,

ya sea aplicada individualmente o en grupo por un terapeuta ya sea automatizada (con terapeuta presente) ya sea autoadministrada.

En total, 29 (32,9%) de los 88 estudios han empleado la DS, aparte de otros 21 no incluidos en la Tabla 2 por ser estudios de casos o disponerse solamente de ellos en forma resumida (Busch, 1979; English, 1978; Fedoravicius, 1972; Fredrikson, 1977; Germer, 1975; Grande, 1976; Hoffmann, Kalkstein y Volger, 1978/1981; Horowitz, 1977; Maiuro, 1978; Maleski, 1971; McSweeny, 1976; Migler y Wolpe, 1969; Parker, 1975; Reid, 1978; Richter, 1975; Seiffert, 1977; Suckerman, 1978; Talent, 1979; Toy, 1973; Weingarten, 1973; Zimmerman, 1974).

Desensibilización sistemática individual. En medidas de autoinforme y observacionales la DS individual se ha mostrado sistemáticamente mejor que el no tratamiento (se incluyen aquí los grupos de no tratamiento propiamente dichos, los grupos de no contacto y los grupos de lista de espera). Sin embargo, su eficacia no ha quedado clara en las medidas fisiológicas y de generalización autoinformada².

Cuando la comparación se hace con los grupos placebo, el panorama es menos positivo, ya que aparecen tanto resultados de superioridad como de no diferencia de la DS individual respecto al placebo en cada uno de los siguientes tipos de medida: de autoinforme, observacionales, fisiológicas y de generalización.

En relación a otros tratamientos, la DS individual ha resultado más eficaz que el insight (Paul, 1966, aunque no se especifica bien en qué consiste este último procedimiento), igual de eficaz que la

²Para abreviar, estas últimas medidas se denominarán simplemente "de generalización" a partir de aquí, haciéndose las especificaciones necesarias cuando las medidas de generalización empleadas sean de otro tipo.

exposición imaginal graduada + relajación + castigo de la respuesta de ansiedad (Kirsch y Henry, 1977) y peor que la biorretroalimentación de tasa cardíaca + relajación en registros fisiológicos (Gatchel, Hatch, Maynard, Turns y Taunton-Blackwood, 1979). No se han encontrado diferencias en la DS individual según se indujeran en los sujetos expectativas positivas o neutras (Slutsky y Allen, 1978; Woy y Efran, 1972), aunque no se comprobó si la manipulación de expectativas fue exitosa.

Dejando a un lado el trabajo de Paul y Shannon (1966), ya que utiliza parte de los mismos sujetos que el estudio de Paul (1966), sólo 2 de los 9 estudios que utilizaron DS individual (8 de los cuales son de la Tabla 2) realizaron seguimiento; en ambos se comprobó un mantenimiento de los resultados. En un caso, se mantuvo la superioridad sobre los grupos de no tratamiento, placebo e insight en medidas de autoinforme y generalización, aunque, curiosamente, en estas últimas los grupos no difirieron en el seguimiento de 6 semanas, pero sí en el de 2 años (Paul, 1966, 1967). En el otro caso, persistió la ausencia de diferencias con el placebo y la biorretroalimentación de tasa cardíaca + relajación, salvo en las medidas fisiológicas, donde la DS individual volvió a ser peor que esta última (Gatchel, Hatch, Maynard, Turns y Taunton-Blackwood, 1979).

Desensibilización sistemática en grupo. La DS en grupo ha sido más eficaz que el no tratamiento en medidas de autoinforme, pero no está claro que sea más eficaz en las medidas observacionales y de generalización. Un estudio tomó medidas de generalización observada y otro, fisiológicas, pero en ninguno de estos dos tipos de medidas se diferenció la DS en grupo del no tratamiento (Borkovec y Sides, 1979a; Wright, 1976). La comparación con los grupos placebo refleja la misma

discrepancia en los resultados observada al comparar la DS individual con el placebo, con la salvedad de que no hay datos para las medidas fisiológicas.

La DS en grupo se ha mostrado más eficaz que el insight, aunque duró el doble de tiempo que este último (Paul y Shannon, 1966), más eficaz que el entrenamiento en relajación en medidas de autoinforme (Weingarten, 1973) y mejor que una combinación de DS con discusión de pensamientos desadaptativos y empleo de autodeclaraciones de enfrentamiento (Meichenbaum y cols., 1971); estos autores atribuyeron el resultado obtenido a un tiempo insuficiente para el tratamiento combinado.

La DS en grupo no ha diferido de:

- a) la práctica graduada en vivo en medidas de autoinforme (Johnson y cols., 1971);
- b) la DS individual, la terapia de inhibición reactiva y la relajación condicionada en medidas de autoinforme y generalización (Calef y MacLean, 1970; Paul y Shannon, 1966; Russell y Wise, 1976);
- c) el ensayo cognitivo de estrategias y tareas de hablar en público en medidas de autoinforme y observacionales (Cradock y cols., 1978); y
- d) la inundación imaginal, el entrenamiento en hablar en público, la desensibilización de autocontrol, la desensibilización de enfrentamiento, la discusión de pensamientos desadaptativos + autodeclaraciones de enfrentamiento y la combinación de estos dos últimos en medidas de autoinforme, observacionales y de generalización (Meichenbaum y cols., 1971; Weinberger y Engelhart, 1976; Weissberg, 1977; Weissberg y Lamb, 1977; Zemore, 1975).

Finalmente, la DS en grupo se ha mostrado inferior al entrenamiento para discusión en grupo así como a la práctica en vivo en medidas observacionales (Seiffert, 1977; Wright, 1976).

Sólo 5 de los 23 trabajos que aplicaron DS en grupo realizaron seguimiento. Los resultados de superioridad de la DS en grupo sobre el no tratamiento y el placebo se mantuvieron, excepto en las medidas de autoinforme respecto al grupo placebo en el estudio de Paul y Shannon (1966). En contrapartida, la DS en grupo fue mejor que el no tratamiento en medidas de generalización en el trabajo de Weissberg (1977), cosa que no había sucedido en el postratamiento; sin embargo, siguió sin diferir del no tratamiento en medidas observacionales.

Existe un grupo de 11 estudios adicionales (English, 1978; Fedoravicius, 1972; Germer, 1975; Grande, 1976; Hoffman y cols., 1978/1981; Maiuro, 1978; Maleski, 1971; McSweeny, 1976; Richter, 1975; Talent, 1979; Worthington, Tipton, Cromley, Richards y Janke, 1985) en los que no se sabe si la DS fue individual o en grupo, pero en los que probablemente fue, como en la mayoría de estudios, de este último tipo. Si se toman en consideración estos trabajos, las conclusiones sobre la eficacia de la DS en grupo respecto a los grupos de no tratamiento y placebo permanecen similares en cuanto a las medidas observacionales y de autoinforme; sin embargo, el cuadro empeora en las medidas de generalización y se hace patente la ausencia de diferencias entre la DS y el no tratamiento, por un lado, y la DS y el placebo, por otro, en las medidas fisiológicas tomadas.

En el grupo anterior de estudios, la DS ha resultado superior al entrenamiento autoinstruccional aplicado en situaciones imaginadas y mejor que la exposición imaginal graduada en medidas de autoinforme y observacionales, pero no en las fisiológicas y de generalización (Fedoravicius, 1972). No ha diferido de la desensibilización de

enfrentamiento en esos cuatro tipos de medida (Fedoravicius, 1972). Tampoco se ha diferenciado de un curso de hablar en público en medidas observacionales (Richter, 1975) ni de la práctica graduada en vivo en medidas de autoinforme, observacionales y de generalización (McSweeney, 1976). Por último, ha sido menos eficaz que la desensibilización de autocontrol en medidas de generalización, aunque no en las de autoinforme y observacionales (Maiuro, 1978); menos eficaz que el entrenamiento asertivo en medidas observacionales, pero no en las de autoinforme (Hoffman y cols., 1978/1981); y peor que el entrenamiento en hablar en público + relajación de enfrentamiento + entrenamiento autoinstruccional en medidas de autoinforme y observacionales, aunque no en las de generalización (Worthington y cols., 1984).

Desensibilización sistemática autoadministrada. En 7 estudios los sujetos se han autoaplicado la DS, ya sea siguiendo un manual de instrucciones (3 estudios) o utilizando cintas grabadas que automatizan el procedimiento (4 estudios). Sólo un estudio ha comparado directamente la DS autoadministrada con el no tratamiento; los resultados fueron favorables, pero no se especifica en qué tipo de medidas (Toy, 1973). En otro estudio la comparación fue con el grupo placebo, no encontrándose diferencias en medidas observacionales en el postratamiento, aunque sí en el seguimiento (Horowitz, 1977).

Los otros estudios ponen de manifiesto que la DS autoadministrada no ha diferido de la aplicada por un terapeuta en medidas de autoinforme y observacionales (Busch, 1979; Lohr y McManus, 1975; Marshall y cols., 1976), aunque en este último trabajo resultó peor en medidas de generalización.

La DS autoaplicada ha resultado mejor que el entrenamiento en hablar en público e igual que la combinación de este con aquella en

medidas de autoinforme y generalización; sin embargo, se ha revelado peor que esta combinación y casi peor que el citado entrenamiento en medidas observacionales (Marshall, Stoian y Andrews, 1977).

Un aspecto importante señalado por los autores cuyos sujetos tenían que seguir un manual de instrucciones es que son necesarios contactos ocasionales con el terapeuta para controlar el progreso hecho y resolver las dificultades que surjan si no se quiere que se produzca una mortalidad notable entre los sujetos que empiezan a autoaplicarse la DS.

Desensibilización sistemática automatizada. La eficacia de la DS automatizada (con terapeuta presente) ha sido investigada en 4 estudios. Mylar y Clement (1972) encontraron que este procedimiento fue superior al no tratamiento en medidas de autoinforme (1 de 3 cuestionarios) y observacionales, acrecentándose las diferencias en el seguimiento realizado al mes. En contraste, Zimmerman (1974) no halló diferencias significativas, aunque una variante de la DS automatizada -consistente en que el sujeto revisara verbalmente, tras cada ítem de la jerarquía, el material visualizado y las emociones experimentadas- sí se mostró mejor que el no tratamiento en medidas de autoinforme y observacionales.

No existen comparaciones con grupos placebo y, por lo que respecta a otros tratamientos, la DS automatizada no se ha diferenciado de la implosión imaginal automatizada (Mylar y Clement, 1972), de la DS en grupo y de la DS automatizada autoaplicada (Busch, 1979) en medidas de autoinforme y observacionales. Reid (1978) ha puesto de manifiesto que los resultados de la DS automatizada varían según el tipo de jerarquía utilizado.

Si es posible extraer algún tipo de conclusiones sobre la DS en general, podríamos decir que esta resulta más eficaz que el no tratamiento para reducir el MHP autoinformado, pero que no está claro que resulte más eficaz en las medidas observacionales, fisiológicas y de generalización. Por otra parte, al comparar la DS con los grupos placebo, los resultados han variado según los estudios no sólo en las medidas observacionales, fisiológicas y de generalización, sino también en las de autoinforme; es decir, en cada uno de estos tipos de medida se han obtenido tanto resultados de superioridad de la DS respecto al placebo como resultados de no diferencias entre ambos.

No hemos sido capaces de localizar ningún factor que varíe sistemáticamente entre estudios y que pueda explicar esta discrepancia de resultados; las distintas investigaciones se diferencian en muchos aspectos y lo más probable es que varios factores en diversas combinaciones hayan contribuido a los resultados contradictorios. Además hay que tener en cuenta que la disparidad entre resultados puede matizarse, ya que la DS individual se ha mostrado sistemáticamente eficaz en las medidas observacionales respecto al no tratamiento, aunque no respecto al placebo, mientras que la DS en grupo ha resultado invariablemente no eficaz en medidas fisiológicas.

Un aspecto importante es que en las medidas observacionales, procedimientos como el entrenamiento en hablar en público o el entrenamiento en hablar en un grupo son más eficaces que la DS. En cuanto a las medidas de generalización, estas han sido exclusivamente de autoinforme (salvo en un caso), lo cual es una limitación que va a repetirse en casi todos los demás tratamientos aplicados. Sólo unos pocos estudios han realizado seguimiento, aunque los resultados positivos, cuando los hay, parecen mantenerse.

Por último, es importante tener en cuenta, tanto aquí como en el

resto de las intervenciones revisadas, las limitaciones metodológicas expuestas en los puntos 3.1 y 3.2.1. Así, por ejemplo, los resultados se refieren a poblaciones universitarias que reciben tratamientos breves; estos resultados podrían ser diferentes con otras poblaciones o con intervenciones más largas. Además, se desconoce en qué medida se generalizan, si es que lo hacen, a la vida real de los sujetos.

3.2.2.4. Desensibilización de autocontrol.

Este procedimiento, propuesto por Goldfried (1971; Goldfried y Davison, 1976/1981), ha dado lugar a resultados diversos. Por un lado, en los estudios que han empleado menos horas de tratamiento (una y cuatro) no se ha diferenciado del no tratamiento en ningún tipo de medida (Casas, 1976; Krugman y cols., 1985); sin embargo, análisis adicionales en el estudio de Casas sugirieron que los sujetos con ansiedad predominantemente fisiológica redujeron más su ansiedad en el grupo de desensibilización de autocontrol. Por otro lado, en los estudios de tratamiento algo más largo (Kirsch y Henry, 1979; Lent, Russell y Zamostny, 1981; Zemore, 1975) la desensibilización de autocontrol ha sido más eficaz que el no tratamiento y que un grupo placebo (empleado por sólo un estudio) en medidas de autoinforme, pero no en las fisiológicas, observacionales y de generalización (salvo en estas dos últimas en el trabajo de Zemore).

Dejando a un lado las medidas fisiológicas, no incluidas en la evaluación, la desensibilización de autocontrol no ha diferido de la desensibilización sistemática (Maiuro, 1978; Zemore, 1975), aunque Maiuro encontró que fue mejor que esta en ciertas medidas de generalización y en satisfacción con el tratamiento. En plan autoaplicado, tampoco ha diferido de la meditación y de la desensibilización de

autocontrol con meditación en vez de relajación (Kirsch y Henry, 1979). No se ha diferenciado tampoco de la reestructuración racional sistemática en todos los tipos de medida (Casas, 1976; Lent, Russell y Zamostny, 1981), aunque en este último estudio resultó mejor en autoinformes. El trabajo de Casas sugiere una superioridad de la desensibilización de autocontrol en sujetos con ansiedad predominantemente fisiológica y una superioridad de la reestructuración racional sistemática en sujetos con ansiedad predominantemente mental.

Dos de los seis estudios citados (Lent, Russell y Zamostny, 1981; Maiuro, 1978) realizaron seguimiento. En el primero, la desensibilización de autocontrol siguió siendo superior al no tratamiento y al placebo en medidas de autoinforme, mientras que en el segundo siguió sin diferir de la desensibilización sistemática.

3.2.2.5. Entrenamiento en relajación progresiva.

Diez estudios (Gatchel y cols., 1977; Goldfried y Trier, 1974; Gross y Fremouw, 1982; Lynd, 1976; Norman, 1975; Osberg, 1981; Russell y Wise, 1976; Sherman y cols., 1974; Trexler y Karst, 1972; Weingarten, 1973) han aplicado algún tipo de entrenamiento en relajación progresiva inspirándose en las pautas dadas por Paul (1966) o creando su propio método. De hecho, la variabilidad entre entrenamientos ha sido considerable. Así, unos presentan la relajación como una habilidad de enfrentamiento, mientras que otros no lo especifican. Por otra parte, algunos entrenamientos incluyen relajación diferencial, imágenes relajantes, respiración profunda o relajación condicionada, mientras que otros abarcan varios de estos componentes.

Sin embargo, a pesar de esta diversidad, el patrón de resultados es homogéneo y un tanto sombrío. El entrenamiento en relajación no

se ha diferenciado del no tratamiento y del placebo en medidas observacionales, fisiológicas y de generalización; los estudios de Gatchel y cols. (1977) y Lynd (1976) constituyen las únicas excepciones en las medidas fisiológicas, aunque los resultados de ambos van en sentido contrario. En las medidas de autoinforme, no ha habido diferencias respecto a los grupos placebo, aunque sí respecto a los de no tratamiento. En los dos estudios que realizaron seguimiento (con placebo y medidas de autoinforme y generalización) persistió la ausencia de resultados significativos (Gatchel y cols., 1977; Goldfried y Trier, 1974).

De los varios tratamientos con que ha sido comparada, la relajación no ha diferido, por ejemplo, del entrenamiento en hablar en público (Sherman y cols., 1974), de la biorretroalimentación de la tasa cardíaca (Gatchel y cols., 1977), del entrenamiento autoinstruccional y de la combinación de éste con la desensibilización de enfrentamiento (Norman, 1975). En cambio, ha resultado peor que el entrenamiento en hablar en público + relajación de enfrentamiento (aunque este tratamiento duró el doble) en medidas de autoinforme, observacionales y de generalización (Sherman y cols., 1974); también ha sido peor que la relajación aplicada en estos dos primeros tipos de medida (Osberg, 1981) e inferior a la reestructuración cognitiva en medidas de autoinforme con sujetos con débil reactividad fisiológica (Gross y Fremouw, 1982). Por otra parte, los resultados obtenidos por Fedoravicius (1972) indican que la relajación es un componente importante en la desensibilización sistemática y en la desensibilización de enfrentamiento.

En contraste con el entrenamiento en relajación, los resultados obtenidos con la relajación aplicada en situaciones en vivo son algo más satisfactorios. La relajación aplicada ha sido más eficaz que el no tratamiento (Altmaier y cols., 1982; Deffenbacher y Payne, 1977;

Gurman, 1973; Osberg, 1981), aunque no que el placebo (Schleifer, 1978) en medidas de autoinforme, observacionales y de generalización. En realidad, la relajación aplicada no se diferenció del no tratamiento en estos dos últimos tipos de medida en el estudio de Osberg, pero en esta investigación el tratamiento fue muy breve (3 horas) y el de más corta duración de los trabajos mencionados en este párrafo.

La relajación aplicada no ha diferido de otros tratamientos tales como el entrenamiento en manejo de la ansiedad, el entrenamiento autoinstruccional aplicado en situaciones en vivo, la inoculación de estrés y la exposición imaginal graduada + práctica en vivo. Sin embargo, como ya se ha dicho, ha sido más eficaz que el entrenamiento en relajación (Altmaier y cols., 1982; Deffenbacher y Payne, 1977; Osberg, 1981).

3.2.2.6. Inundación.

Nueve estudios han aplicado este tipo de tratamiento (Rimm y Masters, 1974/1980) ya sea en su versión imaginal o en vivo. En cuanto a la inundación imaginal, Weinberger y Engelhart (1976) hallaron que no difirió del placebo en medidas de autoinforme, observacionales y de generalización, mientras que Sherry y Levine (1980) encontraron que fue superior al no tratamiento en medidas de autoinforme y fisiológicas, pero no en las observacionales.

En este último estudio, no hubo diferencias entre si la presentación de las escenas se hacía mediante grabación o la hacía directamente el terapeuta, a condición de que este estuviera presente; la presencia del terapeuta tuvo un efecto benéfico. En cambio, la adición de diapositivas no contribuyó positivamente e incluso fue perjudicial en la medida observacional. Por otra parte, la inundación imaginal

continua ha resultado más eficaz que la interrumpida por una pausa de descanso (Chaplin y Levine, 1981), no ha diferido de la desensibilización sistemática (Weinberger y Engelhart, 1976) ni de la implosión imaginal (Mannion y Levine, 1984) y se ha mostrado peor que la inundación y la implosión en vivo (Mannion y Levine, 1984). Ningún estudio ha realizado seguimiento.

En un trabajo con cinco sujetos llevado a cabo por Lima (1975), siguiendo una metodología de diseño de caso único, la inundación imaginal no logró reducciones significativas en medidas observacionales y fisiológicas, aunque sí en autoinformes.

La inundación en vivo no ha sido comparada ni con no tratamiento ni con placebo, aunque sí con otros tratamientos. A este respecto, ha sido más eficaz que la práctica graduada en vivo en medidas observacionales (Kirsch y cols., 1975). Sin embargo, ha resultado peor que el entrenamiento en hablar en público en este tipo de medidas, en generalización autoinformada y en generalización observada (en otra situación de hablar en público y en una situación interpersonal); en el seguimiento, que no incluyó las medidas de generalización observada, se mantuvieron estos resultados (Hayes y Marshall, 1984). En un estudio previo, Marshall y cols. (1982) encontraron que la inundación en vivo fue mejor que el entrenamiento en hablar en público (sin práctica) en una medida observacional de manifestaciones de ansiedad, pero peor en una medida observacional de habilidad para hablar en público.

3.2.2.7. Implosión.

La implosión, tal como se ha utilizado en el tratamiento del MHP, no se refiere específicamente al procedimiento original de Stampfl y Levis (1967), ya que ha carecido de contenido psicodinámico. Consiste

más bien en una inundación en la que se intenta maximizar la ansiedad de los sujetos haciendo que imaginen o perciban reacciones negativas en el auditorio.

La implosión imaginal automatizada se ha mostrado superior al no tratamiento e igual de eficaz que la desensibilización sistemática automatizada en medidas de autoinforme y observacionales, manteniéndose estos resultados en el seguimiento (Mylar y Clement, 1972). Sin embargo, la implosión imaginal ha sido menos eficaz que la implosión en vivo en estos dos tipos de medida, aunque no en las fisiológicas (Mannion y Levine, 1984).

Por otra parte, la implosión en vivo no se ha diferenciado de la práctica graduada en vivo (Kirsch y cols., 1975) ni de la inundación en vivo en el estudio de Mannion y Levine (1984); no obstante, fue inferior a esta última en medidas observacionales en el trabajo ya citado de Kirsch y cols. (1975). Una posible explicación de esta disparidad es que en la investigación de Mannion los sujetos sabían que el auditorio iba a reaccionar negativamente, mientras que esto no queda claro en el caso de Kirsch y cols. (1975). Sin embargo, existen otras muchas diferencias entre los dos estudios, como, por ejemplo, la duración y modalidad de las sesiones, el criterio de selección de los sujetos, etc., que podrían haber contribuido a la diferencia de resultados.

3.2.2.8. Biorretroalimentación de la tasa cardíaca.

Este tratamiento sólo se ha mostrado regularmente superior al placebo en medidas fisiológicas, mientras que no ha diferido de la relajación progresiva mediante cinta (Gatchel y cols., 1977; Gatchel y Proctor, 1976). También en medidas fisiológicas, la combinación de la

biofeedback de la tasa cardíaca y la relajación progresiva ha sido más eficaz que cada uno de los componentes por separado, que el placebo, que la desensibilización sistemática y que una combinación secuencial de relajación y empleo de autodeclaraciones de enfrentamiento en situaciones imaginadas de hablar en público; sin embargo, no se han encontrado diferencias en medidas de autoinforme y observacionales (Gatchel, Hatch, Maynard, Turns y Taunton-Blackwood, 1979; Gatchel y cols., 1977; McKinney y Gatchel, 1982).

3.2.2.9. Entrenamiento en manejo de la ansiedad.

Esta intervención, basada en los trabajos de Suinn (1977) y Suinn y Richardson (1971), ha resultado mejor que el no tratamiento en medidas de autoinforme, tanto en el postratamiento como en el seguimiento; sin embargo no ha ocurrido así en medidas observacionales y de generalización autoinformada y observada (Deffenbacher y cols., 1980; Deffenbacher y Michaels, 1981; Deffenbacher y Payne, 1977; Tucker y cols., 1977).

Por otra parte, no se han encontrado diferencias respecto a la relajación aplicada y a la inoculación de estrés (Deffenbacher y Payne, 1977; Tucker y cols., 1977). Curiosamente Deffenbacher y cols. (1980) hallaron que, en medidas de autoinforme, el entrenamiento en manejo de la ansiedad aplicado en sujetos con MHP fue menos eficaz que el mismo procedimiento aplicado al mismo tiempo a una mezcla de sujetos con MHP y sujetos con miedo a los exámenes. Estos resultados se mantuvieron en el seguimiento a las 6 semanas, pero no a los 12 meses (Deffenbacher y Michaels, 1981).

3.2.2.10. Modelado.

El único estudio que comparó el modelado simbólico (observación de modelos filmados) con el no tratamiento, no encontró diferencias entre ambos ni tampoco halló que los resultados variasen según los modelos visionados fueran de dominio o de enfrentamiento (Bentson, 1975). Por otra parte, Lineham, Rosenthal, Kelly y Theobald (1977) no observaron diferencias entre un modelado simbólico dirigido al MHP y el mismo procedimiento dirigido además a otros miedos no pertinentes para los sujetos; en ambas intervenciones hubo una mejora del pretratamiento al postratamiento y seguimiento en una medida de autoinforme, pero un empeoramiento en una medida observacional.

Los resultados de otros trabajos, en los que se ha utilizado el modelado más para enseñar habilidades de hablar en público que para reducir el MHP, indican que esta técnica puede ser eficaz con este fin, aunque los resultados son mejores si se la combina con otros procedimientos como las instrucciones, la retroalimentación y la discusión (Marshall y cols., 1982; Sharp, 1981; Vrolijk, 1977/1978).

3.2.2.11. Exposición imaginal graduada.

Esta técnica no ha diferido del no tratamiento en medidas fisiológicas, mientras que existe una falta de concordancia entre estudios sobre si la exposición imaginal graduada es superior o no al no tratamiento en medidas de autoinforme y observacionales (Borkovec y Sides, 1979a; Fedoravicius, 1972; Longo y Saal, 1984; Sanders, 1968). En realidad, en el estudio de Longo y Saal, donde los resultados fueron favorables, no se empleó exposición imaginal, sino exposición a escenas grabadas en cinta magnetofónica. La única investigación que utilizó un grupo placebo, no encontró que este fuera inferior a la

exposición imaginal graduada en ninguno de los tres tipos básicos de medidas (Fedoravicius, 1972).

En medidas de autoinforme y observacionales, aunque no en las fisiológicas, la exposición imaginal graduada ha sido menos eficaz que la desensibilización sistemática, la desensibilización de enfrentamiento, la práctica graduada en vivo y la combinación de esta con la citada exposición imaginal (Borkovec y Sides, 1979a; Fedoravicius, 1972; Sanders, 1968). En el trabajo de Longo y Saal (1984), la exposición graduada a escenas audiograbadas resultó peor que la desensibilización sistemática con alivio respiratorio en vez de relajación.

3.2.2.12. Práctica de hablar en público.

Se considerarán aquí tanto la práctica graduada como la no graduada. La primera de ellas ha resultado superior al no tratamiento en medidas de autoinforme y observacionales (Johnson y cols., 1971; Sanders, 1968), lo cual se ve corroborado por los casos clínicos presentados por Grossberg (1965) y Hosford (1969).

La práctica graduada en vivo ha sido más eficaz que la exposición imaginal graduada, pero menos que su combinación con esta, en medidas de autoinforme y observacionales (Sanders, 1968). No ha diferido de la desensibilización sistemática y de la implosión en vivo en estos dos tipos de medida (Johnson y cols., 1971; Kirsch y cols., 1975; McSweeney, 1976). Por último, ha resultado peor que la inundación en vivo en medidas observacionales, aunque no en las de autoinforme (Kirsch y cols., 1975).

En cuanto a la práctica no graduada en vivo, esta se ha mostrado mejor que el no tratamiento y que la desensibilización sistemática en medidas de autoinforme y observacionales (Seiffert, 1977). Hamilton y

Bornstein (1977) y Vrolijk (1974/1977) también comprobaron cambios significativos en estas clases de medida en sujetos que habían practicado en dar charlas ante otras personas. El único estudio discordante es el de Lane y Borkovec (1984), en el cual la práctica en vivo no se diferenció de un grupo placebo; pero en este caso, los sujetos tuvieron una única sesión y el auditorio fue totalmente impersonal, ya que estuvo formado solamente por una cámara.

Finalmente, la práctica en vivo ha resultado menos eficaz que la combinación de esta con el ensayo cognitivo previo de charla competente en medidas de autoinforme (Ayres y Hopf, 1985).

3.2.2.13. Entrenamiento en hablar en público.

Este procedimiento es en realidad un conglomerado de técnicas que incluye normalmente instrucciones explicativas sobre las conductas adecuadas, modelado, discusión y práctica secuencial de estas conductas, así como retroalimentación y reforzamiento respecto a la ejecución realizada (Eisler y Frederiksen, 1980).

Después de la desensibilización sistemática, el entrenamiento en hablar en público (EHP) ha sido la intervención más utilizada, ya que, además de los 15 estudios mencionados en la Tabla 2, ha sido empleado en otras tres investigaciones no citadas en dicha tabla por ser estudios de casos o disponerse de ellas sólo en forma resumida (Hoffmann y cols., 1978/1981; Matthews, 1978; Varenhorst, 1969).

El EHP ha resultado más eficaz que el no tratamiento en medidas de autoinforme y observacionales; y dentro de estas últimas, ha sido más eficaz tanto en las que supuestamente miden habilidades para hablar en público como en las que supuestamente reflejan miedo manifestado. En cambio, el EHP no ha diferido del no tratamiento en medidas de genera-

lización autoinformada y en medidas de generalización observada en el medio natural de los sujetos. En ningún estudio se han tomado registros fisiológicos.

El único trabajo que comparó EHP y placebo encontró diferencias entre ambos en medidas de autoinforme, pero no en las de observación (Fremouw y Zitter, 1978).

En los seis estudios que realizaron seguimiento, los resultados positivos se mantuvieron e incluso se encontraron nuevas diferencias significativas (Fremouw y Zitter, 1978; Trussell, 1978; Weissberg y Lamb, 1977), aunque en el trabajo de Gil (1981), el EHP dejó de ser superior al no tratamiento en medidas de autoinforme.

El EHP se ha mostrado mejor que la desensibilización sistemática en medidas observacionales, pero no en las de autoinforme. Sin embargo, Marshall y cols. (1977) hallaron que el EHP fue peor que la desensibilización sistemática autoadministrada y que una combinación de esta con EHP en medidas de autoinforme y de generalización. Trussell (1978), en cambio, no encontró diferencias en estos tipos de medida entre el EHP y su combinación con la desensibilización sistemática.

El EHP no ha diferido en medidas de autoinforme, observacionales y de generalización de la relajación de enfrentamiento + entrenamiento autoinstruccional aplicado en situaciones imaginadas (Fremouw y Zitter, 1978) ni de la discusión de pensamientos desadaptativos + empleo de autodeclaraciones de enfrentamiento + desensibilización de enfrentamiento (Weissberg y Lamb, 1977).

En el estudio de Marshall y cols. (1982), el EHP sin práctica no difirió de la inundación en vivo en medidas de autoinforme y generalización, fue peor en una medida observacional de ansiedad y mejor en una medida de habilidad observada. En cambio, en el trabajo de Hayes y Marshall (1984), el EHP se mostró superior en todo tipo de medidas,

salvo las de autoinforme, a la inundación en vivo y a la combinación de esta con EHP. Quizá la diferencia de resultados entre ambos estudios podría ser debida a que en el primero, los sujetos fueron seleccionados en función de su miedo subjetivo y de sus deficiencias conductuales al dar una charla, mientras que en el segundo fueron seleccionados solamente en función de su baja competencia observada para hablar en público. Además, el EHP de Hayes y Marshall (1984) incluyó práctica en hablar en público, mientras que el de Marshall y cols. (1982) no.

Otros dos aspectos dignos de destacar en estos dos últimos trabajos fueron los siguientes:

- a) Los resultados obtenidos por Marshall y cols. (1982) indican que las instrucciones combinadas con el modelado y la retroalimentación combinada con la discusión son componentes importantes del EHP sin práctica.
- b) En el estudio de Hayes y Marshall (1984) se comprobó que la práctica en casa no añadió nada al EHP, lo cual fue atribuido por los autores a un efecto de techo.

El EHP ha sido comparado con otros tratamientos combinados que lo incluyen. Así, Gil (1981) no encontró diferencias entre el EHP y su combinación con entrenamiento autoinstruccional y respiración profunda en medidas de autoinforme, observacionales y de generalización. Sin embargo, Sherman y cols. (1974) hallaron que el EHP resultó peor en estos tres tipos de medida que su combinación con relajación de enfrentamiento, aunque es preciso hacer notar que esta combinación duró el doble de tiempo que el EHP. Por último, en el trabajo de Worthington y cols. (1984), el EHP se mostró menos eficaz que su combinación con relajación de enfrentamiento y entrenamiento autoinstruccional en medidas de autoinforme y observacionales.

El paquete de tratamiento empleado por Worthington y cols. (1984) no ganó nada en eficacia cuando se le añadió la técnica de intención paradójica. El mismo paquete de tratamiento fue investigado por Fremouw y Harmatz (1975), mostrándose superior al no tratamiento en medidas de autoinforme, observación y generalización, y manteniéndose las mejoras en el seguimiento realizado a los tres meses.

Seis estudios llevaron a cabo seguimiento en el cual se comparó el EHP con otros tratamientos; en los seis persistió prácticamente el patrón de resultados obtenido en el postratamiento (Fremouw y Zitter, 1978; Gil, 1981; Hayes y Marshall, 1984; Trussell, 1978; Weissberg y Lamb, 1977; Worthington y cols., 1984).

3.2.2.14. Desensibilización de enfrentamiento.

Este tratamiento, que combina la desensibilización sistemática, el entrenamiento autoinstruccional y un enfoque de enfrentamiento (Meichenbaum, 1972), ha sido investigado en tres estudios (Fedoravicius, 1972; Norman, 1975; Weissberg, 1977). Se ha mostrado superior al no tratamiento en medidas de autoinforme, pero su eficacia no ha quedado claramente establecida en las medidas de observación y generalización; no se encontraron diferencias en medidas fisiológicas en el único estudio que las utilizó (Fedoravicius, 1972). Este trabajo empleó también un grupo placebo, pero la desensibilización de enfrentamiento no difirió de él en ningún tipo de medida.

Weissberg (1977) es el único que informa sobre datos de seguimiento; según estos, la desensibilización de enfrentamiento fue superior al no tratamiento en medidas de autoinforme, observación y generalización.

La desensibilización de enfrentamiento ha resultado superior al entrenamiento autoinstruccional aplicado en situaciones imaginadas y a

la exposición imaginal graduada en medidas de autoinforme y observacionales; también ha sido mejor que la desensibilización sistemática en este último tipo de medida en el estudio de Weissberg (1977), pero no en el de Fedoravicius (1972). Finalmente, en medidas de autoinforme, observacionales y de generalización, no ha diferido del entrenamiento autoinstruccional, de la relajación de enfrentamiento y de la discusión de pensamientos desadaptativos + autodeclaraciones de enfrentamiento + desensibilización de enfrentamiento (para este último paquete de tratamiento, véanse Weissberg, 1975, 1977, y Weissberg y Lamb, 1977).

3.2.2.15. Terapia racional-emotiva.

La terapia racional-emotiva (Ellis, 1962/1980) no ha diferido del no tratamiento y del placebo en medidas observacionales y fisiológicas, mientras que existe una falta de acuerdo entre estudios sobre si es superior o no al no tratamiento y al placebo en medidas de autoinforme y generalización (Germer, 1975; Jarmon, 1973; Karst y Trexler, 1970; Morey, 1974; Straatmeyer y Watkins, 1974; Trexler y Karst, 1972; Trier, 1975).

La terapia racional-emotiva ha resultado inferior a la terapia de rol fijo y a la biblioterapia, y no ha diferido de una versión de ella misma que no incluía la discusión de ideas irracionales (Morey, 1974; Straatmeyer y Watkins, 1974). Esto indica que el ataque directo de las creencias irracionales propio de la terapia racional-emotiva, al menos según sus proposiciones iniciales, puede ser poco o nada eficaz. Es probable que el método socrático de discusión de pensamientos desadaptativos, propuesto por autores como Beck, Rush, Shaw y Emery (1979/1983) y Goldfried y Davison (1976/1981), resulte mucho más satisfactorio que el de ataque directo.

3.2.2.16. Terapia de falsa atribución.

Cuatro experimentos diseñados para investigar los efectos de la falsa atribución han obtenido resultados negativos que ponen en duda la viabilidad de este tipo de terapia (Cotton, Baron y Borkovec, 1980; Singerman, Borkovec y Baron, 1976; Slivken y Buss, 1984, estudios 1 y 2). Como han indicado Singerman y cols. (1976), cuando un sujeto posee una extensa historia previa en que una situación ha sido frecuentemente apareada con una emoción determinada, resulta muy difícil hacerle aceptar que la activación que experimenta en la situación no está reflejando esa emoción.

3.2.2.17. Entrenamiento autoinstruccional.

Se considerarán aquí tres variantes de este procedimiento propuesto por Meichenbaum (1975, 1977):

- a) Aquella en que el entrenamiento autoinstruccional (EAI) no se aplica en situaciones de hablar en público, sino que consiste simplemente en identificar las autodeclaraciones negativas, comprender sus efectos y aprender y ensayar autodeclaraciones de enfrentamiento.
- b) Aquella en que el EAI se aplica en situaciones imaginadas de hablar en público.
- c) Aquella en que se aplica en situaciones en vivo de hablar en público.

Trabajando con sujetos universitarios o personas residentes en la comunidad, el EAI no aplicado ha sido más eficaz que el no tratamiento, pero no más eficaz que el placebo, en medidas de autoinforme y generalización (Dawson, 1982; Norman, 1975). En cambio, Barrett (1974),

trabajando con sujetos de un reformatorio, y Vermilyea, Barlow y O'Brien (1984), con una paciente clínica, no encontraron diferencias significativas, si bien es verdad que en el primero de estos estudios el tratamiento fue extraordinariamente breve (tres sesiones de 20 minutos) y algunos sujetos no siguieron las instrucciones dadas.

Por otra parte, Fox y Houston (1981) hallaron que los niños a los que se había enseñado a emplear autodeclaraciones de enfrentamiento obtuvieron peores resultados en medidas observacionales y de autoinforme (en estas, sólo los sujetos con un elevado rasgo de ansiedad) que los niños que no habían recibido tratamiento o a los que se había enseñado a emplear simples autodeclaraciones sobre hechos obvios. Los autores ofrecen dos posibles explicaciones:

- a) El uso de autodeclaraciones relativamente complejas puede interferir la concentración de los niños en las tareas que requieren una atención activa.
- b) El tipo de autodeclaraciones enseñado (negación de los aspectos negativos de la situación) puede ser menos conveniente que el tipo de autodeclaraciones que enfatiza los aspectos positivos de la situación y la propia capacidad personal.

El EAI no ha diferido de otros tratamientos como la relajación de enfrentamiento, la desensibilización de enfrentamiento, la exposición imaginal graduada + práctica graduada en el ambiente natural, la discusión de pensamientos desadaptativos y la combinación de esta con el EAI (Norman, 1975; Dawson, 1982). Sin embargo, el EAI resultó mejor que esta última combinación integrada a su vez con exposición imaginal graduada + práctica graduada en el ambiente natural, aunque este resultado no se mantuvo en el seguimiento (Dawson, 1982); al igual que ocurriera en el estudio de Meichenbaum y cols. (1971), Dawson atribuyó

los peores resultados del paquete de tratamiento a un tiempo insuficiente de tratamiento para una intervención tan compleja.

Sólo Fedoravicius (1972) ha investigado la eficacia del EAI aplicado en situaciones imaginadas; esta intervención no se diferenció del no tratamiento en ningún tipo de medida y fue inferior a la desensibilización sistemática y a la desensibilización de enfrentamiento en medidas de autoinforme y observacionales.

El EAI aplicado en situaciones en vivo se ha mostrado más eficaz que el no tratamiento en medidas de autoinforme, aunque no en las de generalización. En cuanto a las medidas observacionales, Altmaier y cols. (1982) y Glogower y cols. (1978) obtuvieron resultados positivos, mientras que Hayes y Marshall (1984), con sujetos seleccionados por su baja competencia para hablar en público, y Vermilyea y cols. (1984), con una paciente clínica, no encontraron diferencias significativas.

El EAI aplicado en situaciones en vivo no ha diferido de la relajación aplicada en vivo, de la inoculación de estrés y de las autodeclaraciones de enfrentamiento aplicadas en vivo en medidas de autoinforme y observacionales. Por otra parte, ha resultado superior en este tipo de medidas a la identificación de las autodeclaraciones negativas y comprensión de sus efectos aplicadas en vivo (Altmaier y cols., 1982; Glogower y cols, 1978).

Hayes y Marshall (1984) han sugerido que los efectos beneficiosos del entrenamiento en hablar en público pueden ser atenuados por la adición de otros elementos como la inundación o el EAI, ya que estos reducen la cantidad de tiempo que es posible dedicar a un programa tan poderoso como aquel. 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).

3.2.2.18. Reestructuración racional sistemática.

Esta intervención propuesta por Goldfried, Decentececo y Weinberg (1974) no se ha mostrado superior al no tratamiento ni al placebo en ningún tipo de medida (Casas, 1976; Dawson, 1982; Lent y cols., 1981). Sin embargo, análisis adicionales en el estudio de Casas sugieren que la reestructuración racional sistemática (RRS) puede ser más eficaz que el no tratamiento y que la desensibilización de enfrentamiento en sujetos que experimentan su ansiedad como tensión mental o que tienen un elevado miedo a la evaluación negativa, mientras que la desensibilización de autocontrol sería mejor en sujetos que presentan ansiedad fisiológica.

Probablemente, un tratamiento como la RRS, con su discusión de ideas irracionales y pensamientos desadaptativos, requiere más de 5 horas -que es el máximo tiempo que se le ha dedicado en los tres estudios citados- para mostrar su eficacia. De hecho, Meichenbaum y cols. (1971) obtuvieron con 8 horas de tratamiento resultados superiores al no tratamiento y placebo con un programa en cierto modo similar a la RRS, pero sin incluir la aplicación en situaciones imaginadas.

Tres estudios han intentado establecer cuáles son los principales componentes terapéuticos de la RRS y del entrenamiento autoinstruccional. Thorpe y cols. (1976) encontraron que la discusión de ideas irracionales y pensamientos desadaptativos fue el elemento básico, mientras que el ensayo de autodeclaraciones de enfrentamiento no tuvo peso alguno. En contraste, Dawson (1982) y Glogower y cols. (1978) hallaron que la identificación de las autodeclaraciones negativas y la

comprensión de sus efectos y, sobre todo, la aplicación de autodeclaraciones de enfrentamiento fueron los factores esenciales, mientras que la discusión de pensamientos desadaptativos no jugó ningún papel (Dawson, 1982).

Estas diferencias en los resultados pueden ser debidas a ciertas variaciones entre los estudios. Así, por ejemplo, Thorpe y cols. (1976) trabajaron con adolescentes de 15 a 17 años en vez de con estudiantes universitarios o personas adultas residentes en la comunidad, emplearon un tratamiento más corto (dos horas y media contra cinco) y enseñaron a sus sujetos sólo cuatro autodeclaraciones generales de enfrentamiento en lugar de un mayor número de autodeclaraciones más específicas e idiosincrásicas. Probablemente, estas dos últimas variaciones sean las más importantes. De todos modos, se requieren estudios adicionales sobre este tema tan importante.

3.2.2.19. Inoculación de estrés.

La inoculación de estrés (Jaremko, 1979; Meichenbaum, 1977) ha sido más eficaz que el no tratamiento en medidas de autoinforme; en cambio, en las medidas observacionales se ha mostrado superior al no tratamiento en algunos estudios, pero no en otros (Altmaier y cols., 1982; Jaremko, 1980; Jaremko, Hadfield y Walker, 1980; Jaremko y Walker, 1980; Naggs, 1979; Tucker y cols., 1977). Las mismas conclusiones pueden extraerse de los tres estudios que han realizado seguimiento, que son los de Jaremko y sus colegas.

Uno hubiera esperado resultados más potentes de este paquete de tratamiento en las medidas observacionales, ya que incluye la aplicación de diversas estrategias de enfrentamiento en situaciones reales de hablar en público. Posibles explicaciones de esta falta de potencia

podrían ser:

- a) La brevedad del tratamiento, el cual osciló de tres a cuatro horas y media.
- b) La asignación no aleatoria a las condiciones experimentales en cuatro de los seis estudios.
- c) El hecho de que en dos de los tres trabajos que no encontraron diferencias significativas en las medidas observacionales los sujetos se encontraban realizando un curso de habla, lo cual podría explicar las mejoras conseguidas por los grupos de no tratamiento (Jaremko, 1980; Jaremko y cols., 1980). Además en el tercer trabajo (Tucker y cols., 1977), la aplicación de las estrategias de enfrentamiento durante las sesiones fue en situaciones imaginadas; la aplicación en vivo sólo se alentó como tarea entre sesiones, por lo que es posible que algunos sujetos no la llevaran a cabo.

Las investigaciones de Jaremko y cols. (1980) y Schuler, Gilner, Austin y Davenport (1982) muestran que la fase educativa o de conceptualización del problema es un componente significativo en la inoculación de estrés. Por otra parte, el trabajo de Jaremko y Walker (1980) indica que el tipo de autodeclaraciones de enfrentamiento que se emplea es un factor importante; así, las autodeclaraciones que subrayan los aspectos positivos de una situación temida parecen ser más eficaces que las autodeclaraciones de contenido más general.

Finalmente, los resultados obtenidos por Zettle y Hayes (1983) indican que las autodeclaraciones de enfrentamiento son más eficaces en aquellos casos en que resultan conocidas por otra(s) persona(s) distinta(s) del sujeto que las emplea, ya que entonces entran en juego contingencias de tipo social.

3.2.2.20. Otras técnicas.

Otras intervenciones no citadas hasta el momento han sido empleadas únicamente en uno o dos estudios y sólo serán comentadas brevemente en este punto. Así, por ejemplo, la aserción encubierta (Little, 1977), la detención del pensamiento (Little, 1977), el reforzamiento positivo encubierto (Park, 1979), la programación neurolingüística (Krugman y cols., 1985) y la discusión de aspectos pertinentes para hablar en público (Gil, 1981) no se han mostrado nada eficaces.

Por otra parte, el aconsejamiento no directivo en grupo (Giffin y Bradley, 1969a; Katz, 1976), el alivio de la ansiedad (Le Tendre, 1978; Lynd, 1976), la terapia de inhibición reactiva (Calef y MacLean, 1970; Goldfried y Goldfried, 1977), la desensibilización sistemática vicaria (Weissberg, 1977), la desensibilización de enfrentamiento vicaria (Weissberg, 1977), la desensibilización de autocontrol autoaplicada con meditación en vez de relajación (Kirsch y Henry, 1979), la meditación autoaplicada (Kirsch y Henry, 1979), la desensibilización sistemática con dióxido de carbono, en vez de relajación, + práctica graduada en vivo (Latimer, 1977) y la autoaplicación de 16 estrategias para combatir el MHP (Auerbach, 1981) han dado lugar a mejoras en medidas de autoinforme.

Finalmente, la desensibilización semántica (Hekmat, Lubitz y Deal, 1984) y la desensibilización sistemática con alivio respiratorio en vez de relajación (Longo y Saal, 1984) se han mostrado superiores al no tratamiento y a un grupo placebo o a otro tratamiento en medidas de autoinforme y observación.

3.3. CONCLUSIONES ACERCA DE LA LITERATURA REVISADA.

Las conclusiones más importantes que pueden extraerse de los estudios sobre reducción del MHP son las siguientes:

1. Un número apreciable de investigaciones no informa, o lo hace insuficientemente, sobre aspectos metodológicos importantes para valorar los resultados de un estudio y/o para poder replicarlo.

2. Ha habido un mayor número de investigaciones en que las mujeres han predominado sobre los hombres en las muestras seleccionadas que viceversa.

3. La mortalidad experimental en el postratamiento no ha sido muy alta (6,2% de media), aunque se ha incrementado en el seguimiento, sobre todo a medida que la duración de este era mayor. La mortalidad ha tendido a producirse principalmente en los grupos de no tratamiento y lista de espera, y después en los grupos placebo. En los grupos de tratamiento, la mortalidad se ha dado sobre todo en las intervenciones autoadministradas sin control ocasional por parte del terapeuta.

4. La mayor parte, de las investigaciones han empleado estudiantes universitarios como sujetos, lo que limita la generalización de los resultados conseguidos a otras poblaciones.

5. En aproximadamente un tercio de los estudios, los sujetos se encontraban realizando un curso de hablar en público o un curso general de comunicación o de habla, lo cual ha podido interactuar con los tratamientos aplicados o potenciar estos, así como producir mejoras en los grupos no tratados.

6. En un poco más de la mitad de las investigaciones que informan sobre ello, los sujetos han sido llamados personalmente para participar; sin embargo, desde una perspectiva clínica, una aproximación mejor parecería ser el trabajar con sujetos que acuden ante un anuncio de

tratamiento. De todos modos, los resultados obtenidos pueden no diferir en función de ambas formas de captación (Emmelkamp, Mersch y Vissia, 1985).

7. En una cuarta parte de los trabajos que informan al respecto, los sujetos han recibido un pago en créditos académicos o dinero por su participación. Sin embargo, nos parece clínicamente más significativo el no ofrecer otros pagos que la reducción o eliminación del problema tratado.

8. En general, los sujetos han sido seleccionados por presentar un MHP autoinformado alto o moderado, sin que se hayan considerado en la selección otros tipos de medidas. Se desconoce pues la generalizabilidad de los resultados obtenidos a sujetos seleccionados no solamente en base a autoinformes.

9. En el área del MHP, la evidencia sobre posibles interacciones entre tipo de sujeto o tipo de problema y tipo de tratamiento es insuficiente y contradictoria en algunos puntos. Sin embargo, existen indicios suficientes como para aconsejar que prosigan las investigaciones, aunque con ciertas mejoras metodológicas (véase el punto 3.1.1.4).

10. Las charlas que los sujetos han tenido que dar en la mayor parte de los estudios, como parte de la evaluación, han sido de corta duración (3 ó 4 minutos). En cuanto al tiempo de preparación, este ha sido bien de unos pocos minutos bien de varios días; en el primero de estos casos, el MHP puede verse confundido por el miedo a tener que improvisar en una situación social, mientras que en el segundo, la situación puede ser demasiado fácil.

11. Los temas de las charlas han sido generalmente asignados por el investigador y, según los estudios, han sido de tipo general (p.ej., "Despenalización del consumo de la marihuana") o personal (p.ej., "Mis gustos, intereses y aficciones"). Los temas personales utilizados

parecen más fáciles que los generales y además puede resultar más artificial el dirigirse a un público para hablar de experiencias personales. Por otra parte, con la excepción de Gil (1981), ningún autor dice nada sobre la comparabilidad en el grado de dificultad de los diferentes temas empleados en los distintos momentos de evaluación.

12. Datos importantes como la posición en que habla el sujeto, la disponibilidad de notas, la presencia de mobiliario delante del orador y la distancia a la que se habla al auditorio son proporcionados por muy pocos estudios.

13. Los auditorios utilizados han sido generalmente de pequeño tamaño (10 oyentes o menos) sin que haya sido raro encontrar en ellos sujetos, observadores formales e, incluso, terapeutas e investigadores. Los inconvenientes que todo esto puede conllevar han sido expuestos en los puntos 3.1.3.1 y 3.1.3.3.

14. Sólo unos pocos trabajos informan sobre la reacción prefijada del auditorio ante las charlas de los sujetos. La disposición de escucha ha sido neutral en la inmensa mayoría de los casos, con lo que se crea una situación totalmente artificial y se favorece el que los miembros del auditorio puedan ser vistos por los sujetos como distantes y fríos.

15. En una quinta parte de las investigaciones se ha comunicado a los sujetos que su charla sería evaluada por otras personas. Esta explicitación de los componentes evaluativos del acto de hablar en público crea una nueva situación que, en principio, no parece comparable a la situación normal de hablar en público.

16. No es raro encontrar investigaciones que hayan empleado un único terapeuta y son todavía más frecuentes los casos en que alguno de los autores de un trabajo o todos ellos actuaron como terapeutas. Sin embargo, sólo en una mínima parte de estos estudios se evaluó el

posible sesgo que de ello podría resultar.

17. En múltiples investigaciones los terapeutas carecían de experiencia previa en las técnicas aplicadas. Parece ser que este factor no es importante cuando los terapeutas son cuidadosamente seleccionados, entrenados y supervisados, aunque la mayoría de los estudios no informan si esto fue así.

18. Ninguno de los 24 trabajos que han analizado estadísticamente el factor terapeutas ha encontrado efectos de interacción entre este y los tratamientos aplicados. Sin embargo, pocos estudios han intentado comprobar si las percepciones de los sujetos sobre el comportamiento de los terapeutas covariaban con los tratamientos y sólo un trabajo ha evaluado la confianza de los terapeutas en los distintos tratamientos.

19. Apenas un 15% de los estudios comunica el haber supervisado si los terapeutas aplicaban cada tratamiento tal como estaba planeado.

20. A pesar del posible impacto que las variables credibilidad en el tratamiento y expectativas de mejora generadas por este pueden tener en los resultados, sólo un poco más del 20% de los estudios han procedido a su evaluación. El método exclusivamente utilizado ha consistido en medidas de autoinforme, tomadas normalmente en un solo momento, al comienzo del tratamiento o después de terminado este.

21. Casi ningún estudio informa sobre el factor características de demanda. Sin embargo, es muy probable que estas hayan sido débiles en el pretratamiento e implícitamente (si es que no explícitamente) fuertes en el postratamiento, lo cual ha podido dar lugar a una sobrestimación de la mejora conseguida por los sujetos. Sería aconsejable que los sujetos recibieran fuertes demandas en el pretratamiento para cubrir todo el tiempo de la charla y para dar esta del modo más calmado y competente posible.

22. El diseño experimental mayoritariamente utilizado ha sido el

de grupos con medidas tomadas en el pretratamiento y postratamiento. Sólo tres estudios han empleado diseños experimentales de caso único. Más de un 10% de las investigaciones presentan problemas relativos a la asignación aleatoria a los grupos.

23. En una buena parte de las investigaciones existen problemas estadísticos y/o se han aplicado análisis estadísticos que no son los más apropiados.

24. Un poco más del 80% de los estudios han empleado en el posttratamiento al menos dos de los tres tipos básicos de medida (de autoinforme, observacionales, fisiológicas). Todas las investigaciones menos una han empleado medidas de autoinforme, mientras que un 15% lo han hecho de forma exclusiva.

25. Las medidas observacionales han sido las siguientes más utilizadas (84% de los estudios). En una quinta parte de las investigaciones no se proporciona el acuerdo interobservadores. Por otra parte, ha sido común emplear el coeficiente de correlación r de Pearson para calcular este acuerdo en la Behavioral Checklist for Performance Anxiety, una de las medidas observacionales más utilizadas; sin embargo, quizá sean más apropiados otros índices como la fórmula de acuerdo ponderado de Harris y Lahey (1978).

26. Las medidas fisiológicas han sido las menos frecuentemente empleadas (31% de los estudios). En aproximadamente la mitad de estos estudios se han obtenido los registros fisiológicos sin un período previo de adaptación. Ninguna investigación ha considerado si en su caso era de aplicación o no la Ley de los Valores Iniciales, aunque no existe acuerdo sobre esta cuestión.

27. Existe una gran proliferación de medidas de autoinforme y observacionales. Además, se carece de datos suficientes sobre la fiabilidad y validez de bastantes de las medidas utilizadas, ya sean de

autoinforme, observacionales o fisiológicas.

28. Las correlaciones entre los tres diferentes tipos de medida y las correlaciones entre las distintas medidas dentro de cada tipo han sido generalmente bajas o moderadas. Han acostumbrado a ser un poco más altas entre medidas de autoinforme y más bajas entre medidas fisiológicas.

29. Sólo un poco más del 40% de las investigaciones han realizado algún tipo de seguimiento, siendo la duración de este igual o inferior a 3 meses en la inmensa mayoría de los casos. En el seguimiento se han empleado con menor profusión que en el postratamiento las medidas observacionales y fisiológicas, mientras que se ha confiado predominantemente en las de autoinforme; además, se ha reducido el número de medidas utilizado. Esto limita el valor de las conclusiones de tales seguimientos.

30. En el postratamiento, apenas un poco más de la mitad de los estudios han tomado medidas de generalización, las cuales han hecho referencia a áreas tales como otras situaciones de hablar en público distintas de las entrenadas, ansiedad social, ansiedad general y otros miedos. Sin embargo, estas medidas se han basado casi exclusivamente en los autoinformes de los sujetos. El panorama en el seguimiento es muy similar.

31. Ha habido una confianza casi exclusiva en las pruebas de significación estadística para evaluar la eficacia de los tratamientos aplicados. Asombrosamente, sólo tres estudios han empleado medidas de significación clínica.

32. Se han investigado un gran número de tratamientos diferentes para el MHP. Sin embargo, en la mayoría de los estudios, dichos tratamientos no son descritos con la suficiente especificidad. Además, existe una ausencia de claridad terminológica que se traduce en

denominar igual a procedimientos diferentes y en dar nombres diferentes a procedimientos similares.

33. Los tratamientos utilizados han sido generalmente muy breves, siendo 5 horas la duración más habitual y 16 horas la duración máxima. La brevedad de los tratamientos puede: (a) implicar que estos difieran en aspectos básicos de la forma en que se aplican en clínica, y (b) impedir la aparición de efectos significativos o atenuar estos, de modo que resulten clínicamente poco importantes.

34. Muchas investigaciones no informan sobre si un sujeto que no asistía a una sesión la recuperaba o no y en qué plazo de tiempo. Por otra parte, la mayoría de los estudios cuyos tratamientos incluían tareas entre sesiones no indican si se intentó comprobar o no en qué medida los sujetos realizaban las tareas. Además, en la tercera parte de estos estudios, las tareas entre sesiones se han asignado a los grupos de tratamiento pero no al grupo placebo, o bien a unos grupos de tratamiento, pero no a otros.

35. Los sujetos de los grupos de no tratamiento, no contacto y lista de espera que no se encontraban realizando un curso de habla no han mejorado del pretratamiento al postratamiento. Sin embargo, la evidencia está dividida cuando se encontraban realizando un curso de dicho tipo, ya que entonces en unos pocos estudios tales sujetos han mejorado y en otros estudios, más numerosos, no. Esta contradicción podría explicarse en función del tipo de curso de habla, pero esta es una información no proporcionada en las distintas investigaciones.

36. Los grupos placebo considerados en conjunto han resultado, en algunos casos, peores que los grupos de tratamiento y mejores que los grupos que no han recibido intervención alguna. Sin embargo, no tiene mucho sentido hablar de los grupos placebo en conjunto, ya que bajo esta última etiqueta se esconden procedimientos muy diferentes.

Prácticamente, los autores de cada investigación han diseñado su propio placebo.

37. Técnicas como el modelado simbólico, la falsa atribución, la reestructuración racional sistemática, la aserción encubierta, la detención del pensamiento, la programación neurolingüística y el reforzamiento positivo encubierto no se han mostrado eficaces, al menos bajo las condiciones en que han sido estudiadas.

38. La desensibilización de autocontrol, el entrenamiento en relajación progresiva, el entrenamiento en manejo de la ansiedad, el aconsejamiento no directivo en grupo, el alivio de la ansiedad, la terapia de inhibición reactiva y la meditación han resultado superiores al no tratamiento solamente en medidas de MHP autoinformado.

39. La desensibilización semántica, la terapia de alivio respiratorio, la implosión imaginal y en vivo y la inundación en vivo han sido más eficaces que el no tratamiento o que otro tratamiento en medidas de autoinforme y observacionales, aunque sólo un estudio o como máximo dos han investigado cada uno de estos procedimientos.

40. La terapia-racional emotiva y el entrenamiento autoinstruccional se han mostrado superiores al no tratamiento y a grupos placebo en medidas de autoinforme y generalización, aunque de forma no sistemática. Por otra parte, el entrenamiento autoinstruccional aplicado en situaciones en vivo y la inoculación de estrés han resultado mejores que el no tratamiento en medidas de autoinforme y también en medidas observacionales, aunque en este último caso existen tanto resultados de superioridad como de no diferencia respecto al no tratamiento.

41. La desensibilización sistemática individual ha sido superior al no tratamiento en medidas de autoinforme y observacionales, pero no está claro que sea superior en medidas fisiológicas y de generalización. Cuando la comparación se ha hecho con los grupos placebo, los

resultados han variado según los estudios no sólo en las medidas fisiológicas y en las de generalización, sino también en las de autoinforme y en las de observación; es decir, en cada uno de estos tipos de medida se han obtenido tanto resultados de superioridad de la desensibilización sistemática individual respecto al placebo como resultados de no diferencias entre ambos.

42. Otras variantes de la desensibilización sistemática (tales como la desensibilización autoadministrada, la automatizada y la aplicada en grupo) y la desensibilización de enfrentamiento han conseguido reducir el MHP autoinformado en comparación con el no tratamiento, pero no está claro que sean eficaces en medidas observacionales y de generalización. Cuando las comparaciones se han hecho con grupos placebo, los resultados han sido menos satisfactorios. En el caso de la desensibilización sistemática en grupo, la técnica más investigada de las citadas en este párrafo, existe una falta de concordancia entre estudios respecto a su superioridad respecto al placebo en medidas de autoinforme y observación; además, no se ha encontrado ninguna o casi ninguna diferencia entre ambas condiciones en medidas fisiológicas y de generalización.

43. La exposición imaginal graduada no ha diferido del no tratamiento en medidas fisiológicas; sí lo ha hecho en medidas de autoinforme y observacionales, aunque los resultados han variado según los estudios. Por otra parte, la biorretroalimentación de la tasa cardíaca se ha mostrado superior a grupos placebo solamente en medidas fisiológicas.

44. El entrenamiento en hablar en público, la práctica en hablar en público (graduada o no) y la relajación aplicada en situaciones en vivo se han mostrado superiores al no tratamiento en medidas de autoinforme y observación.

45. La versión imaginal de una técnica (por ejemplo, inundación) ha resultado inferior a su versión en vivo.

46. En general, se han mostrado más eficaces los paquetes de tratamiento que combinan diversas técnicas con el fin de (a) incidir simultáneamente en dos o más de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, motor, fisiológico) que implica o puede implicar el MHP y (b) mejorar incluso las habilidades de hablar en público de los sujetos. Las técnicas combinadas de diversos modos han sido básicamente el entrenamiento en hablar en público, la relajación, el entrenamiento autoinstruccional, la práctica en vivo, la exposición imaginal y la desensibilización sistemática.

4. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DEL TRABAJO.

En el tratamiento conductual de la ansiedad, pueden clasificarse las técnicas correspondientes según el sistema de respuesta sobre el que pretenden incidir (Borkovec, 1976; Ost, Jerrelmalm y Johanson, 1981), sin olvidar, eso sí, que, debido a la interacción entre sistemas de respuesta, una intervención puede modificar también otros sistemas distintos a aquel al que va en principio dirigida (Deffenbacher, 1980; Emmelkamp, 1982b; Hollandsworth, Glazeski y Dressel, 1978; Morley, Shepherd y Spence, 1983; Trower, Bryant y Argyle, 1978).

Pues bien, como acabamos de exponer en el punto anterior, los paquetes de tratamiento que combinan técnicas dirigidas a los tres sistemas de respuesta parecen ser especialmente eficaces en el tratamiento del MHP; un paquete de este tipo es aquel que integra entrenamiento en hablar en público, relajación de enfrentamiento y entrenamiento autoinstruccional.

Estos programas de tratamiento multicomponentes han sido aconsejados por múltiples autores en diversas áreas (Aduna y Bolaños, 1983; Behnke y Beatty, 1981; Gil, 1984; Goldfried, 1979; Hollon y Beck, 1979; Kelly, 1982; Meichenbaum y Cameron, 1982; Nietzel y Bernstein, 1981; Rosenthal, 1980). Sin embargo, es posible que no todos los componentes de un programa sean necesarios o bien que difieran en cuanto a su importancia; por ello, es preciso llevar a cabo análisis de componentes de los paquetes de tratamiento para cada tipo de problema (Bassett y Boone, 1983; Bayés, 1984). De este modo, los resultados obtenidos podrían permitir una simplificación o una mejora del procedimiento investigado.

El objetivo primario de esta investigación consistió precisamente en realizar un análisis de componentes de un paquete de tratamiento similar a uno ya aplicado con éxito (Fremouw y Harmatz, 1975; Worthington y cols., 1984). Dicho paquete combinó el entrenamiento en

hablar en público, el entrenamiento en relajación de enfrentamiento aplicada en vivo y la reestructuración cognitiva aplicada en vivo. Esta última técnica integró el entrenamiento autoinstruccional con la discusión de los pensamientos desadaptativos; como se vió en el punto 3.2.2.18, no está claro todavía si puede prescindirse o no de este último elemento.

El análisis de componentes se llevó a término formando cuatro grupos:

- a) Reestructuración cognitiva aplicada + relajación aplicada + entrenamiento en hablar en público (paquete completo de tratamiento).
- b) Reestructuración cognitiva aplicada + entrenamiento en hablar en público (el paquete completo menos relajación).
- c) Reestructuración cognitiva aplicada + relajación aplicada (el paquete completo menos entrenamiento en hablar en público).
- d) Reestructuración cognitiva aplicada (el paquete completo menos los componentes de relajación y entrenamiento en hablar en público).

Estos cuatro grupos dieron lugar a un diseño factorial 2 x 2 con un factor Entrenamiento en Hablar en Público y un factor Relajación. Los dos niveles de ambos factores fueron SI y NO. En todos los grupos hubo reestructuración cognitiva aplicada.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que los resultados obtenidos con las distintas técnicas de reducción del MHP están en función de las condiciones en que estas han sido estudiadas y de las características metodológicas, deficientes en muchos casos, de los estudios que las han aplicado. Por ejemplo, ¿se habrían obtenido los mismos resultados caso de haberse aplicado tratamientos más largos o caso de haberse tomado medidas de significación clínica? Por todo esto, otro objetivo de la

presente investigación consistió en llevar a cabo el mencionado análisis de componentes cumpliendo, entre otros, una serie de requisitos que consideramos importantes y que han sido pasados por alto en todos o en la mayoría de estudios hasta la fecha. Estos requisitos fueron los siguientes:

- a) Utilización de tratamientos de mayor duración que la acostumbrada (17-20 horas en oposición a las 5 habituales o a las 16 máximas).
- b) Control de las tareas entre sesiones asignadas a los sujetos.
- c) Empleo de medidas de autoinforme, observacionales y fisiológicas. Ningún estudio de los que ha investigado el entrenamiento en hablar en público ha utilizado estas últimas.
- d) Obtención de datos de fiabilidad y validez de las medidas empleadas. Cálculo de índices más adecuados del acuerdo inter-observadores en ciertas medidas.
- e) Empleo de medidas de generalización, tanto de tipo autoinforme como obtenidas en el medio natural de los sujetos (mediante autorregistro y observación por compañeros).
- f) Obtención de medidas de significación clínica.
- g) Planificación de un seguimiento a largo plazo (1 año) con las mismas medidas empleadas en el postratamiento.
- h) Utilización de fuertes demandas en el pretratamiento para cubrir todo el tiempo de la charla y para dar esta del modo más calmado y competente posible. Se trató de evitar así una sobrestimación del cambio pre-post, la cual puede producirse al pasar de débiles demandas en el pretratamiento a (implícitamente) fuertes en el postratamiento.
- i) Empleo de fuertes demandas explícitas para el grupo de lista de espera también en el postratamiento.

- j) Evaluación de la confianza de los terapeutas en los distintos tratamientos que aplicaron.
- k) Supervisión de si los terapeutas administraron cada tratamiento tal como estaba planeado.
- l) Evaluación de las percepciones de los sujetos sobre las características y comportamiento de los terapeutas en distintos momentos a lo largo del tratamiento.
- m) Evaluación en distintos momentos a lo largo del tratamiento de la credibilidad de los sujetos en este y de las expectativas de mejora generadas por el tratamiento.
- n) Empleo de temas de charla en los distintos periodos de evaluación (pretratamiento, postratamiento, seguimiento) con un grado de dificultad empíricamente similar.
- ñ) Aplicación de análisis estadísticos de tipo multivariante.

Antes de describir la investigación principal en la que se llevó a cabo el análisis de componentes especificado en las páginas anteriores, detallaremos el estudio piloto que realizamos con la idea de conseguir dos objetivos básicos: (a) comprobar la adecuación de las medidas que se iban a emplear en la investigación principal y (b) valorar cuán apropiado era el procedimiento que se iba a seguir. Estos objetivos se explican en el punto siguiente.