

MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO

Arturo Bados

22 de mayo de 2015

ÍNDICE

NATURALEZA	1
EDAD DE COMIENZO Y CURSO	4
FRECUENCIA	5
PROBLEMAS ASOCIADOS	6
GÉNESIS Y MANTENIMIENTO	6
Génesis y desarrollo del miedo a hablar en público	6
Mantenimiento del miedo a hablar en público	8
EVALUACIÓN	11
Entrevista	11
Cuestionarios	12
Autorregistros	15
Observación	15
Registros psicofisiológicos	17
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	17
TRATAMIENTO MÉDICO	25
DESCRIPCIÓN DE UNA INTERVENCIÓN	25
Acuerdo sobre la conceptualización del problema e intervención	25
Entrenamiento en respiración controlada	26
Entrenamiento autoinstruccional y exposición gradual en vivo	27
Exposición gradual en vivo	30
Reestructuración cognitiva y exposición gradual en vivo	33
Entrenamiento en hablar en público (EHP)	40
Programa de mantenimiento	43
TABLAS	45
APÉNDICE: CÓMO AFRONTAR EL MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO	71
REFERENCIAS	75

NATURALEZA

Un gran número de personas tienen o tendrán a lo largo de su vida la oportunidad de hablar en público, ya sea para expresar una opinión ante una comunidad de vecinos, decir unas palabras en una celebración, exponer un trabajo o hacer una pregunta en clase, dar una conferencia, presentar un informe ante compañeros de trabajo, intervenir en una asamblea, etc. Hablar en público

en estas ocasiones, si se hace medianamente bien, trae consigo ventajas sociales (prestigio, aprobación), profesionales, económicas o de otro tipo. Sin embargo, aunque a muchas personas les gustaría poder expresar opiniones o intervenir en público, su falta de habilidades y/o su miedo a hablar en público (MHP) les retraen a la hora de hacerlo. Además, caso de verse presionadas a intervenir en público, tienden a evitar esto de un modo u otro y si no pueden conseguirlo, su actuación resulta notablemente deficiente.

Aunque sólo el 29% de las personas con mucho MHP son fóbicas sociales (Stein, Walker y Forde, 1996), las dificultades para hablar en público (DHP) constituyen un problema de interés. Esto es así especialmente en poblaciones en las que hablar en público es o debería ser un aspecto básico de la carrera o profesión; piénsese, por ejemplo, en estudiantes, enseñantes, ejecutivos, abogados, políticos, clérigos, etc. Así, no es difícil imaginar el impacto negativo que las DHP tienen en la participación en clases, seminarios, congresos y mesas redondas por parte de los estudiantes.

¿Qué se entiende por DHP? Este término puede indicar la existencia de MHP, de un déficit de habilidades para hablar en público o de ambas cosas (Marshall, 1981). El miedo o ansiedad se concibe como una etiqueta sumaria que implica tres componentes o sistemas de respuesta (cognitivo, motor y autónomo) que interactúan entre sí, aunque no tienen por qué correlacionar de un modo elevado. La aparición de estos componentes viene inducida por estímulos externos (socio-ambientales) e internos (cognitivos y fisiológicos) (Bados, 2001b).

Dentro del **sistema cognitivo** aparecen **dificultades para pensar** como imposibilidad de recordar cosas importantes, confusión, dificultad para concentrarse y dificultad para encontrar las palabras. Por otra parte, existe una tendencia a **centrar la atención en sí mismo**, concretamente en los síntomas somáticos y autónomos de ansiedad (especialmente los visibles), en las cogniciones y emociones negativas y en los propios errores. Además, pueden distinguirse varios temores básicos:

- Temor a ser observado.
- Temor a sentir mucha ansiedad y pasarlo fatal. Temor a tener un ataque de pánico. En el estudio de Hofmann, Ehlers y Roth (1995) el 83% de las personas con MHP habían tenido ataques de pánico en situaciones de hablar en público.
- Temor a no saber comportarse de un modo adecuado o competente (p.ej., miedo a decir cosas sin sentido, a cometer errores, a quedarse bloqueado).
- Temor a manifestar síntomas de ansiedad (rubor, sudoración, temblor de manos, voz temblorosa, bloqueo, vómito, ataque de pánico) que puedan ser vistos por los demás y/o interferir con la actuación.
- Temor a la crítica y a la evaluación negativa. La persona teme ser vista como ansiosa, incompetente, rara, inferior, poco interesante, aburrida, poco atractiva o estúpida. Hay también una hipersensibilidad ante la crítica cuando ocurre.
- Temor al rechazo, a ser dejado de lado por los demás como consecuencia de su evaluación negativa.

Se ha dicho que el temor a no poder alcanzar las elevadas metas autoimpuestas (miedo a la autoevaluación negativa) puede ser tan importante como el miedo a la evaluación negativa por parte de los demás. De todos modos, si bien esto es cierto en algunos casos, conviene tener en cuenta que, en general, el MHP parece estar asociado no con el **perfeccionismo personal** (fijación de normas personales excesivamente elevadas y tendencia a autocriticarse cuando no se alcanzan), sino con el **perfeccionismo socialmente prescrito** (normas basadas en las expectativas que se cree tienen los demás y que no tienen por qué coincidir con las propias).

Estos temores se ponen de manifiesto en una serie de **pensamientos negativos frecuentes** que impiden concentrarse en la tarea. Ejemplos típicos pueden ser los siguientes: “Si hablo, quedaré en ridículo”, “diré cosas sin sentido”, “hablar en público es horrible”, “van a criticar todo lo que yo diga”, “estoy muy nervioso, no puedo seguir”, “me quedará bloqueado”, “yo no valgo para esto”, “me temblarán las piernas”, “meteré la pata”, “seguro que no les interesa lo que voy a decir”, “se darán cuenta de lo nervioso que estoy”, “me tiemblan las manos, mala señal”, “no soy capaz de coordinar mis pensamientos”, “el corazón me va a mil”, “lo he hecho fatal, soy un desastre”, etc.

Los pensamientos negativos reflejan también una serie de **errores cognitivos típicos**:

- **Valoración no realista de lo que se espera de uno** (lo que puede favorecer las metas perfeccionistas).
- Subestimación de las propias **capacidades** y sobrestimación de la probabilidad de cometer **errores** importantes.
- Sobrestimación del grado en que los **otros se dan cuenta** de los síntomas externos de ansiedad.
- Expectativas no realistas sobre las **respuestas de los otros** a las manifestaciones de **ansiedad**.
- Sobrestimación de la probabilidad e intensidad de la **crítica y rechazo**.
- Creencia de que uno está **actuando mal porque se siente mal** y, en general, que los demás le perciben a uno tal como uno se percibe y se siente.
- Atención selectiva a las **reacciones negativas** de los demás hacia uno y falta de atención a las reacciones positivas.
- Interpretaciones **sesgadas** y negativas de **comportamientos de los demás**; así, percibir crítica y desaprobación donde no las hay o exagerar su grado de intensidad u ocurrencia.
- Evaluación excesivamente negativa de la **propia actuación**, exageración de los **errores** y de la ansiedad y minimización de los **logros** propios.
- Sobrevaloración de la **importancia de la crítica** o evaluación negativa por parte de los demás (p.ej., creer que implica rechazo o que es debida a características negativas de uno mismo).
- Exageración de la importancia de los **errores** cometidos.
- Atribución de los **éxitos a factores externos**.
- **Recuerdo** selectivo de las experiencias **negativas**.

Los errores cognitivos, los temores básicos y el comportamiento de los fóbicos a hablar en público reflejan una serie de **supuestos cognitivos** como los siguientes: “si no lo hago perfectamente, nadie querrá contar conmigo”, “si me quedo en blanco al hablar, la gente pensará que soy un incompetente”, “soy aburrido”, “todo el mundo tiene más seguridad en sí mismo que yo”, “la gente es básicamente crítica y competitiva”.

En el **sistema motor** pueden considerarse las conductas de **escape y evitación** de las situaciones de hablar en público y, cuando la evitación no es posible, cambios somáticos como tensión muscular elevada y respiración difícil y **perturbaciones en la actuación** (muecas faciales, expresión de miedo, sonrisa o risa inapropiada, parpadeo excesivo, inexpresividad facial, voz tensa o temblorosa, voz monótona, voz baja, manos temblorosas, manos refrenadas, gestos de inquietud, tartamudeo, vocalización deficiente, bloqueos de la charla, equivocaciones frecuentes, incoherencias, postura rígida o cerrada, encogimiento postural, contracciones nerviosas, etc.). Cuando las circunstancias impiden soslayar la situación temida, pueden aparecer **conductas defensivas** tales como beber alcohol antes de la charla, leer las notas, evitar totalmente el contacto visual con el público, acabar lo antes posible, etc.

Finalmente, en el **sistema autónomo** pueden distinguirse reacciones como taquicardia/palpitations, temblor (voz, manos), sudoración, sonrojamiento, tensión muscular, malestar gastrointestinal (p.ej., sensación de vacío en el estómago, diarrea), boca seca, dificultad para tragar y urgencia urinaria. Las personas con MHP asignan a estos síntomas una mayor frecuencia e intensidad que la que observan otras personas en ellas. En ocasiones estos síntomas de ansiedad pueden alcanzar rápidamente una intensidad suficiente como para ser considerados ataques de pánico.

Los **fóbicos a hablar en público** presentan una menor ansiedad subjetiva, pero una mayor respuesta cardíaca ante su situación temida que los **fóbicos sociales generalizados** ante una situación de interacción social. Además, en comparación a los pacientes con fobia social generalizada, aquellos con fobia social circunscrita presentan menor ansiedad subjetiva, pero mayor ritmo cardíaco antes y durante situaciones de hablar en público; de hecho, los primeros no se diferencian de los sujetos control en activación fisiológica (véase, p.ej., Hofmann et al., 1995, los cuales ofrecen también explicaciones tentativas de la discordancia entre la ansiedad subjetiva y fisiológica).

En contraste con los datos anteriores, los estudios con **poblaciones análogas** no han encontrado, en promedio, diferencias en tasa cardíaca, presión sanguínea y conductividad de la piel entre los grupos de poco y mucho MHP (Bados, 1987a, 1987b). Esto sugiere –caso de confirmarse, ya que unos pocos estudios sí que han hallado diferencias fisiológicas–, que las personas con mucho MHP no es que se activen más fisiológicamente al hablar en público, sino que son más conscientes o están más pendientes de su activación fisiológica y la interpretan más como perturbadora que como facilitadora. Otra posible explicación, apoyada por los datos de Beatty y Behnke (1991), es que existen diferencias psicofisiológicas entre ambos grupos, pero que estas sólo se ponen de manifiesto en condiciones de hablar en público de leve a moderadamente estresantes (pocos miembros en el auditorio, ausencia de consecuencias de la charla), mientras que no ocurre así en condiciones muy estresantes.

La intensidad de cada uno de los componentes del MHP varía según las personas; algunas no notan reacciones corporales apreciables, mientras que muchas otras sienten reacciones muy fuertes. Incluso, en ocasiones, algún elemento puede no estar presente; hay personas que a pesar de sentir un intenso miedo a nivel cognitivo y somático, son capaces de hablar en público mostrando una actuación casi perfecta.

En cuanto a las **habilidades requeridas** para hablar en público, son de tipo cognitivo y motor (contenido verbal, aspectos vocales y otros aspectos no verbales). Ejemplos de estas habilidades son adecuar la charla al auditorio y a la situación, hacer una introducción que capte la atención, emplear material de apoyo (ejemplos, analogías, estadísticas, etc.) para sustentar lo que se dice y hacerlo interesante, expresar las ideas de forma clara y sistemática, mirar al público, modular la voz, y percibir e interpretar correctamente las reacciones del auditorio y responder adecuadamente a las mismas (Bados, 1991; Gregory, 1993; Verderber, 1999/2000). La **tabla 1** presenta algunos de los errores más comunes a la hora de hacer una exposición en público, errores normalmente indicativos de un déficit de habilidades.

EDAD DE COMIENZO Y CURSO

El MHP puede aparecer **bruscamente** tras una experiencia estresante o humillante, aunque esto no parece ser frecuente; lo más usual es que se desarrolle de una forma **más lenta** y aparezca hacia el **final de la niñez o en la adolescencia**. En el trabajo de Stein, Walker y Forde (1996) con una muestra comunitaria canadiense de 499 personas, el 50% de aquellos con mucho MHP in-

formó que este había comenzado antes de los 13 años, un 75% antes de los 17 y un 90% antes de los 20. Hofmann, Ehlers y Roth (1995) hallaron en una muestra clínica que la edad media de comienzo fue **13,1 años**. Hay datos de que en la adolescencia el miedo a hablar en público aumenta significativamente con la edad: es mayor a los 15-17 años que a los 12-14.

La **adolescencia es un periodo crítico** ya que cada persona va a verse sometida a un proceso de evaluación por el resto de los miembros de su grupo de iguales y va a tener que establecer su papel y su lugar en un sistema social distinto al de la familia. En comparación a la niñez, no sólo hay más demandas sociales (nuevo ambiente escolar, nuevas amistades), sino que el mayor desarrollo cognitivo permite ser mucho más consciente de la discrepancia entre cómo uno se ve a sí mismo y cómo uno cree que lo ven los demás (aunque esta capacidad puede desarrollarse ya a partir de los 8 años de edad). Los adolescentes más vulnerables a las situaciones de estrés pueden responder con ansiedad y evitación a las situaciones sociales.

El problema suele ser **crónico**, aunque a veces remite total o parcialmente en la vida adulta. La fobia a hablar en público **puede aparecer también por vez primera en la vida adulta** cuando, por ejemplo, el cambio o promoción laboral obligan a realizar una actividad (hablar en público) que antes no se tenía la necesidad de hacer.

FRECUENCIA

La experiencia personal enseña que el MHP es un miedo frecuente y esto es corroborado por diversos estudios. Al menos un **20-30% de los estudiantes universitarios** (Bados, 1992; D'El Rey y Pacini, 2005; Lane y Borkovec, 1984; Lang et al., 1983) y un **34% de la población comunitaria** (Stein, Walker y Forde, 1996) informan tener un **gran MHP**. El MHP intenso parece **más frecuente entre las mujeres**; en el estudio de Stein, Walker y Forde (1996) fue informado por el 42,4% de las mujeres y por el 21,8% de los hombres. Por otra parte, el MHP es uno de los miedos más intensos en poblaciones diversas como universitarios, pacientes ansiosos y adultos en general (Bados, 1992). Intervenir o hablar en público es considerado por adultos y adolescentes como una de las situaciones sociales más difíciles (Grant et al., 2005; Stein, Walker y Forde, 1994).

Por otra parte, y como podrá imaginarse, **casi todos los fóbicos sociales tienen un gran MHP, aunque sólo un 29% de las personas con MHP** experimentan a consecuencia del mismo la suficiente interferencia en su funcionamiento social, laboral o académico o el suficiente malestar intenso como para recibir un diagnóstico de **fobia a hablar en público** (Stein, Walker y Forde, 1996). El porcentaje de **fóbicos a hablar en público** localizado por estos últimos autores en una muestra comunitaria fue del **9,8%**; el 4,6% presentaron el problema sólo a la hora de hablar delante de un público numeroso, mientras que el 5,2% lo presentaron también al hablar enfrente de un grupo pequeño de conocidos. Así pues, muchas personas con fobia a hablar delante de un gran auditorio no tienen problema, o no lo tienen suficientemente grave, a la hora de hablar delante de un grupo pequeño de gente conocida.

En estudios con criterios DSM-III-R, la prevalencia vital de fóbicos puros a hablar en público ha oscilado entre 2,6% y 5,1%. En cambio, con criterios DSM-IV, Grant et al. (2005) hallaron que aunque el 90% del 5% de los fóbicos sociales localizados tenían fobia a hablar en público (prevalencia vital del 4,5%), sólo un 0,2% presentaba una fobia circunscrita sólo a hablar en público.

En un estudio con 243 escolares españoles de 6 a 17 años y de clase media, Bragado et al. (1996) encontraron una frecuencia de fobia a hablar en público del 4,1%. Por edades, 1,3% a los 6-9 años, 4,8% a los 10-13 años y 6,3% a los 14-17 años.

PROBLEMAS ASOCIADOS

En comparación a las personas con poco MHP, aquellas con mucho MHP presentan una mayor **ansiedad social, se describen a sí mismas en términos menos favorables (tímidas, indecisas, susceptibles, cohibidas, faltas de habilidad) e informan de un peor ajuste social** (Bados, 1987a, 1987b). De todos modos, ciertas características personales (neuroticismo, introversión, inhibición conductual ante lo no familiar en los primeros años de vida, timidez, susceptibilidad a la evaluación social) frecuentes en los fóbicos sociales generalizados suelen darse en menor medida en el MHP y en la fobia a hablar en público circunscrita.

GÉNESIS Y MANTENIMIENTO

GÉNESIS Y DESARROLLO DEL MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO

Basándonos sobretudo en investigaciones de la fobia social, podemos decir que el desarrollo del MHP puede verse facilitado por una serie de factores:

- **Experiencias negativas** directas o vicarias en situaciones de hablar en público (críticas, ridículo, burlas, quedarse en blanco, ataques de pánico). Los efectos de las experiencias negativas dependen de factores como su frecuencia, gravedad, ocurrencia en periodos de estrés y, entre otras variables (p.ej., bajo umbral de activación fisiológica y lentitud en la reducción de la activación), el tipo y magnitud de la experiencia previa (directa o vicaria) con las situaciones de hablar en público. Una crítica feroz por parte de un miembro del auditorio no tendrá el mismo efecto en la persona que habla por primera vez en público que en la que ha hablado ya muchas veces. En el estudio retrospectivo de Hofmann, Ehlers y Roth (1995) el 83% de las personas con MHP habían tenido ataques de pánico en situaciones de hablar en público, pero estos ataques sólo estuvieron presentes al comienzo del problema en el 13%. Por otra parte, las experiencias traumáticas directas, pero no las vicarias, al hablar en público fueron informadas más frecuentemente por los fóbicos a hablar en público que por los sujetos control, pero en ningún caso precedieron al origen de la fobia, sino que la siguieron (85%) u ocurrieron al mismo tiempo (15%). Si esto es así, estas experiencias negativas contribuirían al mantenimiento del MHP, pero no a su origen.
- Proceso de **atribución errónea o condicionamiento supersticioso** (asociación accidental): se experimenta ansiedad, pánico o sensaciones somáticas similares a las de ansiedad (p.ej., un mareo) en situaciones de hablar en público que pasan a ser temidas, pero dicha ansiedad ha sido provocada por otras circunstancias estresantes –tales como conflictos familiares, maritales o laborales– que la persona no ha sabido manejar o por otros factores accidentales (problemas médicos, cambios hormonales, hipoglucemia, fármacos/drogas). Algunos autores (Forsyth y Eiffert, 1996), pero no otros (Menzies y Clarke, 1995) consideran este proceso como un ejemplo de condicionamiento clásico; los primeros arguyen que lo fundamental en este no es la asociación de un estímulo neutro con un estímulo incondicionado doloroso o traumático, sino la asociación del estímulo neutro con una respuesta corporal intensa negativamente valorada.
- **Información negativa** de otros sobre experiencias de hablar en público. Esto no es informado más frecuentemente por los fóbicos a hablar en público que por los sujetos control (Hofmann, Ehlers y Roth, 1995).

- **Falta de experiencia de hablar en público y de habilidades de hablar en público**, producida, por ejemplo, por una educación inhibidora, por falta de modelos adecuados o por carencia o nulo fomento de oportunidades.
- **Existencia de una ansiedad social generalizada**. Esta puede ser favorecida por diversos factores:
 - a) **Preparación evolutiva para temer las expresiones faciales de ira, crítica y rechazo**, preparación que facilitaría el orden social dentro del grupo al establecer jerarquías de dominancia. Se ha comprobado que es mucho más fácil condicionar miedo –o, al menos, hacerlo más resistente a la extinción– a las expresiones faciales citadas que a caras felices o neutrales. Este efecto de condicionamiento se obtiene sólo cuando las caras miran directamente a la persona, lo que indica la importancia del contacto ocular. Además, una vez condicionadas las respuestas de miedo, estas son producidas incluso por presentaciones de las expresiones faciales a nivel subliminal; esto indica que **no es necesaria una detección consciente** de dichas expresiones, sino que las respuestas de miedo se activan a un nivel simplemente preatencional.

La teoría de la preparación biológica de las fobias tiene una serie de **problemas** y limitaciones. Por ejemplo, si no se especifica claramente cuál es la base biológica de la preparación, este concepto resulta circular, ya que se infiere de aquello que pretende explicar (selectividad de las situaciones temidas). Una alternativa es considerar que la selectividad de las situaciones fóbicas puede explicarse, al menos en parte, mediante factores ontogenéticos tales como variables socio-culturales (connotaciones negativas que tienen ciertos estímulos), experiencias pasadas de las personas con las situaciones fóbicas y expectativas y creencias sobre covariaciones entre acontecimientos.

La teoría de la preparación requiere que el estímulo potencialmente fóbico se asocie al menos una vez con una experiencia aversiva. En cambio la **explicación no asociativa** de Menzies y Clarke (1995) mantiene que, dados ciertos procesos madurativos y experiencias normales de desarrollo, existen muchos estímulos evolutivamente prepotentes que generan miedo en la mayoría de las personas al primer encuentro sin necesidad de ningún aprendizaje asociativo, ya sea directo o indirecto (vicario, transmisión de información). La respuesta de miedo se debilita cuando hay exposiciones repetidas y no traumáticas a las situaciones temidas (habituaación). Por otra parte, las fobias pueden volver a surgir (deshabituaación) tras la ocurrencia de acontecimientos estresantes graves o ciertos trastornos fisiológicos. La explicación no asociativa no descarta que haya miedos que puedan ser adquiridos asociativamente. Una crítica de esta teoría puede verse en Merckelbach et al. (1996).

- b) **Mayor capacidad innata para reconocer la amenaza social y responder sumisamente a la misma**. Este sería un fenómeno de la evolución filogenética por el que ciertas personas percibirían e interpretarían ciertas señales sociales (especialmente expresiones faciales) en términos de amenaza y mostrarían una conducta sumisa que les permitiría tanto evitar el enfrentamiento con los miembros dominantes del grupo como permanecer dentro de la seguridad del grupo.
- c) **Bajo umbral de activación fisiológica y lentitud en la reducción de la activación** que quizá se transmitan genéticamente. Esto puede dificultar el proceso de habitua-

ción a situaciones nuevas o amenazantes, facilitar la conciencia de uno mismo o autoconciencia (véase más abajo), interferir en la actuación social y favorecer así la evitación directa o sutil de situaciones sociales. Esta mayor activación fisiológica ha sido ligada al factor temperamental denominado **inhibición conductual ante lo no familiar**, el cual a su vez ha sido relacionado con variables de personalidad tales como la introversión y el neuroticismo.

- d) **Progenitores sobreprotectores (hipercontroladores), muy exigentes, poco o nada afectuosos**, que no apoyan a sus hijos inhibidos, que utilizan la vergüenza y el “qué pensarán” como técnicas educativas y disciplinarias, y que incluso muestran actitud de rechazo. Unos padres muy exigentes pueden favorecer el desarrollo de una conciencia excesiva de sí mismo, de metas perfeccionistas y de la creencia de que los otros son inherentemente críticos.
- e) **Falta de experiencia social y de habilidades sociales**, producida, por ejemplo, por una educación inhibidora de las relaciones sociales, por aislamiento del niño y la familia, por falta de modelos adecuados o por carencia o nulo fomento de oportunidades.
- f) **Experiencias negativas** en situaciones sociales (burlas, desprecio, ridículo, rechazo, marginación, intimidación, castigo e incluso ataques de pánico), las cuales interactuarían con variables temperamentales y de personalidad..
- g) **Observación de experiencias sociales negativas o de ansiedad social** en los padres o familiares significativos.
- h) El **desarrollo excesivo de la conciencia pública de uno mismo** (darse cuenta de sí mismo como objeto social) en los últimos años de la infancia o primeros de la adolescencia puede conducir a una autoevaluación excesiva y acentuar la timidez previamente existente; incluso puede favorecer la aparición de la timidez por vez primera. En ambos casos aparecen claramente desarrollados la conciencia de sí mismo como objeto de evaluación y el miedo consciente a la evaluación cognitiva. La conciencia de sí mismo es la disposición a focalizar la atención sobre uno mismo, ya sea sobre las **conductas privadas** (sentimientos, pensamientos) o **públicas** (aparición, comportamiento motor, contenido verbal), pero sin que esto implique necesariamente ponerse ansioso.

Hofmann, Ehlers y Roth (1995) pidieron a 30 personas que escogieran la razón más importante entre 14 razones para su fobia a hablar en público. Las respuestas más frecuentes fueron las siguientes: a) ataque de pánico (33%), b) experiencias traumáticas (situaciones de hablar en público extremadamente desagradables) (17%), c) miedo a la evaluación negativa (13%), d) ser tímido y socialmente ansioso (7%), e) dificultades para expresarse y formular las propias ideas (7%), f) ser generalmente ansioso (7%), y g) no haber tenido bastante entrenamiento (7%).

MANTENIMIENTO DEL MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO

La **figura 1** ofrece un modelo del desarrollo y mantenimiento del MHP, mientras que la **figura 2** se centra sólo en el mantenimiento del MHP una vez adquirido. A continuación se explican los distintos factores que pueden estar implicados en el mantenimiento del MHP, aunque conviene tener en cuenta que existen **variaciones individuales** en cuanto al tipo y fuerza de los factores implicados; así, los déficits de habilidades y las metas perfeccionistas pueden estar ausentes o ser

más o menos importantes según los casos (Bados, 2001b).

La anticipación de las situaciones temidas origina **percepción de peligro social, expectativas negativas** de que uno no sabrá desempeñarse y manifestará signos de ansiedad, lo cual conducirá a ser evaluado negativamente y a sufrir consecuencias como la humillación por parte de los demás, el rechazo o el ser considerado inferior. Estas expectativas negativas, conscientes e inconscientes, dan lugar a una **ansiedad** más o menos marcada según el grado de deterioro anticipado en el desempeño, la importancia que uno da a las consecuencias previstas de su actuación y la proximidad e inevitabilidad de la situación. En ocasiones, la persona puede darse cuenta antes de la experiencia física y emocional de ansiedad que de sus expectativas negativas.

El **grado de peligro percibido y la intensidad de la ansiedad en las situaciones** de hablar en público **dependen** de una serie de **dimensiones** de las mismas tales como tamaño del auditorio; edad, sexo, estatus y nivel de conocimientos de los miembros del auditorio; grado en que se conoce al auditorio; grado de dificultad del tema a exponer; nivel de preparación de la intervención y duración de la misma; formalidad de la situación; disponibilidad de notas; posición en que se habla (sentado, de pie); posibilidad de tener que contestar preguntas; presencia o no de mobiliario (mesa, atril); y reacción del auditorio (indiferencia, desinterés, crítica, evaluación).

Las expectativas negativas y la ansiedad anticipatoria suelen conducir a la **evitación** de las situaciones temidas, ya sea de un modo total o exponiéndose a las mismas, pero manifestando **conductas defensivas** (leer las notas, no mirar al público, acabar lo antes posible, abandonar la situación) tendentes a minimizar la ansiedad y prevenir las supuestas consecuencias negativas. Con la conducta de evitación o las conductas defensivas, se **previene o reduce la ansiedad** a corto plazo y **la persona cree que evita o minimiza la ocurrencia de consecuencias aversivas** (crítica, rechazo, humillación, perder el control, manifestar ansiedad delante de otros). Sin embargo, también **se mantienen las expectativas negativas**, ya que la persona atribuye la no ocurrencia de las consecuencias temidas a la evitación o a las conductas defensivas. Además, algunas de estas últimas pueden tener **otros efectos negativos** como aparecer como menos cordial y amable (p.ej., si no se mira a los otros), atraer la atención hacia la propia ansiedad e interferir con la actuación.

Si las situaciones temidas no se evitan (p.ej., la motivación inicial para entrar en ellas es más fuerte que la amenaza percibida) o no se pueden evitar, las expectativas negativas generan **ansiedad** (síntomas corporales, afectivos y cognitivos), **conductas defensivas** y una **atención selectiva** hacia los síntomas somáticos y autónomos de ansiedad (especialmente los visibles), cogniciones y emociones negativas, comportamiento propio erróneo y, en menor medida, reacciones negativas de los otros o interpretadas como negativas; es probable que estas sean atendidas en un primer momento y evitadas después, o bien evitadas o reducidas ya desde el comienzo no mirando a los otros o mirándoles mucho menos. Al mismo tiempo, se dejan de percibir o se minusvaloran los logros propios y las reacciones positivas o neutrales de los demás. De este modo, **la atención se centra básicamente en uno mismo** (especialmente en los síntomas somáticos y autónomos) y en ciertas reacciones de los otros más que en la tarea que se tiene entre manos (dar la charla). Sin embargo, en algunos casos el fuerte deseo de dar una imagen positiva puede llevar a las personas a compensar la interferencia intentando, por ejemplo, concentrarse en la tarea, emplear autoinstrucciones de calma y de revalorización y/o ver algo más objetivamente la probabilidad y gravedad de las consecuencias temidas.

A partir principalmente de los síntomas autónomos y somáticos atendidos —especialmente los visibles (p.ej., sudor, temblor de voz)—, pero también de las emociones sentidas, los posibles errores propios detectados (p.ej., una frase considerada inadecuada o un pequeño bloqueo), determinadas reacciones percibidas de los otros (p.ej., fruncimiento de ceño, silencios, miradas,

desacuerdo) e información almacenada en la memoria (experiencias previas en situaciones similares, retroalimentación previamente recibida de otros, imagen física de uno mismo), las personas van formándose una **impresión de cómo creen que son percibidas por los otros**. De este modo, asumen que el modo en que se sienten y perciben es el modo en que son percibidas; para ellas, sentirse humilladas o fuera de control es ser humilladas o estar visiblemente fuera de control y sentir que están sudando mucho equivale a que los demás se dan cuenta de que están sudando excesivamente. Sin embargo, esta impresión, que puede ir acompañada de imágenes, no es realista, sino que implica una exageración negativa de determinadas características o aspectos personales o de su importancia.

La **impresión formada**, la cual se va actualizando según va variando la información a la que se atiende, **va siendo comparada con las normas esperadas** que se presupone tienen los otros en la situación considerada; la discrepancia entre ambos aspectos determina la **probabilidad percibida de evaluación negativa** por parte de los otros y las **consecuencias sociales que se cree tendrá dicha evaluación**. Cuanto mayores percibe la persona esta probabilidad y consecuencias, más se facilitan sus conductas defensivas y mayor es la ansiedad resultante, con sus componentes somáticos (temblores), autónomos (sudoración, sonrojamiento), afectivos (miedo, inquietud) y cognitivos (dificultades para pensar); tanto unos como otras vuelven a ser centro de la atención selectiva.

Todo el proceso anterior implica una serie de **interpretaciones negativas y errores cognitivos**; así, por ejemplo, los errores propios (incluso los pequeños) y los síntomas de ansiedad son vistos como signos de ineptitud y fracaso y como evidencia de que se va a producir o se está ya produciendo una mayor o menor evaluación negativa y rechazo por parte de los demás. De este modo, independientemente de lo adecuada que sea la actuación social, la persona hace interpretaciones en términos de fracaso en respuesta a señales sutiles y no atiende a lo que está sucediendo realmente en la situación. Esto puede explicar en parte por qué se mantiene la ansiedad social a pesar de una actuación social adecuada.

Uno puede preguntarse **por qué se mantiene este estilo de procesamiento disfuncional**. Dos posibles razones avanzadas por Clark y Wells (1995) son: a) En la mayoría de las situaciones sociales hay pocas señales que proporcionen información no ambigua sobre cómo nos ven los demás; y si se tiene una mayor necesidad de saber lo que los otros piensan de uno, esto intensificará un fenómeno que también se da en mucho menor grado en las personas normales: basar la percepción de cómo los demás le ven a uno en las propias autopercepciones. b) Muchas de las acciones que pueden hacerse para obtener más información de cómo nos ven los demás (mayor contacto ocular, preguntar por las reacciones a lo que uno ha dicho o hecho) son muy ansiógenas para las personas con MHP ya que consideran que aumentan el riesgo de evaluación negativa. Una posible tercera razón, es que cuando las personas con MHP reciben retroalimentación positiva por parte de los demás, tienden a descartarla por juzgar que les están engañando o siendo demasiado benevolentes.

La intensificación de las expectativas e interpretaciones negativas mantiene o facilita las conductas defensivas e incrementa la ansiedad, con lo cual puede dificultarse aún más la actuación y aumentar las interpretaciones de fracaso y evaluación negativa. Aparece así una **actuación insatisfactoria** subjetiva (que implica normalmente una subvaloración de la propia actuación) y, muchas veces, también real (bloqueos, incoherencias, voz temblorosa, etc.). En este último caso, y según los fallos cometidos, puede haber **reacciones negativas** por parte de los otros, lo cual confirma aún más las expectativas negativas. Incluso algunas de estas reacciones puede producir un incremento de la ansiedad a un nivel puramente preatencional, como ya se comentó en el apartado de la génesis del MHP. La atención selectiva a la propia actuación insatisfactoria, subjetiva o real, y a las reacciones negativas de los otros agrava las expectativas negativas, la ansiedad y las

conductas defensivas (incluido el escape). A la baja actuación puede contribuir también un **déficit de habilidades** sociales motoras.

La actuación insatisfactoria, real o percibida, favorece no sólo un incremento de la ansiedad, sino también las **conductas defensivas** en la situación. Esto produce un alivio temporal de la ansiedad, pero impide la invalidación de las expectativas negativas y puede influir negativamente en la propia actuación social y en las respuestas de los otros. De este modo, persisten o se fortalecen las expectativas negativas y la probabilidad de evitaciones futuras y se mantiene o incrementa el posible déficit de habilidades.

Clark y Wells (1995) han señalado que tras una interacción social la ansiedad se reduce rápidamente puesto que ya no hay peligro. Pero muchas veces, debido a la propia naturaleza de las situaciones sociales, los fóbicos no reciben signos claros de aprobación social; de este modo, no es raro que **revisen la interacción en detalle** y presten particular atención a aquello que procesaron más detalladamente durante la situación: sus síntomas de ansiedad y autopercepciones negativas. En consecuencia, **terminan viendo la interacción como mucho más negativa de lo que realmente fue**; esto, por una parte, ocasiona una sensación de vergüenza que persiste tras la reducción de la ansiedad, y, por otra, se añade a la lista de fracasos previos, los cuales serán recordados previamente a las intervenciones subsecuentes en público, además de contribuir al mantenimiento de las expectativas negativas.

Por otra parte, si se evita el hablar en público o se hace mal, lo más probable es que se dejen de recibir propuestas al respecto o que se pierdan ciertas ventajas sociales, académicas y profesionales. El MHP puede producir, en función de su gravedad y de las circunstancias en que se desenvuelve cada persona, **sentimientos de insatisfacción e inconvenientes de tipo social, académico o profesional** (p.ej., no poder encontrar trabajo o cambiar de trabajo). Así, Stein, Walker y Forde (1996) hallaron que en comparación a las personas con poco MHP, aquellas con mucho MHP es menos probable que ganen salarios altos y hayan proseguido los estudios después de la secundaria, y es más probable que estén desempleadas.

Cuando están presentes y son especialmente graves, los citados inconvenientes impulsan a una persona a buscar tratamiento para su problema. Sin embargo, una persona con DHP que en el momento presente no sufre contrariedades notables a causa de las mismas y no hace nada al respecto puede encontrarse con el surgimiento o agravamiento de dichas contrariedades en un futuro más o menos próximo al cambiar sus circunstancias. De este modo, un estudiante de derecho o psicología puede ver como sus DHP le coartan en el futuro una salida profesional que exige intervenir en público.

EVALUACIÓN

Expondremos brevemente aquellos medios de evaluación que pueden resultar más útiles. Una revisión más amplia de los diferentes instrumentos utilizados en la evaluación de las DHP puede verse en Bados (1992) y Granell y Feldman (1990).

ENTREVISTA

La entrevista es uno de los procedimientos fundamentales a utilizar con las personas que solicitan ayuda, aunque su empleo puede no ser necesario cuando se ofrecen programas estándar encaminados a abordar las DHP. Al igual que con otros trastornos, debe obtenerse **información sobre los siguientes aspectos**: conductas problemáticas a nivel cognitivo (p.ej., expectativas de

ridículo), motor (p.ej., bloqueos) y autónomo (p.ej., palpitaciones), incluyendo su intensidad, frecuencia y/o duración; condiciones que agravan o reducen las DHP (p.ej., número y estatus del auditorio); antecedentes y consecuentes (externos e internos) de las conductas problemáticas; características personales que pueden influir sobre dichas conductas (p.ej., ansiedad social); interferencia de las DHP en la vida social, académica y/o laboral de la persona; historia del problema; intentos realizados para superar las DHP y resultados logrados; motivación, expectativas y objetivos de la persona; y recursos y limitaciones de la misma.

CUESTIONARIOS

Los cuestionarios constituyen un segundo procedimiento ampliamente utilizado y pueden distinguirse **dos tipos**. En el primero se encuadran aquellos que proporcionan información bastante retrospectiva sobre el miedo a hablar en público. El más empleado es el Informe Personal de Confianza como Orador de Paul (1966), descrito más abajo. Otra posibilidad es el Inventario de Rasgo de Miedo a Hablar en Público de Lamb (1972), también comentado un poco más abajo. Otro cuestionario con una mayor especificidad situacional y de respuesta es el Inventario de Ansiedad E-R de Endler, Hunt y Rosenstein (1962) en el cual se cambian las situaciones originales por otras que hagan referencia a hablar en público y que pueden estar individualizadas para cada persona (véase un ejemplo en Bados, 1992). Los 14 modos de respuesta pueden ser sustituidos por los 9 propuestos posteriormente por Endler y Okada (1975), los cuales se agrupan en las categorías de temor, agrado/aproximación y activación autónoma. Como información adicional, la persona también podría indicar su grado estimado de habilidad y su percepción de autoeficacia en cada una de esas situaciones.

- **Informe Personal de Confianza como Orador** (*Personal Report of Confidence as a Speaker, PRCS*; Paul, 1966). Evalúa las respuestas afectivas, cognitivas y conductuales del miedo a hablar en público. Consta de 30 ítems valorados como verdadero/falso y referidos a la charla más reciente, aunque su redacción gramatical hace pensar más en una medida de tipo rasgo que de tipo estado. El instrumento original puede consultarse en Comeche, Díaz y Vallejo (1995) y una versión con escala de respuesta de 1 (completamente de acuerdo) a 6 (completamente en desacuerdo) y haciendo referencia al miedo a hablar en público en general, en Bados (2001b).

Méndez, Inglés e Hidalgo (1999) aplicaron esta última versión (PRCS-M o PRCS modificado) a 799 estudiantes de 16 a 18 años y estudiaron sus propiedades psicométricas. Como resultado han propuesto una versión abreviada con seis ítems directos y seis inversos. Este **PRCS-12** correlaciona muy alto con el PRCS (0,87) y presenta dos factores débilmente correlacionados (-0,29): seguridad/disfrute al hablar en público y miedo a hablar en público. Méndez, Inglés e Hidalgo (2004) han estudiado las propiedades psicométricas del PRCS-12, han confirmado su estructura bifactorial y presentan datos normativos por sexo y edad para 788 adolescentes de 12 a 17 años. Gallego et al. (2009) también han hallado una estructura de dos factores con el PRCS-M en adultos.

Hook et al. (2008) hallaron una estructura de dos factores con el PRCS, aunque los dos factores parecen estar más basados en la polaridad de los ítems (directos e inversos) que en la existencia de dos dimensiones diferentes. Estos autores construyeron una versión abreviada con 12 de los ítems directos (PRCS-SF). Martínez-Pecino y Durán (2013) han estudiado las propiedades psicométricas de la versión española del PRCS-SF, aunque con una escala de respuesta de 1 a 6 en vez de dicotómica.

- **Inventario de Rasgo de Miedo a Hablar en Público** (*Trait Speech Anxiety Inventory*,

TSAI; Lamb, 1972). Consta de 28 ítems valorados en una dimensión de frecuencia con una escala de 1 a 4 y mide el miedo a hablar en público que una persona siente en general. Puede consultarse en Bados (1991).

- **Informe Personal de Aprensión a la Comunicación** (*Personal Report of Communication Apprehension, PRCA-24*; McCroskey, 1982). Es un cuestionario que, aparte de tener una subescala de miedo a hablar en público, trata de medir aprensión a la comunicación en general a través de 24 ítems valorados de 1 a 5 según el grado en que se está de acuerdo con ellos. Además de una puntuación total, pueden obtenerse cuatro subpuntuaciones según el contexto en el que se da la aprensión a la comunicación: discusiones en grupo, reuniones (o clases), interacciones diádicas y hablar en público.
- **Cuestionario de Autoverbalizaciones al Hablar en Público** (*Self-Statement during Public Speaking Scale, SSPSS*; Hofmann y DiBartolo, 2000). Evalúa según una escala de 0 a 5 en qué medida una persona considera representativos de sí misma cinco pensamientos positivos y cinco negativos en situaciones de hablar en público. Según análisis factoriales en muestras clínicas y no clínicas, presenta dos subescalas: pensamientos positivos y pensamientos negativos. La segunda subescala, pero no la primera, es sensible a los efectos del tratamiento psicológico. Se requieren más estudios para determinar si el cuestionario mide sólo cogniciones o también aspectos afectivos. El cuestionario ha sido validado en español por Rivero, García-López y Hoffman (2010) y puede consultarse en esta fuente. También puede consultarse en inglés en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).
- **Inventario de Pensamientos relacionados con la Ansiedad al Hablar en Público** (*Speech Anxiety Thoughts Inventory, SATI*; Cho, Smits y Telch, 2004). Evalúa cogniciones disfuncionales que se tienen al hablar en público y considera una mayor gama de cogniciones que el SSPSS. Consta de 23 ítems o pensamientos valorados de 1 a 5 según el grado en que se cree en los mismos. Presenta dos factores: predicción de una mala ejecución (p.ej., “mi charla será incoherente”) y miedo a la evaluación negativa por parte del auditorio (p.ej., “será terrible si la gente nota que estoy ansioso”). Por el momento no ha sido estudiado en muestras clínicas.

Los cuestionarios y autoinformes del **segundo tipo** evalúan distintos aspectos del miedo que la persona experimenta justo antes, durante y/o después de hablar en público. Varios de ellos pueden consultarse en su versión original o adaptada en Bados (1991) o Bados (1992). Los de mejor relación coste/beneficio se comentan a continuación:

- **Inventario de Estado de Miedo a Hablar en Público** (*State Speech Anxiety Inventory, SSAI*; Lamb, 1972). Consta de 23 ítems calificados de 1 a 4 en una dimensión de intensidad y mide el miedo experimentado al dar una charla en particular. Puede consultarse en Bados (1991).
- **Termómetro de Miedo** (*Fear Thermometer, FT*; Walk, 1956). Se trata de una escala de 0 a 10 ó de 1 a 10 en la que el primer número indica ausencia de miedo y el último, un miedo extremo; una versión ha sido la escala de unidades subjetivas de ansiedad o malestar (USAs), la cual va de 0 a 100. También se han empleado otros sistemas como líneas horizontales o verticales para marcar en ellas, un termómetro dibujado con varios niveles diferenciados por color o caras que expresan desde ausencia a miedo a miedo máximo. El termómetro de miedo, en cualquiera de sus versiones, ha sido frecuentemente empleado en uno o más momentos a lo largo de la exposición en público para evaluar la ansie-

dad media, la máxima o ambas. La persona necesita ser entrenada en el uso del mismo, pidiéndole que piense en situaciones específicas y personalmente relevantes que correspondan a ciertos puntos de la escala; por ejemplo, 25, 50, 75 y 100 en la escala de 0 a 100.

- **Calificación por parte de la persona** en una escala de 0 a 10 de su actuación durante la intervención en público.
- **Cuestionario de Autoverbalizaciones al Hablar en Público** (*Self-Statement During Public Speaking Scale, SSPSS*; Hofmann y DiBartolo, 2000). Aunque concebido como una medida tipo rasgo, tal como se explicó antes, pueden modificarse sus instrucciones para que hagan referencia a una charla que se acaba de dar.

Es conveniente complementar los cuestionarios de los dos tipos mencionados con otros que **evalúen el miedo a la evaluación negativa** y la ansiedad social en general. Para lo primero, puede emplearse la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (*Fear of Negative Evaluation Scale, FNE*; Watson y Friend, 1969). Consta de 30 ítems, con formato de respuesta verdadero/falso y pretende medir el componente cognitivo de la ansiedad social. Leary (1983) ha seleccionado 12 ítems de esta escala y ha cambiado el formato de respuesta por una escala de 1 (nada característico en mí) a 5 (muy característico en mí); la correlación con la escala original es 0,96, por lo que puede emplearse en su lugar. Las dos escalas pueden consultarse en Comeche, Díaz y Vallejo (1995).

Para **evaluar la ansiedad social en general** puede emplearse alguno de los siguientes cuestionarios:

- **Inventario de Ansiedad y Fobia Social** (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989). Es el cuestionario de fobia social mejor estudiado y tiene excelentes propiedades psicométricas, por lo que resulta muy recomendable. Consta de dos subescalas: fobia social (32 ítems) y agorafobia (13 ítems). Los ítems valoran en una escala 1-7 la frecuencia con la que la persona se siente ansiosa en diversas situaciones sociales o, en un par de ellas, escapa o las evita, de modo que en muchas situaciones se distingue si la interacción es con extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto o gente en general. Además, unos pocos ítems hacen referencia a cogniciones, sensaciones y reacciones conductuales en situaciones sociales o al anticipar las mismas.

De este modo, este cuestionario es mucho más específico que los anteriores, especialmente en las situaciones, emplea un formato de respuesta más amplio y es útil de cara a la planificación del tratamiento. En contrapartida, es largo y algo engorroso de corregir. Pueden obtenerse tres puntuaciones: fobia social, agorafobia y diferencia entre ambas. Esta última puntuación permite discriminar mejor entre fobia social y agorafobia cuando se sospecha de la presencia de esta última, pero la primera puntuación parece suficiente para el resto de los casos. En la subescala de fobia social se han identificado cinco factores en adultos anglosajones (interacción individual, síntomas somáticos y cognitivos, interacción grupal, evitación y foco de atención) y cuatro en adolescentes españoles (interacciones sociales, síntomas cognitivos y somáticos, foco de atención, evitación/escape). El inventario puede consultarse en Echeburúa (1995).

- **Escala de Fobia Social** (*Social Phobia Scale, SPS*) y **Escala de Ansiedad ante la Interacción Social** (*Social Interaction Anxiety Scale, SIAS*). Se trata de dos escalas complementarias de Mattick y Clarke (1998). La Escala de Fobia Social consta de 20 ítems,

valorados en una escala de intensidad de 0 a 4, que intentan evaluar el miedo a ser observado por otros, en particular al llevar a cabo ciertas actividades: hablar, escribir, firmar, comer, beber o trabajar en público, usar los lavabos públicos, entrar en una situación donde ya hay gente sentada y viajar en transportes públicos. b) Escala de Ansiedad ante la Interacción Social consta de 19 ítems, valorados en una escala de intensidad de 0 a 4, que intentan evaluar la ansiedad experimentada al interactuar con otras personas, lo cual supone ajustar el propio comportamiento al de los demás. Un análisis factorial de esta escala (con la versión inicial de 20 ítems que incluía el ítem “me resulta fácil hacer amigos de mi edad”) y la anterior ha puesto de manifiesto tres factores: ansiedad ante la interacción (17 ítems de la presente escala), ser observado por otros (11 ítems de la escala anterior) y miedo a que los otros noten los síntomas de ansiedad (5 ítems de la anterior escala) (Safren, Turk y Heimberg, 1998). Ambas escalas pueden consultarse en Bados (2001a).

AUTORREGISTROS

Se puede pedir a la persona que intente realizar en su medio natural algunas intervenciones en público y que anote, por ejemplo, la siguiente información: fecha, descripción de la situación y tipo de intervención, duración de esta, nivel de ansiedad antes y durante, pensamientos tenidos, reacciones somáticas experimentadas e intensidad global de estas, calificación de la actuación, reacciones de los demás, y lo que le hubiera gustado hacer o hubiera podido mejorar.

En un autorregistro empleado en el pretratamiento, postratamiento y seguimiento podrían seleccionarse de tres a cinco situaciones individualizadas para cada persona y graduadas en dificultad. Sería útil que en alguna de estas situaciones estuviera/n presente/s algún/os conocido/s de la persona para que pudiera/n registrar aquella parte de la información mencionada en el párrafo anterior que es accesible a la observación externa e incluso aspectos más detallados de la actuación a nivel verbal, vocal y no verbal. Otras posibilidades, aunque más difíciles de llevar a cabo, consistirían en la presencia de observadores entrenados e, incluso, la grabación en vídeo. Sin embargo, la grabación en minimagnetófono por parte de la propia persona es una posibilidad digna de tener en cuenta y fácil de realizar.

OBSERVACIÓN

De resultar posible, es conveniente que la persona dé o intente dar **sin notas una charla de unos 5-10 minutos, sobre un tema previamente asignado y preparado con tiempo suficiente, ante un grupo de al menos 2-3 personas y que responda a un par de preguntas** formuladas por estas. Esta charla, que puede ser llevada a cabo en la propia consulta, puede ser grabada en vídeo para que luego pueda analizarse la actuación de la persona; si la grabación no pudiera realizarse, podrían emplearse a las personas presentes durante la charla con el fin de efectuar un análisis más reducido. Beidel et al. (1989) han propuesto y estudiado otra forma de evaluación que consiste en dar una **charla cuasi-improvisada ante tres personas**. Se le dan cinco posibles temas a la persona con MHP (p.ej., energía nuclear, castigo corporal en la escuela), se le dice que puede hablar de hasta 3 de ellos durante una charla de 10 minutos y se le dejan 3 minutos de preparación. Se le dice además que es necesario que hable al menos durante 3 minutos (esto sólo si se toman medidas psicofisiológicas), pero que es preferible que hable los 10 minutos; sin embargo, también se le comunica que puede poner fin a la charla en cualquier momento, una vez pasados los 3 minutos si se toman medidas psicofisiológicas, caso de experimentar un malestar significativo. **Otras variantes** propuestas han sido dejar 3-5 minutos para preparar un tema asignado (o uno de tres temas propuestos a la persona) y pedir que el tema sea expuesto a lo largo de 3-5

minutos.

De las medidas observacionales que pueden obtenerse a partir de las charlas, unas son objetivas y otras implican la calificación de ciertos aspectos mediante escalas tipo Likert. Las **medidas observacionales objetivas** suponen la utilización de observadores entrenados, por lo que pueden resultar inviables en la práctica clínica. Entre las más empleadas se encuentran las siguientes:

- **Lista de Verificación Conductual para la Ansiedad de Ejecución** (Paul, 1966), la cual enumera 20 supuestos síntomas de ansiedad cuya presencia o ausencia es registrada durante intervalos sucesivos de 30 segundos. Los 20 síntomas son:

Caminar de un lado a otro, balancearse, arrastrar los pies, temblor de rodillas, movimientos extraños de brazo y mano (balanceo, rascarse, *jugueteo*), brazos rígidos, manos refrenadas (en los bolsillos, detrás de la espalda, cruzadas), temblor de manos, ausencia de contacto visual, músculos faciales tensos (tensión, tics, muecas), cara sin expresión, cara pálida, sonrojamiento, humedecerse los labios, tragar saliva, aclararse la garganta, respirar fuertemente, sudoración, temblor de voz y bloqueos de la charla o tartamudeos.
- **Duración de la charla.**
- **Porcentaje del tiempo** de la charla que la persona permanece **en silencio.**
- **Lista de Conductas Apropriadas al Inicio y Final de una Charla** (Fawcett y Miller, 1975). Debe establecerse si se han dado los siguientes siete aspectos: mirada y referencia expresa al público al inicio y al final de la charla (están condensados aquí cuatro aspectos), enunciado del tema de esta, avance del esquema o de la idea central de la charla y resumen de la charla. Puede consultarse en Bados (1992).

Las **medidas observacionales de calificación** se obtienen a partir de jueces que pueden estar entrenados al respecto o bien no entrenados si se desean calificaciones con mayor validez social (Wallander, Conger y Ward, 1983). Ejemplos de estas medidas son: a) calificación de **aspectos vocales** como volumen, entonación y fluidez; b) calificación de **aspectos no verbales** como mirada, expresión facial y gestos; c) calificación de **aspectos verbales** tales como concreción, interés y organización del contenido; d) calificación global de la **actuación** y e) calificación global de la **ansiedad** manifiesta, calificación que es más precisa si se hace en vivo que a través de una grabación de vídeo. Modelos de estas medidas pueden consultarse en Bados (1992) y, por lo que respecta al apartado *b* en Bados (1995). Escalas de Evaluación de Charlas que contemplan múltiples aspectos puede verse en Bados (2001b) y Botella, Baños y Perpiñá (2003).

Mulac y Sherman (1974) elaboraron la **Evaluación Conductual de la Ansiedad al Hablar**, un instrumento de calificación que incluye 17 supuestas manifestaciones de ansiedad y una estimación global de ansiedad cuya ocurrencia es calificada en intervalos sucesivos de 1 minuto empleando una escala de 0 a 9. Junto a la puntuación global, pueden obtenerse cuatro puntuaciones factoriales con la particularidad, además, de que cada ítem es ponderado según su importancia como índice del MHP. Otro instrumento más sencillo de utilizar es la **Observación Conductual del Expositor** (Granell de Aldaz, comunicación personal), el cual enumera 21 supuestas manifestaciones de ansiedad y una estimación general de tensión que son calificadas al final de la exposición según una escala de 0 a 10.

Fydrich et al. (1998) han desarrollado la **Escala de Calificación de la Actuación Social** (*So-*

cial Performance Rating Scale), una escala de cinco ítems (mirada, calidad vocal, duración de la intervención, malestar y flujo de la conversación), cada uno con cinco puntos de anclaje muy bien detallados y especificados. La puntuación que se calcula es la suma de las cinco calificaciones. La escala está pensada para ser aplicada a conversaciones en vivo o grabadas en vídeo entre dos personas, ya sea en una situación real artificial o en una situación simulada (iniciar y mantener una conversación con una persona del sexo opuesto en una cena). Es necesario entrenar a los calificadores y no se sabe si la escala sería tan fiable si fuera aplicada por calificadores menos entrenados. Harb et al. (2003) han comprobado que esta escala, menos el ítem de duración de la intervención, tiene una buena validez convergente y divergente a la hora de evaluar el miedo a hablar en público. Aunque correlaciona muy alto con la impresión global de un observador externo (0,87), es más útil para detectar aspectos problemáticos que requieren intervención.

Las propiedades psicométricas de la escala son buenas, aunque faltan datos sobre su fiabilidad test-retest y su validez concurrente con calificaciones de actuación social hechas por los compañeros de los pacientes en su medio natural.

Las medidas observacionales de actuación obtenidas a partir de la charla de 5-10 minutos antes mencionada no permiten saber si una ejecución deteriorada es debida a ansiedad, a un déficit de habilidades o a ambas cosas. Una **forma de evaluar no lo que la persona hace en una situación de hablar en público, sino lo que es capaz de hacer**, consistiría en emplear una situación de hablar en público que suscitara poca o ninguna ansiedad. Para ello, la charla debería ser breve, el auditorio mínimo y el tema, e incluso el público, serían elegidos por la persona. Además, esta recibiría instrucciones para actuar del modo más calmado y competente posible, sería informada con antelación sobre la forma más habilidosa de comportarse e incluso podrían ofrecérsele incentivos conducentes a una ejecución óptima.

REGISTROS PSICOFISIOLÓGICOS

Aunque no se emplean en la práctica clínica, puede ser útil en el marco de una investigación la obtención de registros psicofisiológicos antes y/o durante la intervención en público. El ritmo cardíaco, el nivel de conductividad de la piel y la sudoración digital han sido las medidas más empleadas, aunque el nivel de tensión muscular, la tasa y profundidad respiratoria y las fluctuaciones espontáneas de la conductividad de la piel pueden ser también medidas interesantes en función del patrón fisiológico de respuesta de cada persona. Una medida que se puede tomar discretamente en el medio natural antes y durante la charla en público es el electrocardiograma registrado en cinta mediante un pequeño aparato que la persona lleva discretamente consigo. Otra medida fácil de tomar en el medio natural antes de la charla es el índice de sudoración digital, obtenido mediante una pequeña banda colocada alrededor del dedo índice.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Más de 30 intervenciones básicas para las DHP han sido investigadas hasta el momento y eso sin tener en cuenta sus posibles variaciones y las combinaciones entre ellas, con lo que la lista llega a ser mucho más numerosa. La mayoría de estas intervenciones se ha dirigido a los aspectos cognitivos, motores y/o autónomos del MHP, mientras que el resto se han centrado en el déficit de habilidades para hablar en público o bien en ambos tipos de problemas (Bados, 1987c, 1987d, 1992, 2001).

Aunque la necesidad de **adaptar la intervención a las características de la persona y a su problema específico** constituye una suposición básica, los datos en el área de las DHP respecto a

este punto son insuficientes e incluso contradictorios en algunos aspectos; por ejemplo, los resultados son incongruentes sobre que haya tratamientos mejores que otros según el nivel de ansiedad social de las personas, el modo en que una persona percibe su ansiedad (cognitivo o somático) o el *locus de control*. Existen algunos datos de que la eficacia de distintos tratamientos puede variar en función de si predominan los componentes cognitivos o fisiológicos en el MHP (Bados, 1992). Así, en personas cuyo MHP se manifieste principalmente a nivel somático (objetivamente medido), la respiración controlada, la relajación o la desensibilización sistemática serán probablemente más eficaces que el entrenamiento autoinstruccional o la reestructuración cognitiva, mientras que ocurrirá lo contrario en personas con MHP cognitivo. Asimismo, se supone que se requerirán intervenciones distintas según que el problema consista en ansiedad, falta de habilidades o una combinación de ambas; de todos modos, en cualquiera de estos casos la práctica en hablar en público parece ser un componente importante, si no fundamental.

Dwyer (2000), siguiendo el modelo multimodal de Lazarus, ha presentado datos sugestivos de que se obtienen mejores resultados cuando las técnicas aplicadas se eligen **en función de las modalidades en que el problema se manifiesta principalmente** (conductual, afectiva, somática, imaginal, cognitiva, interpersonal, biológica), se comienza practicando la técnica que corresponde a la modalidad en la que primero se expresa el problema (p.ej., desensibilización sistemática en el caso de la modalidad afectiva) y se sigue con las técnicas correspondientes a la segunda y tercera modalidad implicadas. Por otra parte, existe un estudio preliminar en el que la **intención paradójica** (centrarse e intentar maximizar los aspectos más notables de la activación fisiológica) aumentó la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual (entrenamiento en habilidades, reestructuración cognitiva, técnicas de reducción de la ansiedad) en aquellas personas con miedo a que su activación fisiológica tuviera consecuencias catastróficas (vómito, desmayo, tartamudeo, quedarse en blanco, etc.) en su actuación. En cambio, en las personas que dijeron no tener dichos miedos, el tratamiento fue superior cuando no incluyó intención paradójica (Ascher y Schotte, 1999). **Sin embargo**, también hay estudios recientes, en que adaptar la intervención a la forma en que se manifiesta el problema no ha dado lugar a mejores resultados (Heuett, 1999).

La revisión de la extensa bibliografía existente sobre el tratamiento de las DHP permite extraer unas conclusiones básicas que serán expuestas a continuación. Sin embargo, conviene tener en cuenta que estas conclusiones pueden verse matizadas por la existencia de dos tipos de factores: a) Falta de adaptación de las intervenciones en la línea comentada en el párrafo anterior. b) **Frecuentes problemas metodológicos** tales como muestras predominantemente universitarias, sujetos no clínicos (siendo incluso pagados por su colaboración), pruebas estadísticas inadecuadas, terapeutas conocedores de las hipótesis de investigación, terapeutas carentes de experiencia, falta de supervisión sobre si la intervención se aplicaba o no tal como estaba planeado, intervenciones de corta duración, intervenciones contaminadas por la realización simultánea de cursos de hablar en público o de comunicación, ausencia de medidas de significación clínica, seguimientos cortos o inexistentes, etc. Para un análisis más detallado pueden consultarse Bados (1987c, 1987d, 1992) y Gil (1983a). En estos trabajos figuran asimismo las referencias de las técnicas que se citarán acto seguido; de no ser así, estas referencias aparecerán en el texto.

El **modelado simbólico, la falsa atribución, la reestructuración racional sistemática, la aserción encubierta, la detención del pensamiento y el reforzamiento positivo encubierto no se han mostrado eficaces**, al menos bajo las condiciones en que han sido estudiadas. Probablemente, un tratamiento como la reestructuración racional sistemática, con su discusión de pensamientos irracionales y desadaptativos, requiere más de 5 horas –que es el máximo tiempo que se le ha dedicado– para mostrar su eficacia. De hecho, Meichenbaum, Gilmore y Fedoravicius (1971) obtuvieron con 8 horas de tratamiento resultados superiores al no tratamiento y al placebo con un programa en cierto modo similar a la reestructuración racional sistemática.

Otras técnicas han resultado superiores al no tratamiento **solamente en medidas de autoinforme**. En este grupo se encuentran la **desensibilización de autocontrol, la relajación progresiva, la relajación suscitada por señal** (Spector et al., 1993; da igual que la señal sea una palabra subvocal que un aroma), **el entrenamiento en manejo de la ansiedad, el alivio de la ansiedad, la meditación y la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares** (DRMO, Foley y Spates, 1995). Este último tratamiento fue igual de eficaz tanto si se movían los ojos como si se mantenían mirando fijamente a las propias manos quietas como si se cerraban y se atendía a un ruido que alternaba entre derecha e izquierda; los autores concluyen que los efectos de la DRMO pueden ser debidos a la exposición imaginal que implica. El trabajo de Carrigan y Levis (1999) indica igualmente que los movimientos oculares no son necesarios. La **visualización** –imaginarse a uno mismo dando charlas de modo calmado y competente y recibiendo las felicitaciones del auditorio– ha sido mejor que el no tratamiento y el placebo (Ayres y Hopf, 1989), aunque en la investigación de este procedimiento no se ha utilizado más que un cuestionario como variable dependiente.

La **desensibilización semántica, la terapia de alivio respiratorio y la implosión** (sin contenido psicodinámico) han sido más eficaces que el no tratamiento o que otro tratamiento en medidas de autoinforme y observacionales, aunque cada uno de estos procedimientos sólo ha sido investigado en uno o dos estudios.

La **terapia racional-emotiva y el entrenamiento autoinstruccional no aplicado** se han mostrado superiores al no tratamiento y a grupos placebo en medidas de **autoinforme y generalización, aunque de forma no sistemática**. (Las medidas de generalización pueden incluir otras situaciones de MHP, otros miedos, ansiedad social y ansiedad general.)

El **entrenamiento autoinstruccional aplicado en situaciones reales y la inoculación de estrés** han resultado mejores que el no tratamiento en medidas de **autoinforme y, de modo no consistente, en medidas observacionales**. En cuanto a la inoculación de estrés, uno hubiera esperado resultados más potentes de este paquete de tratamiento en las medidas observacionales ya que incluye la aplicación de diversas estrategias de afrontamiento en situaciones reales de hablar en público. Posibles explicaciones de esta falta de potencia podrían ser: a) la brevedad del tratamiento, el cual ha oscilado entre 3 y 4,5 horas, y b) el hecho de que en dos de los tres trabajos que no encontraron diferencias significativas en las medidas observacionales las personas se encontraban realizando un curso de habla, lo cual podría explicar las mejoras conseguidas por los grupos de no tratamiento.

La **desensibilización sistemática individual** ha sido superior al no tratamiento en medidas de autoinforme y observacionales, pero no está claro que lo sea en medidas fisiológicas y de generalización. En comparación a grupos placebo, se han obtenido tanto resultados de superioridad como de no diferencia en cada uno de los cuatro tipos de medida. **Variaciones** de la desensibilización sistemática –tales como la desensibilización autoadministrada, la automatizada y la aplicada en grupo– y la desensibilización de afrontamiento han conseguido reducir el MHP autoinformado en comparación con el no tratamiento, pero los resultados han sido incongruentes en distintos estudios en medidas observacionales y de generalización. Además, en comparación al placebo, los resultados han sido menos satisfactorios. En el caso de la desensibilización sistemática en grupo, la variante más investigada, 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.

La **exposición imaginal graduada** ha sido mejor que el no tratamiento en medidas de autoinforme y observacionales, aunque los datos disponibles son inconsistentes. La **versión imaginal**

de una técnica (p.ej., inundación) ha resultado inferior a su versión en vivo. Existen un estudio con estudiantes con MHP en el que la **exposición mediante realidad virtual (ERV)** se ha mostrado superior al no tratamiento en un cuestionario (véase Krijn et al., 2004). La terapia cognitivo-conductual (TCC), ya sea con ERV o exposición imaginal, ha sido superior a la lista de espera, aunque los abandonos fueron más frecuentes en la TCC con exposición imaginal que en la TCC con ERV (Wallach, Safir y Bar-Zvi, 2009); en ambos grupos las mejoras se mantuvieron al año (Safir, Wallach y Bar-Zvi, 2012). En un estudio posterior de estos mismos autores, no hubo prácticamente diferencias entre la ERV, la reestructuración cognitiva (sin exposición) y la TCC, aunque este último grupo provino de otro estudio y la potencia estadística fue baja (Wallach, Safir y Bar-Zvi, 2011). En otro estudio la ERV y la EV grupal fueron más eficaces que la lista de espera, no difirieron entre ellas y las mejoras se mantuvieron al año (Anderson et al., 2013). Finalmente, la **biorretroalimentación** del ritmo cardíaco se ha mostrado superior a grupos placebo únicamente en medidas fisiológicas.

La relajación aplicada en situaciones reales, la práctica o exposición a hablar en público (graduada o no) y el entrenamiento en hablar en público se han mostrado superiores al no tratamiento en medidas de autoinforme y observación (Bados, 1992; Burnley, Cross y Spanos, 1992; Newman et al., 1994; Pribil, Keaten y Sakamoto, 2001). El entrenamiento en hablar en público tiene como objetivo enseñar las conductas adecuadas para hablar en público a través de instrucciones, modelado, discusión, práctica secuencial (ensayo conductual), retroalimentación y reforzamiento respecto a la ejecución realizada, y práctica en el ambiente natural. El entrenamiento en hablar en público es eficaz no sólo en medidas observacionales que reflejan habilidades para hablar en público, sino también en medidas observacionales de ansiedad manifiesta.

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 y el entrenamiento autoinstruccional, 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 personas seleccionadas 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 personas seleccionadas por su MHP, tal como indican los trabajos de Marshall, Stoian y Andrews (1977), Sherman, Mulac y McCann (1974) y Worthington, Tipton, Cromley, Richards y Janke (1984). En estos estudios el entrenamiento en hablar en público ha resultado menos eficaz que su combinación con otro/s procedimiento/s tal/es como la relajación, el entrenamiento autoinstruccional y/o la desensibilización sistemática.

Con respecto a la práctica de hablar en público, los datos de Hindo y González-Prendes (2011) sugieren que una sola sesión de 3 horas de exposición graduada a hablar en público produce cambios beneficiosos. En otro estudio, Tsao y Craske (2000) compararon la exposición uniformemente espaciada (4 ensayos de 10 minutos separados por 5 días), la exposición intensiva (4 ensayos seguidos) y la **exposición progresivamente espaciada** (4 sesiones con 1, 4 y 10 días entre ellos). Los tres grupos mejoraron por igual en el postratamiento, pero en el seguimiento al mes hubo un mayor retorno del miedo en el de exposición masiva. Sería interesante comprobar si esos resultados se replican con tratamientos más largos y una exposición masiva no limitada a una única sesión.

England et al. (2012) compararon en personas con fobia a hablar en público una **exposición basada en la habituación de la ansiedad con una exposición basada en la aceptación**. Esta última se centró en aceptar las sensaciones, sentimientos y pensamientos perturbadores, y en observarlos sin juzgar, al tiempo que se perseguían actividades valiosas de hablar en público. Ambos tratamientos fueron igualmente eficaces en una amplia variedad de medidas, aunque fue más probable lograr una remisión diagnóstica a las seis semanas con la exposición basada en la acep-

tación.

Block y Wulfert (2000) compararon TCC y **terapia de aceptación y compromiso**, aunque el tratamiento fue muy breve (4 sesiones de 1,5 h) y los grupos muy pequeños (3-4 participantes). No hubo diferencias entre ambas intervenciones.

Otra cuestión que requiere ser investigada es la eficacia de los tratamientos autoaplicados mediante material de **autoayuda**. Existen datos preliminares con estudiantes universitarios de que ciertos tipos de este material (p.ej., desensibilización sistemática autoadministrada) son más eficaces que el no tratamiento (Hopf et al., 1995). Anderson, Zimand y Schmertz (2007) llevaron a cabo un estudio no controlado con pacientes con fobia a social. El tratamiento se centró en el MHP, se aplicó vía un CD-ROM e incluyó psicoeducación, terapia cognitiva y exposición a un auditorio virtual; tras cada una de las 8 sesiones hubo un máximo de 10 minutos de contacto presencial con un terapeuta. Los pacientes mejoraron y mantuvieron los resultados a los 3 meses.

Botella, Hofmann y Moscovitch (2004) han presentado un **programa autoaplicado de evaluación y tratamiento del MHP (HÁBLAME) que se sigue a través de internet**. La intervención incluye información sobre la ansiedad, reestructuración cognitiva, exposición ante ciertos auditorios grabados (clase, entrevista laboral, tribunal de oposición, examen oral, reunión laboral, congreso, grupo de amigos) y actividades entre sesiones. Los miembros del auditorio pueden adoptar una actitud positiva, negativa o neutral. El programa es de pago y puede encontrarse en castellano en <http://www.internetmeayuda.com>. Los autores aconsejan su empleo único para los casos menos graves, aunque para el resto puede ser útil en combinación con el trabajo hecho con un terapeuta. Existen datos preliminares que sugieren que el programa es eficaz con universitarios voluntarios (Botella, Guillén y García-Palacios, 2007). Botella et al. (2010) han constatado en fóbicos sociales solicitados con miedo a hablar en público que el programa es igual de eficaz cuando es totalmente autoaplicado por internet que cuando lo es por un terapeuta; ambos tratamientos fueron superiores a un grupo de lista de espera, aunque el porcentaje de abandonos fue muy alto en ambos tratamientos (52% y 39%). Las mejoras se mantuvieron al año. Un aspecto importante es que ambos tratamientos resultaron igualmente aceptables y generaron niveles similares de satisfacción (Botella et al., 2009). Resultados similares del programa HÁBLAME aplicado por internet en cuanto a su superioridad sobre el grupo lista de espera y porcentaje de abandonos han sido obtenidos por Gallego et al. (2011).

En general, las intervenciones que se han mostrado más eficaces han sido aquellas que combinan diversas técnicas con el fin de abordar dos o más de las tres modalidades de respuesta (cognitiva, motora, autónoma) del MHP y mejorar incluso las habilidades de hablar en público. **Las técnicas empleadas en distintas combinaciones 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 (Allen, Hunter y Donohue, 1989; Bados, 1992; Whitworth y Cochran, 1996). En un estudio, Schoenberger et al. (1997) comprobaron que la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual que combinó entrenamiento en relajación progresiva, reestructuración cognitiva y exposición en vivo a las situaciones temidas aumentó cuando se introdujeron elementos de tipo hipnótico: el entrenamiento en relajación fue llamado hipnosis y se hizo referencia a entrar en hipnosis, los pensamientos desadaptativos y adaptativos fueron llamados autosugestiones negativas y positivas, y se dieron sugerencias de mejora tras la inducción hipnótica.

Sin embargo, **no siempre los tratamientos con más componentes han sido más eficaces** (Altmaier et al., 1982; Gil, 1983b; Glogower, Fremouw y McCroskey, 1978; Heuett, 1999; Weissberg, 1977) y en ocasiones han producido peores resultados que intervenciones menos complejas (Bados y Saldaña, 1987a; Dawson, 1982; Meichenbaum, Gilmore y Fedoravicius,

1971). Es probable que este efecto negativo, que no ha persistido en los seguimientos realizados, haya sido debido a un tiempo insuficiente de intervención. Quizá sea interesante comentar el trabajo realizado por Bados y Saldaña (1987a). Estos autores llevaron a cabo un análisis de componentes empleando tres tratamientos básicos –reestructuración cognitiva aplicada (RCA), relajación aplicada (RA) y entrenamiento en hablar en público (EHP)–, los cuales fueron combinados de las siguientes maneras: a) RCA, b) RCA+RA, c) RCA+EHP y d) RCA+RA+EHP. De este modo, se tuvo un diseño factorial 2 x 2 según se aplicara o no EHP y según hubiera o no RA. Los participantes fueron universitarios y se empleó una gran diversidad de medidas de autoinforme, observacionales y fisiológicas similares o idénticas a las mencionadas en el apartado de evaluación. El tratamiento fue en grupo y hubo 10 sesiones de 100-110 minutos, una por semana.

Todos los grupos fueron superiores a uno de lista de espera tanto a nivel estadístico como clínico, aunque sólo RCA+EHP fue mejor en muchas medidas observacionales. El grupo RCA+RA obtuvo mejores resultados que el RCA en MHP autoinformado y en autocalificación de la actuación, aunque no en percepción autónoma. El grupo RCA+EHP se mostró superior a RCA en calificación de aspectos vocales y no verbales, en ansiedad externamente manifestada y en satisfacción con el tratamiento. En cambio, el grupo RCA+RA+EHP tuvo efectos desfavorables en varias medidas de autoinforme y observacionales en comparación con los grupos RCA+RA y RCA+EHP, en los cuales hubo un componente terapéutico menos. Así pues, tanto EHP como RA aumentaron la eficacia de la RCA cuando se combinaron individualmente con esta; sin embargo, la adición conjunta de ambos componentes a RCA dio lugar a peores resultados en comparación a cuando se añadió sólo uno ellos. En el seguimiento a los 13 meses (Bados y Saldaña, 1990), desaparecieron estos efectos negativos y se encontraron efectos principales de RA y EHP en ciertas variables (de reacciones somáticas autoinformadas en el primer caso y de actuación y ansiedad observada en el segundo). En cambio, en otras medidas la adición de estos dos componentes a RCA no fue superior a la adición de uno solo de ellos.

La práctica o exposición de hablar en público parece un ingrediente fundamental del tratamiento. De hecho, **la exposición en vivo combinada con un cierto entrenamiento en hablar en público es uno de los dos tratamientos que ha sido investigado con fóbicos sociales que presentaban un gran miedo a hablar en público.** Este tratamiento ha resultado mejor que la lista de espera en medidas de autoinforme de miedo a hablar en público y de fobia social, en calificaciones de ansiedad observada y en medidas de cogniciones negativas y de miedo a la evaluación negativa (sin el empleo de intervenciones cognitivas); y ha sido igual de eficaz tanto si los pacientes presentaban concurrentemente trastorno de personalidad evitativa como si no (Hofmann et al., 1995; Newman et al., 1994). Se carece por el momento de datos de seguimiento.

El segundo tratamiento investigado con fóbicos sociales (universitarios) que presentaban un gran miedo a hablar en público ha combinado entrenamiento en hablar en público, exposición, entrenamiento autoinstruccional y entrenamiento en respiración. Esta intervención fue superior a un grupo placebo psicológico (conversar en grupo sobre las DHP) en medidas de autoinforme de miedo a hablar en público y de ansiedad social en el postratamiento y en el seguimiento a los 2 años (Olivares y García-López, 2002).

El entrenamiento en hablar en público ha aumentado la eficacia de la exposición a hablar en público en dos estudios (Bados y Saldaña, 1987a; Hayes y Marshall, 1984), pero no en otro (Heuett, 1999). Los resultados de los dos primeros estudios indican que con dicho entrenamiento es posible conseguir un mayor cambio en medidas observacionales de ansiedad y actuación al hablar en público en comparación a la mera exposición de hablar en público combinada o no con reestructuración cognitiva. Por otra parte, no está claro que el entrenamiento en **respiración controlada o la relajación aplicada** potencien la exposición a hablar en público, aunque probablemente sean útiles con personas que presenten un elevado componente autónomo que

interfiera con su actuación.

En cuanto a si los **métodos cognitivos** aumentan la eficacia de la exposición a hablar en público o del entrenamiento en hablar en público, los datos son escasos e inconsistentes por el momento (Bados, 1992); en el área más amplia de la fobia social, los resultados de los distintos estudios realizados hasta el momento también son discordantes respecto a si la exposición en vivo se ve potenciada por las técnicas cognitivas (Fedoroff y Taylor, 2001; Feske y Chambless, 1995; Méndez, Sánchez y Moreno, 2001; Taylor, 1996). Por otra parte, y dado que las técnicas cognitivas tuvieran un papel potenciador, no está claro si se conseguirían los mismos efectos con la **reestructuración cognitiva** o con un procedimiento más simple como el **entrenamiento autoinstruccional**, el cual no incluye ni el método socrático ni la realización de experimentos conductuales. Desde luego, el empleo de autoinstrucciones puede ser suficiente, aunque los datos son contradictorios (Dawson, 1982; Thorpe et al., 1976).

Thorpe et al. (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 et al. (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 et al. (1976) trabajaron con adolescentes de 15 a 17 años en vez de con estudiantes universitarios o adultos 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.

Por otra parte, mientras que el uso de **retroalimentación mediante vídeo (RMV) de la propia actuación** mejora la percepción sobre la propia actuación, no está claro que reduzca la ansiedad social (Smits et al., 2006). Estos autores comentan que la reducción duradera de la ansiedad social requiere un cambio en la tendencia a sobrestimar las consecuencias desastrosas de una mala actuación más que el cambio en la tendencia a sobrestimar la probabilidad de dicha actuación. La retroalimentación mediante vídeo de la propia actuación puede reducir este último sesgo, pero puede dificultar el cambio del primero al pedir a la persona que se centre en su actuación, lo cual puede comunicar el mensaje implícito de que hay que actuar bien. Si esto es así, la retroalimentación mediante vídeo podría ser útil cuando se pide al paciente que actúe deliberadamente mal durante la exposición; esto le permitiría ver que una mala actuación no es una catástrofe.

Ahora bien, la conclusión de que la RMV no contribuye a reducir la ansiedad social sólo parece mantenerse cuando la RMV sólo ha incluido una preparación cognitiva previa, pero no una revisión cognitiva posterior centrada en someter a prueba las consecuencias temidas. Los estudios realizados con personas con fobia social o elevada ansiedad social y que han incluido esta revisión cognitiva de uno u otro modo han hallado que, en comparación a una condición control, la RMV reduce la ansiedad social anticipatoria [Parr y Cartwright-Hatton, 2009; especialmente en aquellos que piensan que actúan o aparentan peor de lo que lo hacen (Rodebaugh et al., 2010)] y la ansiedad social durante la situación (McManus et al., 2009; Orr y Moscovitch, 2010). Además, Orr y Moscovitch hallaron que la reducción de ansiedad estuvo mediada por los cambios en la autopercepción.

En cuanto a los resultados obtenidos en el **seguimiento**, este ha sido llevado a cabo en menos de la mitad de los estudios, en la inmensa mayoría de estos no ha sobrepasado los 3 meses y en la

mitad se han empleado sólo medidas de autoinforme. Teniendo esto en cuenta, la pauta de resultados observada es el **mantenimiento de las mejoras conseguidas** (Bados y Saldaña, 1990). También existen algunos estudios en los que se detectado bien una mejora adicional bien un deterioro significativo en ciertas medidas entre el postratamiento y el seguimiento, aunque en este último caso ha seguido habiendo cambios significativos entre el pretratamiento y el seguimiento. Curiosamente, los dos trabajos en los que se halló un empeoramiento en un mayor número de medidas (Bados y Saldaña, 1990; Gil, 1983b) se caracterizaron por utilizar más variables dependientes y de mayor especificidad. Además, ambos fueron realizados en un contexto universitario español en vez de anglosajón; a diferencia de este último, el primero no tiende a potenciar las intervenciones en público y, de este modo, no facilita el mantenimiento de los cambios conseguidos.

Por lo que respecta a la **significación clínico-social**, esta sólo ha sido investigada en cuatro estudios. Bados y Saldaña (1990) consideraron a una persona globalmente mejorada si cumplió los criterios de funcionalidad (mayor probabilidad de pertenecer al grupo funcional que al disfuncional) en al menos la mitad de dos variables de calificación y en al menos la mitad de seis medidas de autoinforme, siempre que además parte de estas últimas medidas correspondiesen a la situación de charla en medio artificial y parte a la intervención en clase. El porcentaje de personas muy o globalmente mejoradas no varió del postratamiento al seguimiento (13 meses) ni en conjunto (**46,8%** versus **44,7%**) ni dentro de cada grupo. Los tratamientos fueron los aplicados en el estudio de Bados y Saldaña (1987a) y no hubo diferencias significativas entre los mismos. Bados (1990) utilizó cinco medidas de autoinforme y cuatro de calificación en situación de charla en medio artificial y de intervención en clase con un grupo que recibió reestructuración cognitiva aplicada y entrenamiento en hablar en público; pero los valores criterio de cada medida fueron establecidos arbitrariamente. El porcentaje de personas muy mejoradas en el postratamiento (cumplieron 7 ó más de los 9 criterios) fue del **43%** y el de personas bastante mejoradas (cumplieron 5-6 de los 9 criterios), del **36%**. Los datos del seguimiento a 1 año fueron similares.

En el trabajo de Bados y Saldaña (1990) un 14,0% de las personas deseó recibir ayuda adicional para su MHP y este porcentaje fue mayor entre las que no habían recibido relajación (21% contra 4%). Por otra parte, un 14,6% de las personas mejoraron adicionalmente del postest al seguimiento y un 34% empeoraron significativamente, aunque en este caso el porcentaje fue menor en el grupo RCA + EHP (16,7%) que en RCA (53,8%). Por último, un **13,6%** de las personas globalmente mejoradas en el postest **recayó** en el seguimiento. Los datos anteriores confirman que un porcentaje no despreciable de personas empeoran en cierta medida una vez finalizado el tratamiento. A ello pueden contribuir la aplicación de un tratamiento no individualizado ni en su contenido ni en su duración y la falta de un programa postratamiento encaminado a mantener o aumentar los resultados conseguidos.

Montorio et al. (1996) emplearon los criterios de Jacobson y Truax (1991) para establecer la significación clínica, aunque sin especificar cuáles de los varios propuestos por estos autores. El tratamiento combinó entrenamiento en respiración profunda, autoinstrucciones y entrenamiento en hablar en público a lo largo de ocho sesiones de 90 minutos. Los porcentajes de personas muy y bastante mejoradas según una única medida de autoinforme fueron respectivamente **80%** y **16%** en el postratamiento y **86%** y **8%** en el seguimiento a los seis meses. Estos porcentajes doblan prácticamente a los de los estudios anteriores (si se consideran sólo los de las personas muy mejoradas) y en parte puede ser debido a las distintas medidas, tipo de evaluación y criterios empleados para establecer la significación clínica.

Olivares y García-López (2002) consideraron que una persona había mejorado significativamente desde un punto de vista clínico si ya no cumplía criterios de fobia social y no puntuaban por encima de 21 en la *Fear of Negative Evaluation Scale* y de 15 en la *Social Avoidance and*

Distress Scale. Con estos criterios, mejoraron globalmente el **67%** (6 de 9) de los pacientes en el postratamiento y el **78%** en el seguimiento a los 2 años.

Pueden verse **estudios de casos** en Bados (1995b, 2001b) y Labrador (1990). Laguna, Healey y Hope (1998) presentan el caso de una paciente que no había respondido, en este orden, a la terapia cognitivo-conductual en grupo, a la psicoterapia no directiva y a la terapia cognitivo-conductual individual; finalmente, respondió a una combinación de este último tratamiento con terapia para la voz, la cual incluyó el aprendizaje de nuevos patrones respiratorios y fonatorios con la ayuda de la retroalimentación visual proporcionada por un equipo computerizado.

TRATAMIENTO MÉDICO

Se piensa, aunque no ha sido bien investigado, que los **betabloqueantes** pueden ser útiles en el miedo a hablar en público administrados en dosis únicas 45-60 minutos antes de la exposición a las situaciones temidas aisladas (una conferencia, p.ej.) o en dosis constantes cuando las situaciones son más frecuentes (Den Boer, van Vliet y Westenberg, 1995). Al reducir la taquicardia, palpitaciones, sudoración y temblor, pueden aumentar la confianza de la persona y facilitar la exposición y la ejecución durante la misma. Sin embargo, al reducir poco o nada los síntomas psíquicos de ansiedad, están indicados sobre todo cuando la sintomatología es predominantemente somática.

DESCRIPCIÓN DE UNA INTERVENCIÓN

Se presentará una intervención para las DHP que combina **acuerdo sobre la conceptualización del problema e intervención a seguir, entrenamiento en respiración controlada, entrenamiento autoinstruccional aplicado** en situaciones de hablar en público gradualmente más difíciles (o, alternativamente, **reestructuración cognitiva aplicada**), **entrenamiento en hablar en público y un programa de mantenimiento**. La intervención se lleva a cabo **en grupo** de 5-6 personas, a ser posible con la ayuda de un coterapeuta (que puede ser un paraprofesional); de todos modos, puede ser aplicada también individualmente con las adaptaciones pertinentes. Un esquema de esta intervención sesión por sesión puede verse en la **tabla 2**, con el componente de reestructuración cognitiva.

En total hay **11 sesiones**, una por semana, de 2 horas de duración (1 hora si el tratamiento es individual). Sin embargo, conviene tener en cuenta que en la práctica clínica **lo importante no es el número de sesiones**, sino alcanzar las metas implicadas en cada una de ellas sea cual sea el total de sesiones que se necesite. Por otra parte, mientras que el componente de práctica o **exposición de hablar en público parece especialmente importante, el mayor o menor énfasis o incluso el empleo de los demás componentes dependerá de** cómo se presente el MHP en cada persona (mayor o menor activación somática interferidora objetivamente medida, presencia de cogniciones interferidoras persistentes, mayor o menor déficit de habilidades) y de las características personales de esta.

El tratamiento aquí propuesto se basa en Bados (2001a, 2001b) y se limita a las DHP. Si un paciente presentara no sólo DHP, sino fobia social más o menos generalizada, las metas del tratamiento y las situaciones a trabajar deberían ampliarse.

ACUERDO SOBRE LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA E

INTERVENCIÓN

Todo lo explicado en este apartado se lleva a cabo durante la **primera sesión**. Tras las presentaciones y el acuerdo sobre las **normas de funcionamiento** del grupo (puntualidad, asistencia a todas las sesiones, participación activa, confidencialidad), se suscita una discusión en grupo para establecer lo que les sucede cuando tienen que hablar en público o tienen oportunidad de hacerlo. Se busca identificar las variables situacionales, personales y los aspectos cognitivos, autónomos y conductuales implicados en el MHP, así como las consecuencias de este. El objetivo es llegar a una **conceptualización compartida sobre el MHP**, similar, por ejemplo, a la presentada anteriormente en este tema, y aprovechando los ejemplos proporcionados por los interesados. Posteriormente, puede entregarse a las participantes un esquema recordatorio de la conceptualización alcanzada.

El siguiente paso es **acordar los objetivos** a lograr con la intervención y señalar que la consecución de los mismos es algo gradual. La meta general es ser capaz de hablar en público en diversas situaciones con una ansiedad mínima o manejable y una habilidad adecuada. Para conseguir esto se requiere reducir las reacciones autónomas exageradas y los pensamientos negativos, terminar con las conductas defensivas y de evitación, reducir las perturbaciones durante la actuación y mejorar las habilidades de hablar en público. A partir de aquí, **se justifica y se describe en general la intervención** a seguir. Luego, se inducen **expectativas realistas** de mejora, basándose en los datos existentes, y se avisa de que el progreso no será lineal.

ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN CONTROLADA

La respiración controlada es un procedimiento muy eficaz para lograr desactivarse y afrontar la ansiedad. La técnica puede introducirse en la primera sesión y aprenderse en **2-3 semanas**. Consiste en aprender a respirar de un modo **lento (8 ó 12 respiraciones por minuto), regular, no demasiado profundo y empleando el diafragma** en vez de respirar sólo con el pecho (véase la **tabla 3**). Se pide a las personas que empiecen a respirar sentadas siguiendo las pautas dadas y el ritmo de una cinta. **Durante la respiración**, se les alienta (“muy bien”, “eso es”) y, si es necesario, se les da retroalimentación graduada. Por ejemplo, si una persona respira demasiado profundamente y fuerza su respiración, hay que pedirle que: a) intente sincronizar poco a poco con el ritmo de la cinta, y b) reduzca gradualmente la profundidad de la respiración.

Una vez que las personas hayan seguido la cinta **fácilmente** durante 3 minutos, **se para la cinta** y se les pide que continúen respirando al mismo ritmo lento y regular durante 3 minutos. El objetivo es que aprendan poco a poco a prescindir de la cinta. Terminada la práctica, se les pregunta cómo ha ido y se resuelven posibles dificultades que hayan podido surgir. A continuación se explican las **adiciones útiles** al procedimiento de respiración controlada que están descritas en el punto 7 de la tabla 3 y se dice a las personas que, si lo desean, pueden adoptar alguna de ellas durante la siguiente práctica de la respiración controlada, la cual hacen durante 5 minutos, si es posible sin la ayuda de la cinta. Como actividad para casa, las personas practican **sentadas** la respiración controlada dos veces al día, a razón de 6 o más minutos cada vez; los 3 primeros minutos de cada vez pueden ser con ayuda de la cinta y los segundos 3 minutos, sin dicha ayuda. Como en todas las actividades para casa, completan un autorregistro que es revisado al comienzo de la siguiente sesión.

Durante la siguiente semana (2ª del programa general de intervención) se sigue con el entrenamiento en posición **de pie** y, a ser posible sin ayuda de la cinta. Como actividad para casa, las personas practican de pie dos veces al día, 6 o más minutos cada vez. Los 3 primeros minutos pueden ser con ayuda de la cinta y los segundos 3 minutos, sin dicha ayuda; o bien las personas

pueden emplear la cinta en días alternos.

En la siguiente semana (3ª) comienza el **entrenamiento en aplicación** de la respiración controlada. Se pide a las personas que hiperventilen durante 1 minuto y luego que practiquen la respiración controlada hasta lograr una respiración normalizada. La hiperventilación consiste en respirar por la boca rápidamente (30 veces por minuto), llenando completamente los pulmones al inspirar y vaciándolos completamente al espirar. Puede utilizarse como ayuda una cinta en la que se haya grabado el ritmo de sobrerrespiración a seguir. Todo este entrenamiento en aplicación **se repite de 2 a 4 veces** en la sesión; puede variarse la postura (primero sentado, luego de pie) e incrementarse el tiempo de hiperventilación hasta 2 minutos.

Si las personas son capaces de conseguir rápidamente una respiración controlada tras la hiperventilación, se les pide que practiquen esto en casa estando sentadas. En los demás casos, se les dice que practiquen de pie la respiración controlada dos veces al día, a razón de 6 o más minutos cada vez, sin ayuda de la cinta. Se pide también a las personas que practiquen la respiración controlada en situaciones de su vida diaria (viendo la TV, esperando en colas, en el coche ante un semáforo, etc.).

Durante la **siguiente sesión (4ª)**, se comprueba rápidamente si las personas saben aplicar la respiración controlada tras la hiperventilación. Si es necesario, se sigue con el entrenamiento en aplicación de la respiración controlada tras la hiperventilación. Puede introducirse la variante de hacerlo de pie si no se hizo antes. Luego, se pide a las personas que hagan la práctica correspondiente en casa. También se les dice que empiecen a practicar gradualmente en su medio la respiración controlada en situaciones en que experimente tensión física o emocional, con el fin de reducir esta. El paso final será comenzar a aplicar la respiración controlada en situaciones de hablar en público; esta exposición en vivo se explica en el apartado del entrenamiento autoinstruccional.

ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL Y EXPOSICIÓN GRADUAL EN VIVO

La finalidad de este procedimiento es modificar los pensamientos negativos o inquietantes que aparecen en las reacciones de ansiedad/pánico y en las situaciones temidas. **La técnica consiste en** aprender a identificar los pensamientos negativos cuando ocurren, en darse cuenta de su efecto perjudicial y en sustituirlos por otros pensamientos más positivos que ayuden a manejar la ansiedad y a hacer frente a las situaciones que se temen. Puede llevarse a cabo en un par de sesiones.

Se comienza explicando que para disminuir el impacto de los pensamientos negativos o inquietantes que aparecen en las reacciones de ansiedad/pánico y en las situaciones temidas, lo primero es saber detectar cuándo ocurren estos pensamientos y cuál es el contenido de estos. Para **identificar los pensamientos**, se pide a las personas, como tarea para casa al final de la primera sesión, que durante un par de días a lo largo de un par de minutos se imaginen vívidamente antes, durante y después de un par de situaciones de hablar en público muy ansiógenas para ellas (que les han ocurrido o les pueden ocurrir) y que luego escriban durante unos 3-5 minutos los pensamientos que han pasado por su cabeza en cada uno de esos tres momentos; también pueden añadir los pensamientos que tienen en general sobre hablar en público.

En la sesión siguiente, se pide a las personas que **digan los pensamientos que han registrado** y se anotan en la pizarra de acuerdo a los tres bloques temporales mencionados (véase la **tabla 4**). **Preguntas que pueden ayudar a la identificación de pensamientos** son: ¿Qué se ha dicho o dice usted a sí mismo en esa situación?, ¿qué imágenes pasan por su cabeza?, ¿qué cree usted que

puede suceder? Si las personas expresan sólo pensamientos muy generales, se intentan obtener pensamientos más específicos preguntando: “Entonces, ¿qué?”. **Los datos obtenidos en la entrevista, cuestionarios y autorregistros previos pueden utilizarse también** para identificar pensamientos.

El siguiente paso es discutir con las personas el **impacto que sus pensamientos tienen sobre sus sentimientos y sobre su comportamiento**. Si han surgido pensamientos positivos, se destaca esto y se discute también el impacto que tienen. Normalmente, las personas son capaces de reconocer el impacto de sus pensamientos en situaciones de hablar en público. Pero si alguien no apreciara cómo sus cogniciones influyen en sus emociones y conductas, podrían plantearse una serie de preguntas a partir de ejemplos de situaciones no relacionadas con su problema y/o de experiencias de la persona no relacionadas con su problema y, finalmente, de situaciones relativas a su problema. Ejemplos del primer tipo de situaciones aparecen a continuación:

- **Ejemplo del ruido en mitad de la noche.** Se le dice a la persona que imagine que alguien se encuentra solo en casa y hacia mitad de la noche escucha un ruido en otra habitación. Si pensara “ha entrado un ladrón en la casa”, ¿cómo cree que se sentiría? (“muy asustado”). ¿Cómo se comportaría? (“intentaría esconderse o llamaría a la policía”). Bien, supongamos ahora que ante el mismo ruido esa persona pensara “me he dejado las ventanas abiertas y el viento ha tirado algo”, ¿cómo se sentiría? (“asustado no, quizá enfadado o apenado por la pérdida de un posible objeto valioso”). ¿Y cómo se comportaría? (“iría a ver que ha pasado”). A partir de aquí se discutiría que el modo en que se interpreta una situación influye en cómo uno se siente y responde a la misma.
- **Ejemplo del estudiante con ansiedad ante un examen.** En un examen comienza a pensar que las preguntas son muy difíciles, que todo va a ir mal, que no lo va a sacar y que sus compañeros parecen estar respondiendo muy bien. Tras preguntar a la persona cómo se sentirá y reaccionará el estudiante, se supone que este cambia su línea de pensamientos en el sentido de intentar manejar la situación, organizar sus ideas y localizar las preguntas más fáciles para empezar por ellas. A partir de aquí, se sigue como en el ejemplo anterior.

En tercer lugar, se pide a las personas que, **en el caso de los pensamientos negativos, proporcionen algunos ejemplos de formas alternativas de pensar** o de ver las cosas, se pregunta sobre el efecto de estos pensamientos alternativos y se busca que las personas vean el contraste entre el impacto de los pensamientos negativos y de los positivos. Luego, se les pide que **desarrollen por escrito** cada una por su cuenta y durante unos 10 minutos una **lista de pensamientos personalmente pertinentes y creíbles** que les sirvan de ayuda para afrontar la ansiedad/pánico y las situaciones temidas. **Para cada pensamiento negativo identificado** en cada una de las tres fases de una situación ansiógena (antes, durante, después) **deben buscar un pensamiento alternativo creíble**. A continuación se ofrecen tres ejemplos:

- Pensamiento negativo: Se darán cuenta de lo nervioso que estoy.
- Pensamiento alternativo: Es mucho mayor el miedo que siento que el que los otros ven, si es que lo ven.
- Pensamiento negativo: Me voy a quedar en blanco.
- Pensamiento alternativo: Si me pasa, haré una pausa para tranquilizarme; luego pensaré cómo seguir.
- Pensamiento negativo: Haré el ridículo.
- Pensamiento alternativo: Me he preparado bien, así que las cosas no tienen por qué ir

mal.

Los participantes **también pueden añadir otros pensamientos positivos que encuentren útiles**, aunque, de entrada, no parezcan alternativas específicas para los pensamientos negativos identificados. Es fundamental que haya pensamientos que recuerden a las personas **(re)dirigir la atención a la tarea** que tienen entre manos (dar la charla).

Elaborada la lista, se hace una **puesta en común** de los pensamientos elaborados por las personas pidiendo a estas que lean en voz alta sus pensamientos negativos (o algunos de ellos) y los pensamientos alternativos correspondientes. Se les anima a intervenir cuando hable alguien para comentar o añadir algo (p.ej., su propio pensamiento alternativo si tenían el mismo pensamiento negativo) y a tomar notas si consideran útiles los pensamientos expresados por otros.

- Si es necesario, se ofrece ayuda a las personas, en forma de **modelado y/o retroalimentación**. Por ejemplo, pueden matizarse algunos de los pensamientos surgidos o pueden ofrecerse otros modelos de pensamientos tales como los pensamientos de afrontamiento que aparecen en la **tabla 5**. Este material puede entregarse posteriormente por escrito. No se trata de que las personas adopten tal cual los pensamientos presentados como ejemplos, sino de que los empleen como una ayuda para elaborar pensamientos que estén formulados con sus propias palabras, que les resulten creíbles y que tengan significado para ellas. **Parece mejor el empezar a utilizar autoinstrucciones que no difieran excesivamente de los pensamientos negativos**, ya que si no, los pensamientos alternativos no resultan creíbles. Posteriormente, pueden emplearse autoinstrucciones más divergentes.
- Otro punto a señalar, si viene al caso, es que si bien los **pensamientos generales** (“puedo hacer frente a esta situación”, “¡basta de pensamientos negativos!”) son útiles, los pensamientos **específicos** (“mucha gente se ha quedado bloqueada alguna vez y además, cuando me ha pasado, he conseguido seguir adelante”) son especialmente provechosos.
- También conviene tener en cuenta que aunque los pensamientos alternativos pueden ser más o menos largos, **aquellos que vayan a emplearse durante la charla deben ser cortos** para que no interfieran y ayudar a centrar la atención de las personas en la tarea.

Terminada la puesta en común, se **mencionan aquellos pensamientos negativos importantes previamente identificados para los que no parece haberse elaborado ningún pensamiento alternativo** y se pide a las personas que vayan diciendo un pensamiento incompatible de afrontamiento. Igualmente, se les pide que compartan aquellos otros pensamientos positivos que hayan formulado y que no han sido comentados hasta el momento.

Como actividad para casa, se termina de elaborar la lista de **pensamientos alternativos**. Se pide a las personas que escriban dichos pensamientos en **tarjetas** pequeñas que puedan llevar encima, de modo que puedan leerlas o, mejor todavía, utilizarlas como recordatorio para decirse a sí mismas, en voz alta o encubiertamente, lo expresado en ellas. Una alternativa a escribir directamente en las tarjetas los pensamientos alternativos es escribir **un pensamiento negativo junto con el o los correspondientes pensamientos incompatibles**. En sesiones posteriores, **si algunos pensamientos pierden eficacia, deben ir sustituyéndose por otros nuevos**.

Se explica a las personas que el siguiente paso será la **aplicación de las autoinstrucciones** (y otras posibles estrategias de afrontamiento) **en situaciones gradualmente más ansiógenas** para aprender a manejar dichas situaciones y la ansiedad/pánico. De aquí, la necesidad de **leer y reparar** durante esta semana, al menos una vez al día, los pensamientos alternativos con el fin de ir

asimilándolos. Se dice a las personas que al principio, el empleo de los pensamientos alternativos puede parecer un poco mecánico y artificial; esto no es raro, es lo que ocurre siempre que se aprende una nueva habilidad. Inicialmente, dichos pensamientos tendrán que ser empleados deliberadamente, pero poco a poco, se convertirán en habituales y automáticos, de modo que al final se aprende a responder al estrés con pensamientos constructivos en vez de con pensamientos negativos.

EXPOSICIÓN GRADUAL EN VIVO

En la 5ª sesión comienza la aplicación de la respiración controlada y del entrenamiento auto-instruccional en situaciones de hablar en público gradualmente más ansiógenas, tanto en la sesión como en el medio natural de los participantes. En las situaciones de exposición, las emociones y pensamientos negativos deben ser detectados lo más pronto posible y servir de señales para pensar deliberadamente de forma más adaptativa. **Si los pensamientos negativos van acompañados de fuertes reacciones somáticas, es mejor aplicar primero técnicas de respiración**, ya que esto facilita el pensar de forma más adaptativa. Conviene tener en cuenta que el empleo de auto-instrucciones *durante* la charla puede tener un efecto distractor y perjudicial, por lo que durante la exposición deberán ser muy breves o reducidas a un mínimo o dejadas a un lado. Lo fundamental durante la charla es centrarse en la tarea que se tiene entre manos.

La exposición **permite lograr tres objetivos**: a) Aprender a romper la asociación entre las situaciones temidas y las reacciones de ansiedad y a responder de modo diferente ante dichas situaciones. b) Aprender que las consecuencias negativas anticipadas no ocurren y que, por tanto, no hay base para el miedo. c) Aprender que la ansiedad puede ser controlada con las técnicas de afrontamiento enseñadas (respiración controlada, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva).

La exposición en vivo permite en una primera sesión la aplicación de las estrategias de afrontamiento aprendidas; en las siguientes sesiones, todo esto se integra además con el entrenamiento en hablar en público. La exposición a las situaciones temidas debe ser gradual. **El primer paso a intentar**, tanto en la sesión como fuera, debe ser una situación en la que la persona tendrá éxito; es decir, en la que podrá permanecer y actuar con al menos un nivel moderado de competencia. Sin embargo, si se dispone de poco tiempo, se puede comenzar por una situación calificada con 40 ó 50 en la escala de ansiedad de 0 a 100.

Según lo dicho hasta ahora, tendremos **dos jerarquías de exposición**, una para las sesiones y otra para el medio natural de las personas. La primera se elabora en la sesión 4ª y la segunda en la 5ª, aunque no es necesario construirlas por completo de entrada, sino que puede hacerse conforme avanza la intervención. **Para construir estas jerarquías pueden tenerse en cuenta factores como** tamaño del auditorio; edad, sexo, estatus y nivel de conocimientos de los miembros del auditorio; grado en que se conoce al auditorio; nivel de dificultad del tema a exponer (por su complejidad o por resultar embarazoso o controvertido); nivel de preparación de la intervención y duración de la misma; formalidad de la situación; disponibilidad de notas; posición en que se habla (sentado, de pie); presencia o no de mobiliario (mesa, atril); grabación de la charla con cámara claramente visible; posibilidad de tener que contestar preguntas; y reacción del auditorio (interés, indiferencia, desinterés, crítica, evaluación).

Naturalmente, algunos de estos factores son más fácilmente manipulables que otros y algunos no podrán ser controlados en la jerarquía para el medio natural. Se aconseja que las **jerarquías sean individualizadas**. Sin embargo, y con fines pragmáticos, en el caso de la jerarquía a emplear en las sesiones pueden llevarse pensadas varias situaciones tipo que luego pueden ser adaptadas a cada persona, sustituidas en parte y/o complementadas con otras situaciones pertinentes para los

interesados. Estos deberán traer las charlas preparadas para la sesión correspondiente.

Ejemplos de situaciones tipo para la exposición en la sesión son: a) dar sentado una charla de 3 minutos (sobre sí mismo u otro tema) ante el grupo sentado en semicírculo; b) dar sentado una charla de 5 minutos ante el grupo dispuesto en hileras y con consulta ocasional de notas, en caso necesario; c) dar de pie, al lado de una mesa, una charla de 5 minutos ante el grupo dispuesto en hileras y con la ayuda de un esquema en caso necesario; d) dar de pie, sin mobiliario y sin notas, una charla de 5 minutos ante el grupo dispuesto en hileras (puede empezar a introducirse aquí la cámara de vídeo); e) dar una charla de 10 minutos y responder a un par de preguntas del auditorio; f) dar una charla de 5 minutos mientras dos miembros del auditorio se muestran desinteresados (bostezan, miran al reloj o al techo, parecen adormilados, hablan con el de al lado; para una consideración de las reacciones del auditorio, véase la **tabla 17**); g) dar una charla de 3 minutos preparada en 2-3 minutos (cuasiimprovisación); h) hablar de un tema durante 1-2 minutos sin tiempo de preparación previo (improvisación); i) dar una charla de 10 minutos y responder a un par de comentarios críticos del auditorio sobre lo que uno ha dicho. El tema de la charla va variando en cada paso. Por otra parte, habrá que estar atento para ir eliminando las posibles **conductas defensivas** existentes.

Conviene tener en cuenta que llegará un momento en que las personas **se habrán habituado al grupo** y este ya no generará ansiedad al hablar delante de él. Puesto que es muy difícil aumentar su tamaño o variar su composición, no hay que olvidar que puede acudir a otros **medios de potenciar la ansiedad**: grabar en vídeo de modo que la cámara sea claramente visible, aumentar la formalidad de la situación, hablar sin mobiliario delante, no permitir el uso de notas, reducir o eliminar el tiempo de preparación, tener que hablar de un tema embarazoso o controvertido, hacer que gran parte del auditorio se muestre indiferente u hostil, etc. Si el tratamiento es individual, habrá que buscar la colaboración como público de otras personas distintas al terapeuta o, si se juzga necesario, acudir a otros medios de preparación para la exposición en el medio natural, tales como la exposición imaginal, el empleo de públicos grabados en vídeo y/o la realidad virtual.

La **exposición imaginal** puede ser especialmente útil para personas muy evitadoras o extremadamente ansiosas y para aquellas situaciones temidas que son poco frecuentes en la vida real o difíciles de reproducir con realismo en la consulta. Por otra parte, si la exposición simulada a lo terrible que puede suceder fuera imposible o muy ansiógena, podría acudir también a la exposición imaginal para abordar los peores miedos. Pautas para conducir la exposición imaginal prolongada y ejemplos de escenas pueden consultarse en Beidel y Turner (1998). Como estos autores señalan, la escena debe incluir los elementos situacionales y síntomas fisiológicos (p.ej., sudoración), cognitivos (p.ej., preocupación por ser visto como incompetente) y conductuales (p.ej., expresarse de modo confuso) asociados con el miedo, así como las consecuencias negativas temidas (p.ej., los demás se dan cuenta de la incompetencia de uno). La exposición imaginal propuesta por Beidel y Turner se basa en un modelo de habituación a la ansiedad a través de la exposición prolongada (90-120 minutos en las sesiones iniciales) y no incluye ningún tipo de estrategia de afrontamiento durante la misma. Si este procedimiento es más o menos eficaz que la exposición simulada más reestructuración cognitiva, es algo que está por dilucidar.

Es especialmente importante enseñar a los participantes a **focalizar su atención en la tarea entre manos** en vez de en las sensaciones internas, errores propios y pensamientos negativos, que les llevan a centrarse en sí mismos en vez de en la tarea. Esto les permitirá: a) reducir la conciencia e intensidad de los síntomas de ansiedad; b) minimizar o evitar la interferencia que la autoconciencia tiene en su comportamiento; y c) obtener información que les ayudará a juzgar más realísticamente la situación social y a invalidar sus creencias negativas (“todo el mundo se da cuenta de lo nervioso que estoy”, “los demás me ven tal como yo me siento”).

Las **metas a conseguir en cada situación deben ser realistas** y adecuadas a cada fase del tratamiento. Así, una persona no debería proponerse en sus primeras charlas no sentirse ansioso, sino, por ejemplo, ser capaz de hablar durante un tiempo determinado. **Al principio de cada exposición**, la persona aplica, en caso necesario, la respiración controlada o profunda y verbaliza uno o más pensamientos positivos (en voz alta la primera vez); luego lleva a cabo la intervención en público. (Si fuera necesario, podría realizarse un breve modelado por parte del terapeuta.) Conviene que la primera persona que comience a hablar sea aquella que parezca tener menos miedo dentro del grupo. **Al final de la práctica** se revisa con la persona en qué medida ha conseguido las metas, el nivel de ansiedad inicial, las estrategias que ha aplicado y el nivel final de ansiedad. Los miembros del grupo ofrecen también sus impresiones sobre la actuación de la persona, el interés de su mensaje y la comprensión del mismo, impresiones que suelen ser más realistas que las de la propia persona y no implican infravaloración. Terminada la discusión, se lleva a cabo, de ser posible, una **segunda práctica** de refuerzo.

Al final de la primera sesión de exposición en vivo en la consulta se empieza a construir también una **jerarquía individualizada para la exposición en el medio natural** aprovechando al máximo las oportunidades de que disponga cada persona. Posibles pasos son exponer ante un compañero del grupo u otra persona, hacer una breve intervención en un grupo pequeño, formular una pregunta a un conferenciante, hacer un comentario de cierta extensión sobre algo expuesto en un grupo numeroso, hacer un brindis, presentar a alguien en público, hacer un comentario crítico sobre algo dicho en una exposición en público, dar una charla o exponer un trabajo ante un grupo pequeño y luego ante un grupo numeroso, solicitar críticas sobre lo que uno ha expuesto y contestar a las mismas. La jerarquía puede **elaborarse por entero o ir construyéndola por partes** a lo largo de las sesiones siguientes. Conviene recordar a las personas que el objetivo inicial es llevar a cabo la actividad en la medida de lo posible, aunque la ansiedad esté presente; finalmente, podrá perseguirse una buena ejecución con poca ansiedad. También puede ser útil que las personas **se imaginen llevando a cabo la actividad como preparación a la misma**.

Para cada actividad realizada en el medio natural, lo cual debe ser lo más frecuente posible, las personas completan un **autorregistro** en el que apuntan una descripción de la situación de hablar en público, la duración de la intervención, el nivel inicial de ansiedad experimentada (0-10), las estrategias de afrontamiento aplicadas, las mejoras que le conviene hacer en las mismas, el nivel posterior de ansiedad tras aplicar las estrategias, cómo ha reaccionado el auditorio, y satisfacción con la propia actuación (0-10) y, si es el caso, acciones a emprender. Si la intervención se hace ante un compañero del grupo, se comenta con este cómo ha ido y se recibe la retroalimentación correspondiente. Al comienzo de cada sesión se revisan las prácticas realizadas por las personas en su medio natural.

Hacia la 6ª sesión se introduce la **grabación en vídeo** de alguna o algunas de las exposiciones en la sesión, ya que su visionado por parte del participante es fundamental de cara a modificar la imagen distorsionada que este tiene de sí mismo. Antes de ver el vídeo, se pide a la persona que:

- a) **Prediga** el tipo e intensidad de las reacciones somáticas y conductas que mostrará en el vídeo; la intensidad puede operacionalizarse a través de calificaciones tipo Likert o modos más gráficos (p.ej., “muéstreme cuánto temblará”, “elija en esta carta de colores el rojo que corresponde a su rubor”).
- b) Cierre los ojos e **imagine** claramente cómo cree que aparecerá (vídeo mental).
- c) Se mire a sí mismo como miraría a un extraño (es decir, desde la perspectiva de un **observador objetivo**), fijándose sólo en lo que ve y oye en la grabación, e ignorando explícitamente lo que siente. Previamente se discute la distinción entre cómo se siente uno y cómo aparece a los ojos de otros.

Luego, participante y terapeuta revisan la cinta (o la parte de la misma que se considere necesaria) y discuten la precisión de los puntos de vista del primero y se busca que este manifieste lo que ha aprendido de la experiencia. El participante puede comprobar generalmente cuán distinta es la imagen que tiene de sí mismo de la que realmente ofrece, lo cual contribuye sobremanera a reducir su ansiedad. Si en algún caso, la imagen real fuera negativa, habría que analizar si se debe a un déficit de habilidades o a que la persona está centrada en sus sensaciones y pensamientos negativos; después se actúa en consecuencia.

Una vez que la persona ha establecido una **autoimagen más precisa, se le pide que la recuerde** cuando la impresión distorsionada le asalte. También puede emplear **autoinstrucciones** del tipo: “es muchísimo más lo que siento que lo que se ve”, “siento mucho calor en la cara, pero el rubor que los demás ven es mínimo”, “me siento supernervioso, pero no se nota en absoluto”, “a veces me bloqueo un poco, pero los demás o no se dan cuenta o no le dan importancia”. Por otra parte, conviene tener en cuenta que la **retroalimentación audiovisual no será adecuada** al comienzo del tratamiento para aquellos participantes que manifiestan claros y diversos aspectos negativos. En estos casos, hay que posponer dicha retroalimentación hasta que mejoren dichos aspectos mediante la exposición repetida y/o el entrenamiento en habilidades.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA Y EXPOSICIÓN GRADUAL EN VIVO

Es posible que la elaboración de pensamientos alternativos creíbles se vea entorpecida por firmes creencias en algunos de los pensamientos negativos. Si bien **en ocasiones la exposición será suficiente para contrarrestar estas creencias, en otros casos puede ser necesario el empleo de la reestructuración cognitiva**. En esta, el terapeuta ha de ayudar a la persona a: a) identificar sus cogniciones negativas, b) comprender el impacto de estas sobre las reacciones emocionales y conductuales, c) considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba, d) cuestionar verbal y/o conductualmente las cogniciones inadecuadas mediante preguntas (método socrático), información y experimentos, y e) modificar estas cogniciones y sustituirlas por otras más apropiadas. Es una técnica que puede ser útil para aquellas personas que encuentran el proceso del entrenamiento autoinstruccional insuficiente o, incluso, simplista.

Los pasos “a” y “b” han sido ya abordados al hablar del entrenamiento autoinstruccional. Para reconocer que los **pensamientos son hipótesis**, no hechos, y que por tanto necesitan ser comprobados puede emplearse un ejemplo sobre los pensamientos de una persona en una situación determinada de cara a que el grupo identifique otras interpretaciones posibles. Un caso sería el del chico/a que le propone a un miembro del sexo preferido ir al cine el fin de semana, recibe una respuesta negativa (lo siento, no puedo) y piensa que no le interesa para nada a la otra persona. Otro caso es el de la persona al que un día no le saluda un compañero de trabajo y piensa que debe tener algo en contra suyo.

Reconocida la naturaleza hipotética de los pensamientos, estos pueden **ser cuestionados de dos modos básicos**: a) **verbalmente**, mediante el análisis lógico y la consideración de los datos basados en las propias experiencias previas y/o en las de otros, y b) **conductualmente**, llevando a cabo experimentos para comprobar si las predicciones derivadas de los pensamientos negativos (expectativas, interpretaciones, atribuciones, valoraciones) se cumplen o no. Para poder reestructurar verbal o conductualmente un pensamiento de forma eficaz, es fundamental que este **pensamiento sea definido en términos específicos o concretos**. Así, por ejemplo, “la cosa irá fatal” contra “me quedará bloqueado durante dos minutos y no podré continuar”. En las primeras sesiones se emplea la reestructuración verbal mediante el diálogo socrático; los experimentos conduc-

tuales quedan reservados a partir del momento en que empieza a emplearse la práctica de hablar en público.

La reestructuración verbal emplea dos estrategias básicas, especialmente la primera de ellas: a) **Método socrático**: El terapeuta cuestiona los pensamientos de la persona mediante preguntas y entrena a esta a formularse dichas preguntas para que evalúe críticamente sus pensamientos. b) **Información, correcciones y contraargumentos por parte del terapeuta y del grupo** cuando la persona no aporta o logra descubrir información importante o cuando dispone de información errónea.

Ejemplos de **preguntas que pueden utilizarse en el método socrático** pueden verse en la **tabla 6**. Naturalmente, estas preguntas no son exhaustivas. Además, no tienen por qué ser necesariamente las preguntas concretas a realizar, sino que pueden indicar el camino a seguir. Las preguntas están **agrupadas en cuatro bloques** según se empleen para: a) Examinar las **pruebas** de un pensamiento. b) Examinar la **utilidad** de un pensamiento. c) Examinar **qué pasaría realmente** si lo que se piensa fuera cierto (p.ej., quedarse en blanco) y una vez identificada una nueva cognición, examinar las pruebas de la misma. d) Examinar **qué se podría hacer** si lo que se piensa fuera cierto. Por ejemplo, una persona con miedo a quedarse bloqueada al hablar en público podría pensar en posibles estrategias a emplear caso de que eso sucediera. Incluso en casos como este, puede ser aconsejable que la identificación de posibles soluciones preceda a la identificación y análisis de lo que pasaría si uno quedara bloqueado, ya que el sentir que se cuenta con recursos, disminuye la catastrofización. No todos estos pasos han de ser aplicados necesariamente para cada pensamiento a reestructurar.

Una vez reestructurada la nueva cognición identificada en el bloque “c”, **se va repitiendo el proceso** de suponer que es cierta hasta que el cliente es incapaz de identificar un nuevo pensamiento perturbador, no cree en el nuevo pensamiento negativo identificado o genera una nueva cognición neutral o de afrontamiento creíble, o hasta que el terapeuta lo considere oportuno (véase un poco más abajo la cuarta precaución sobre el empleo de la desdramatización). La repetición del proceso señalado puede hacerse en la misma sesión o a lo largo de distintas sesiones.

Las preguntas terminarán por ir dirigidas a la discusión de los peores miedos: ser rechazado por todo el mundo, ser visto como incompetente, etc. Esto es lo que se conoce como **desdramatización (descatastrofización)**: imaginar que lo peor que se teme es cierto, analizar cuán malo sería realmente y, según los casos, cuánto duraría, y ver qué se podría hacer. Conviene señalar **varias cosas respecto a la desdramatización**:

- **No se trata de ver un evento negativo como poco importante o neutral** (p.ej., es perturbador para la mayoría de la gente quedarse paralizado durante una charla), sino de evaluar críticamente su impacto real. Esto debe hacerse sin perder la actitud empática hacia el cliente.
- **El paso de suponer que lo que se piensa podría ser cierto, no tiene por qué ser introducido en la misma sesión que los anteriores.** Las personas que tengan dificultad para cuestionar las pruebas de su pensamiento inicial necesitarán trabajar más en ello, tanto en las sesiones como en casa, antes de pasar a cuestionar las derivaciones de dicho pensamiento.
- Como la desdramatización es una inundación cognitiva, hay que dedicarle el **tiempo suficiente** para que la persona pueda procesar la información y experimentar alguna reducción de ansiedad; en caso contrario, puede ser perjudicial. (Una alternativa a la desdramatización verbal es la imaginación prolongada de las peores cosas temidas.)

- **Puede que la desdramatización no sea siempre apropiada.** No es lo mismo pensar “hay gente a la que no le interesa lo que explico” que “a nadie le interesa lo que expongo”. En este último caso es mejor centrarse sólo en la validez de las interpretaciones hechas y en la búsqueda de soluciones para lograr cambios deseados en vez de plantear si es tan malo que lo que se expone no le interesa a nadie.

Ejemplos de **preguntas del primer bloque** que pueden emplearse con una persona que piensa que quedará en ridículo (la gente se mofará de él, al menos internamente) si se bloquea o queda en blanco al hablar en público son: “¿Ha tenido experiencias en que se haya bloqueado y haya quedado en ridículo? ¿Cómo sabe que ha hecho el ridículo? ¿Ha visto a gente bloquearse y quedar en ridículo por esto? ¿Ha habido veces en que usted u otras personas se hayan bloqueado y no hayan hecho el ridículo? Cuando alguien se bloquea, ¿usted u otras personas se mofan de él? Si no se mofan, ¿cómo reaccionan? ¿Basta un bloqueo para quedar en ridículo? Si no, ¿qué más hace falta? Podría abordarse también la siguiente cuestión: Para que la gente reaccione, necesita darse cuenta del bloqueo, ¿se da cuenta la gente de todos los bloqueos? ¿Que usted se dé cuenta quiere decir que los otros también se den?”.

Entre las preguntas enumeradas hay un par de ellas correspondientes a la estrategia de pedir a la persona que **se ponga en el lugar de los otros** (“cuando alguien se bloquea, ¿usted u otras personas se mofan de él?”; “si no se mofan, ¿cómo reaccionan?”). Esto es especialmente útil, ya que los participantes reconocen que no reaccionarían negativamente si a los demás les ocurriera lo que a ellos le preocupa (p.ej., ponerse rojos, cometer una equivocación); esto les puede ayudar a ver que los demás tampoco reaccionarán negativamente por lo general. Sin embargo, **algunas personas creen que otros les evaluarán negativamente a pesar de que ellas no juzgarían negativamente** a otra persona por la misma acción. Conviene preguntar entonces al participante si este comportamiento más crítico de los otros es hacia todas las personas en general o sólo hacia él. A partir de aquí, en el primer caso se pueden analizar con la persona las pruebas que justifiquen que los demás sean menos considerados que ella y pedirle que pregunte a los demás cómo ven las acciones de los otros para que compruebe que estos puntos de vista no difieren tanto de los suyos. En el segundo caso, se pueden analizar los datos de que los demás son más críticos con ella que con las otras personas y llevar a cabo alguna prueba para ver si las cosas son realmente así.

Una buena **pauta a seguir con las preguntas del primer bloque** respecto a un pensamiento negativo sería la siguiente: a) evaluar el grado de creencia en el pensamiento negativo; b) obtener las pruebas favorables a este pensamiento y discutir si realmente son favorables; c) buscar las pruebas contrarias al mismo; d) identificar interpretaciones alternativas; e) buscar la interpretación más probable según las pruebas existentes a favor y en contra de las distintas alternativas; f) evaluar el grado de creencia en la interpretación alternativa seleccionada; y g) evaluar de nuevo el grado de creencia en el pensamiento negativo. Si las pruebas a favor de un pensamiento sugieren la validez de este, entonces habrá que pensar en medios para cambiar la situación (o para aceptarla y manejar las emociones asociadas); así, por ejemplo, si una persona carece de ciertas habilidades a la hora de hablar en público, habrá que enseñárselas.

En cuanto al **segundo bloque** de preguntas, en el caso de una persona que cree que los demás pensarán que es raro si le ven temblar y ponerse rojo, puede pedírsele que considere si pensar así le es útil o no, si de hecho puede estar interfiriendo en su actuación (mucho más que temblar o ponerse roja) y si no le resultaría más conveniente centrarse en la tarea. Naturalmente, el pensamiento considerado en este párrafo, al igual que el mencionado en el párrafo siguiente, sería **abordado primero a nivel de su validez**: ¿Es cierto que los demás le ven temblar y ponerse rojo? Si es así, ¿cómo sabe usted que pensarán que es raro? ¿Qué otras cosas pueden pensar? ¿Cuál

es la más probable?

Ejemplos de preguntas del **tercer y cuarto bloques** que pueden emplearse para el pensamiento considerado al hablar del primer bloque son: ¿Realmente importa tanto que algunos piensen mal de usted por haberse quedado bloqueado? Si son extraños, ¿qué importancia tiene lo que crean? Si son amigos, ¿van a cambiar su opinión de usted por dicho motivo? ¿Quedaría alterada su relación con ellos? Por otra parte, si se bloqueara con cierta frecuencia al hablar en público, ¿qué podría hacer al respecto?

La reestructuración cognitiva se va haciendo por turno con cada persona por parte de los terapeutas y con ayuda del grupo. **No deben cuestionarse todos los pensamientos negativos** de una persona, sino sólo aquellos que contribuyen significativamente al malestar emocional y/o conductas problemáticas de la misma. Así, los pensamientos importantes no son los que tienen que ver con el escape/evitación de las situaciones temidas (“tengo que salir de aquí”), sino los relativos a temas de peligro (“se reirán de mí”). Un fóbico a hablar en público puede pensar “no sabré expresarme bien”, “los demás se darán cuenta”, “se reirán de mí”. En este caso, se comenzaría abordando los pensamientos automáticos iniciales para pasar posteriormente al pensamiento final de la cadena, que es el que expresa la consecuencia más temida. Es fundamental no limitarse a las predicciones sobre la ocurrencia de síntomas de ansiedad (p.ej., “me pondré rojo”); hay que incluir las consecuencias, significados o implicaciones de experimentar estos síntomas.

En las terapias de tiempo limitado **no pueden abordarse todos los pensamientos significativos** asociados a la situación en la reestructuración cognitiva previa a la exposición simulada. Por ello, según (Hope y Heimberg, 1993), conviene seleccionar sólo unos pocos (p.ej., 1-2 en una situación de grupo) que impliquen errores cognitivos, que estén relacionados significativamente con la ansiedad experimentada en la situación y que puedan ser cuestionados en el tiempo disponible. Por ejemplo, en el caso de una persona que informa de los pensamientos “no sabré que decir”, “la charla acabará” y “pensarán que soy tonta”, se seleccionaría el primer pensamiento, el cual es el primer eslabón de la cadena que parecen formar todos ellos y que, de ser cierto, no produciría una impresión favorable en los demás.

Conviene tener en cuenta que el **cambio de los pensamientos negativos no depende del número de contraargumentos** (encontrados por la persona o proporcionados por otros), sino de encontrar aquellos argumentos o pruebas particulares que tienen para la persona un significado especial. Asimismo, es más fácil encontrar argumentos persuasivos si estos se derivan o **se apoyan en pensamientos adaptativos** de la persona.

Cuando parece que un pensamiento está suficientemente evaluado y discutido, se pide a la persona que resuma la reestructuración realizada y que la sintetice finalmente en uno o más pensamientos alternativos breves que sean fáciles de recordar y de usar en las situaciones reales. Es útil apuntar estos pensamientos en una **pizarra o un papel** para centrar una atención que puede estar limitada por la ansiedad y para favorecer el recuerdo. A continuación se presentan ejemplos de pensamientos reestructurados junto con una síntesis de los mismos que resume su significado y es más fácil de utilizar en las situaciones reales.

A. **Pensamiento inicial:** “La gente pensará que lo que voy a decir no es muy interesante”.

Reestructuración: “Bien, no sé por qué la gente va a pensar eso. En realidad, me he preparado bien esta charla pensando en el público y en estas condiciones la mayor parte de la gente reacciona de un modo favorable o neutral. Incluso si hay gente que responde negativamente, puedo pensar si esa respuesta está justificada o no. Que alguien responda negativamente no quiere decir necesariamente que yo haya hecho algo mal. Si su respuesta no está justificada, ¡qué se le va a hacer! Uno no puede contentar a todo el mundo ni todos tenemos las mismas opiniones.

Si está justificada, desde luego me sentiré molesto, pero me servirá para ver qué aspectos me es conveniente cambiar para la próxima ocasión. Todos cometemos errores; el haberme equivocado en algo no me hace estúpido, al revés, es de sabios aprender de los propios errores”.

Síntesis: “Me he preparado bien, así que lo más probable es que la charla resulte interesante. Y si me equivoco en algo, me servirá para aprender”.

B. **Pensamiento inicial:** “El corazón se me va a *poner a mil*, siempre me pasa”. (Pensamiento correcto en este caso.)

Reestructuración: “Inquietándome por esto no va a impedir que suceda, incluso va a agravarlo. En vez de preocuparme, puedo pensar en cómo solucionar las cosas. Por ejemplo, puedo dejar de pensar en ello, puedo aceptarlo y esperar que se vaya reduciendo como normalmente sucede, y puedo concentrarme en pensamientos más adaptativos como ver de qué forma voy a comenzar mi charla. Además, incluso si las primeras veces no consigo mucho, es comprensible. Claro que me sentiré algo molesto, pero estas cosas no se logran en un día; se requiere práctica repetida”.

Síntesis: “Pensar en esto no me ayuda, lo mejor es concentrarme en cómo voy a empezar”.

Si la **reestructuración** realizada por una persona es **incompleta** se le pregunta a ella y al grupo si podría añadirse algo importante. Si **fuera incorrecta** en algún aspecto, se discutiría esto a partir de preguntas con la persona y el grupo. En caso necesario, los terapeutas pueden proporcionar información para corregir ciertas afirmaciones o señalar algo que falta.

Tras la evaluación de cada pensamiento, la persona debe valorar el grado de creencia en la reestructuración hecha y en el pensamiento original. Conviene tener en cuenta que en la reestructuración previa a cada situación, lo importante no es tanto que el cliente quede convencido de que las cosas son de otra manera (esto requiere tiempo y acumulación de pruebas), sino que acepte que *pueden* ser de otra manera y esté dispuesto a comprobarlo. Por lo tanto, el papel de la reestructuración verbal es facilitar la exposición y los experimentos conductuales.

Como **actividades para casa**, se pide a las personas que reestructuren por escrito algunos de sus pensamientos negativos (2-3 para empezar) con ayuda de preguntas que se les entregan por escrito (algunas de las que aparecen en la tabla 6, pero formuladas, en caso necesario, en primera persona). En el autorregistro debe aparecer el pensamiento negativo, el grado de creencia en él, los pensamientos alternativos finales (la reestructuración detallada es opcional) y el grado de creencia en estos pensamientos y en el pensamiento negativo original. Las reestructuraciones son revisadas al comienzo de la siguiente sesión, algunas de ellas en público, y discutidas en caso necesario.

Tras un par de sesiones dedicadas a la reestructuración cognitiva, cada persona elabora una **lista de pensamientos alternativos creíbles** de modo similar al explicado al hablar del entrenamiento autoinstruccional. El siguiente paso es la **exposición gradual en vivo**, tanto en la sesión como en el ambiente natural.

Reestructurar los pensamientos negativos en situaciones de hablar en público en el grupo y en el ambiente natural es **esencial** ya que, al igual que la respiración, de poco sirve saber reestructurar en condiciones de tranquilidad –aunque este es un importante paso previo– si no se sabe hacerlo en las situaciones problemáticas. Además no basta con reestructurar en las situaciones perturbadoras, sino que la persona **debe comportarse en estas de acuerdo con su nueva forma de pensar**. Esto ayuda a restar credibilidad a los pensamientos negativos, a dar mayor credibilidad a los nuevos pensamientos y a mejorar la ejecución. Lo dicho para la exposición gradual en el caso

del entrenamiento autoinstruccional es aplicable aquí, aunque con las siguientes salvedades:

- **Antes de la exposición** en la sesión, se aplica la respiración controlada o profunda, se identifican los posibles pensamientos negativos y se verbalizan afectivamente uno o más pensamientos alternativos (en voz alta la primera vez, encubiertamente después) que permitan concentrarse en la tarea, controlar la ansiedad y facilitar una autoimagen más positiva; estos pensamientos pueden llevarse escritos en tarjetas. Una reestructuración cognitiva más detallada en este momento queda reservada a los casos necesarios (p.ej., persona que no se atreve a realizar la práctica). **Durante la charla** se emplean, como mucho, *breves* pensamientos alternativos para no interferir en la actuación.
- **Al final de la práctica** se lleva a cabo una evaluación realista de lo ocurrido durante la misma con el fin de introducir los cambios oportunos en caso necesario. Se revisa en qué medida se ha alcanzado la/s meta/s, la ansiedad experimentada, el empleo del pensamiento alternativo y el posible surgimiento de nuevos pensamientos negativos interferidores. Si es preciso, se repite la charla. En la exposición en el **ambiente natural** las personas deben aplicar la reestructuración cognitiva antes y después de hablar en público, y luego se revisa en la siguiente sesión a partir del autorregistro completado.
- El **autorregistro** completado en las situaciones naturales incluye además los pensamientos negativos tenidos, el grado de creencia en los mismos, los pensamientos alternativos elaborados tras la reestructuración y el grado de creencia en los pensamientos alternativos y en los pensamientos negativos originales.
- Si se emplean tarjetas de ayuda, caso de que resulte difícil pensar con claridad en las situaciones problemáticas reales, la persona puede **llevar escritos los pensamientos negativos y su reestructuración o los pensamientos alternativos resultantes de la misma**.
- Se aprovechan las exposiciones para llevar a cabo los **experimentos conductuales**.

Un **experimento** persigue comprobar si es cierto lo que se piensa y puede consistir en hacer o dejar de hacer algo, observar el comportamiento de otros o preguntar a otra gente acerca de lo que piensan, sienten o hacen. Por ejemplo, una persona que piensa que si uno se pone rojo, queda en ridículo y la gente se ríe internamente de él, puede preguntar a amigos, conocidos y otras personas cómo reaccionan o reaccionarían internamente ante una persona que se sonroja o se sonrojara en público. Otros posibles **ejemplos** de experimentos son los siguientes:

- a) Persona que **subvalora su actuación al hablar en público**. Tras haber anotado sus predicciones específicas sobre lo que ocurrirá y su grado de creencia en ello, se le graba durante la situación simulada y después se le pide que valore en escalas tipo Likert diversos aspectos específicos y la globalidad de su actuación, el grado en que se han cumplido sus expectativas y la medida en que sigue creyendo en sus predicciones. Luego, se le hace ver la cinta y volver a hacer las valoraciones a partir de lo visto en el vídeo; las valoraciones de su actuación tienden a ser más elevadas. Otra forma complementaria o alternativa (aunque probablemente menos eficaz) es obtener valoraciones de los mismos aspectos de la actuación por parte de otros que observan o participan y comparar estas valoraciones con las hechas por la persona. En ambos casos, las valoraciones pueden ser cualitativas además de cuantitativas.
- b) Persona que **crea que la gran ansiedad que experimenta internamente al hablar en público es notada por el auditorio**. Se le graba en vídeo y se le pide que explique deta-

lladamente la imagen que cree que ha dado, que califique los síntomas y grado de su ansiedad visible, que vea la grabación y que compruebe cuáles son realmente los signos y grado de su ansiedad manifestada. Otra posibilidad es que la persona dé una charla, califique su nivel de ansiedad y diversos síntomas en una escala 0-10, que pida a otras personas que hayan escuchado la charla que empleen la misma escala para valorar el miedo y síntomas que él ha manifestado y que compare los valores.

- c) Persona que **crea que un bloqueo o un temblor de manos en público hará que la gente se ría de él**. Que observe cómo responde la gente mientras el terapeuta u otra persona queda deliberadamente bloqueado o le tiemblan las manos. Otra opción es hacer una encuesta y preguntar a la gente qué piensa cuando alguien queda bloqueado en público.
- d) Persona que **crea que porque se ha quedado bloqueada un par de veces la charla ha sido un desastre total a pesar de haber sabido salir del bloqueo**. Se le pide que vea a una persona que le pase lo mismo (por ejemplo, el terapeuta haciendo de modelo), que valore el conjunto de la charla y que observe las valoraciones que hacen los otros miembros del público.
- e) Persona que **crea que su corazón se acelera en exceso en un determinado momento** de la situación de hablar en público (p.ej., antes de la charla). Se le puede medir el ritmo cardíaco y compararlo con los datos obtenidos en las mismas circunstancias por personas sin miedo a hablar en público.

Los experimentos deben permitir por una parte **someter a prueba si en realidad uno actúa tal como piensa o muestra los síntomas** que cree. Por otra parte, de cara a abordar el miedo a la evaluación negativa y sus consecuencias, los experimentos deben permitir evaluar las **reacciones y pensamientos de los otros**. Existen varias **maneras para evaluar lo que piensan los otros**:

- **Predecir comportamientos específicos que los otros mostrarán caso de que piensen algo** y observar si ocurren; por ejemplo, si el público piensa que un orador es aburrido, tenderá a mirarle menos.
- Hacer ciertas **preguntas a los otros para establecer si notaron ciertos síntomas y comportamientos** (“me parece que me temblaba mucho la voz al hablar, ¿cómo lo viste tú?”) y, en caso afirmativo, **qué pensaron** al respecto. Esta segunda manera es más directa y amenazante y puede ser descartada más fácilmente. Además, estos pueden no creer lo que los demás les dicen si piensan que intentan ser benevolentes, compasivos o quedar bien.
- **Preguntar a los demás qué piensan sobre ciertos comportamientos en general** (p.ej., que alguien se ponga rojo); esta encuesta puede ser llevada a cabo por el interesado y/o por otras personas como amigos, pareja, terapeuta, etc. A diferencia de la anterior, esta es una manera indirecta, ya que no pregunta sobre comportamientos de la propia persona.

Llevado a cabo un experimento, hay que **tomar nota de los resultados y discutirlos**. Si la **predicción no se cumple**, esto suele ayudar a la persona a darse cuenta de la invalidez del pensamiento o a plantearse la validez del mismo, aunque también puede tener explicaciones alternativas que le ayuden a mantener sus creencias (p.ej., que una sola prueba es insuficiente). Por lo tanto, hay que volver a preguntar por el grado de creencia en la predicción; una disminución es indicativa de la eficacia del procedimiento mientras que un mantenimiento requiere explorar las razones para el mismo. Para lograr reducir en la medida suficiente el grado de creencia e invalidar la predicción, un experimento puede tener que ser repetido varias veces en su forma original o

con modificaciones o bien nuevos experimentos deben ser llevados a cabo.

Si la **predicción resulta correcta** –lo cual requiere basarse en datos concretos y no en posibles malinterpretaciones por parte de la persona–, hay que analizar si el comportamiento y los pensamientos de la persona contribuyeron a los resultados y si la situación puede manejarse de modo diferente la próxima vez. **Para que los experimentos sean verdaderamente útiles**, es fundamental que la persona no centre su **atención** en sí misma, sino en la **tarea** (incluyendo los signos de evaluación neutral o positiva por parte de los demás) y **deje** de poner en práctica sus **conductas defensivas**. De este modo no sólo reducirá su ansiedad, sino que podrá obtener información que le ayudará a juzgar más realistamente la situación social y a invalidar sus creencias negativas (“todo el mundo se da cuenta de lo inepto que soy”, “los demás me ven tal como yo me siento”).

Finalmente, la persona debe **extraer las conclusiones oportunas** a partir de los resultados. Se trata primero de que resuma lo que ha aprendido. Por ejemplo: “puedo poner fin a un bloqueo si me tranquilizo y no lucho desesperadamente para salir de él”. En segundo lugar, debe **seguir actuando en correspondencia** con lo aprendido.

En los experimentos conductuales realizados en el medio natural, conviene que la persona complete un **autorregistro** en el que consten: a) fecha y situación, b) predicción (consecuencias específicas anticipadas, gravedad o intensidad de las mismas, grado de creencia en la predicción), c) experimento (qué se hizo para someter a prueba la predicción, posibles conductas defensivas empleadas), d) resultados (consecuencias que ocurrieron realmente, gravedad o intensidad de las mismas, medida en que se cumplió la predicción), y e) conclusión (qué se ha aprendido y grado de creencia en ello, grado de creencia en la predicción original).

Si una persona no se atreve a realizar un experimento, el terapeuta u otro miembro del grupo puede llevarlo a cabo en la situación real y aquella observar lo que sucede. Una vez que constata que lo que teme no ocurre, se le pide que lo haga ella misma. Otra posible ayuda es diseñar un experimento menos difícil del mismo tipo para ser realizado por el propio interesado.

ENTRENAMIENTO EN HABLAR EN PÚBLICO (EHP)

El EHP tiene como objetivo enseñar conductas adecuadas para hablar en público a través de instrucciones, modelado, discusión, práctica secuencial (ensayo conductual), retroalimentación y reforzamiento respecto a la ejecución realizada, y práctica en el ambiente natural. El objetivo no es convertir a la persona en un gran orador, sino en **proporcionarle unas habilidades mínimas que le den seguridad y confianza y eviten conductas que interfieran claramente con la comunicación**. De aquí que se enfatice que es mucho más importante lograr comunicarse que lograr una ejecución sobresaliente; las conductas que no son claramente inadecuadas no son motivo de entrenamiento.

Por otra parte, los **aspectos de exposición incluidos en el EHP son fundamentales** y pueden llegar a predominar sobre los de habilidad. Así:

- En vez de muchos ensayos breves con retroalimentación específica sobre diversos componentes de la actuación, los **ensayos de exposición (charlas) son más largos** para facilitar la habituación. Cuando el tratamiento es en grupo, las limitaciones de tiempo impiden las repeticiones de las charlas en la misma sesión, por lo que sólo en aquellos casos muy necesarios, se repite una parte de las mismas con vistas a mejorar el aspecto entrenado.

- Se enfatiza la **incorporación de los elementos temidos específicos de una situación, aunque** no sean pertinentes a las conductas requisitas. Por ejemplo, cómo se dispone el auditorio en una charla pública puede ser un estímulo temido importante, aunque las conductas necesarias para hablar en público no dependan de ello.
- Las **situaciones representadas pueden ser nada realistas o de ocurrencia extremadamente improbable, pero pueden representar el miedo de una persona a lo que puede suceder.** Así, un miembro del público puede ser instruido para señalarle a la persona un determinado síntoma de ansiedad, aunque este es apenas visible o el auditorio puede moverse del orador. Este tipo de exposiciones requieren el empleo de la reestructuración cognitiva antes y después del ensayo para preparar a la persona y analizar sus reacciones. Si la exposición simulada fuera imposible o ansiógena, podría acudirse a la **exposición imaginal** para abordar los peores miedos.

Los **componentes a entrenar** en el EHP suelen ser los siguientes: preparación de la charla y contenido verbal (introducción, coherencia y organización de las ideas, interés de las mismas, claridad expositiva, énfasis, conclusión), aspectos no verbales (mirada, expresión facial, gestos, orientación, movimiento, postura), aspectos vocales (volumen, entonación, fluidez, velocidad; en la fluidez se aborda el manejo de los bloqueos), contestación de preguntas y manejo de la crítica (aquí la exposición puede ser sobre un tema controvertido). **Guías para cada uno de estos aspectos pueden verse en las tablas 7 a 12;** guías para otros aspectos como la preparación y el empleo de notas y de ayudas audiovisuales pueden verse en las **tablas 13 a 15.**

Conviene decir que las guías a dar a las personas pueden ser mucho más sintéticas que las presentadas en estas tablas. Los **aspectos** concretos a entrenar pueden ser **individualizados** para cada persona según la información recogida en la evaluación inicial y en la observación de las charlas que vaya realizando. El componente de cómo preparar una charla no es enfatizado por muchos autores y, en cambio, es importante, ya que a mayor MHP, menor es la preparación de la charla (Daly, Vangelisti y Weber, 1995) y esta preparación es uno de los predictores significativos de la calidad de una charla (Menzel y Carrell, 1994).

Los aspectos seleccionados son abordados de un modo secuencial y acumulativo (hay que seguir teniendo en cuenta los ya entrenados previamente). Es **mejor centrarse inicialmente en los aspectos de contenido** más que en los no verbales y vocales. Estos suelen mejorar conforme se reduce el miedo. Una segunda ventaja de este modo de actuar es que el hablar en público se ve más como un **acto de comunicación** (se enfatiza la comprensión del mensaje por parte del auditorio) que de desempeño (se presta atención a las habilidades oratorias). Esto último hace que el paciente esté más pendiente de sí mismo y facilita el miedo. Finalmente, pueden trabajarse la contestación de preguntas y el afrontamiento de la crítica.

El EHP comienza a aplicarse en la **6ª sesión.** Para cada aspecto a entrenar, las personas reciben por escrito en la sesión anterior la información oportuna que describe qué conviene hacer y por qué (instrucciones). Esta **información es discutida** en la sesión correspondiente para ver si las personas han comprendido lo que se propone hacer, la importancia que le otorgan y las repercusiones que cree que tendrá su cumplimiento; caso de que haya alguna discrepancia, esto es abordado mediante una discusión en grupo. Por lo general, la información o instrucciones va acompañada de un **modelado** del aspecto considerado, el cual es especialmente útil cuando están implicadas ciertas respuestas no verbales y vocales o respuestas difíciles de explicar o que no han sido comprendidas. Con otros tipos de respuestas puede ser más eficiente basarse sólo en las instrucciones y hacer que el modelado siga a la práctica si la persona no se ha desempeñado bien en esta. El modelado puede ser en vivo (un miembro del grupo sin problemas en el aspecto a entre-

nar, un colaborador o el terapeuta) o simbólico (vídeo, cinta de audio) y, por razones de eficiencia, conviene que sea breve. Por otra parte, el modelo puede mostrar en ocasiones dos tipos de **comportamientos contrapuestos**: en la primera de las actuaciones no cumple, ya sea por defecto o por exceso, las normas incluidas en las instrucciones; en la segunda, muestra un comportamiento adecuado; sin embargo, esto alarga el procedimiento.

Las **metas** a conseguir en cada situación deben ser realistas. Así, una persona no debería proponerse en una charla no bloquearse, sino ser capaz de aplicar alguna estrategia para salir del bloqueo. **Antes de la práctica**, la persona procede tal cómo se explicó al hablar del entrenamiento autoinstruccional o la reestructuración cognitiva, pero una de las autoinstrucciones a emplear, ahora ya de modo encubierto, debe ser un recordatorio del aspecto conductual entrenado. Luego, la persona lleva a cabo la práctica de hablar en público intentando seguir las pautas acordadas y el ejemplo ofrecido por el modelo; se sigue la jerarquía previamente confeccionada. El **final de la práctica** sigue también las mismas pautas antes expuestas, pero se comienza con una **retroalimentación** positiva (señalar y elogiar lo que está bien hecho) y correctiva (señalar lo que conviene mejorar y cómo) por parte de la persona y, después, del grupo y del terapeuta, sobre el aspecto que se está entrenando y sobre otros previamente entrenados.

Conviene que el **grupo hable antes** que el terapeuta para que no se guarde sus comentarios o los modifique de acuerdo a lo oído al terapeuta. La retroalimentación por parte del grupo aporta diversos puntos de vista y valoraciones, permite detectar cosas que quizá se le hubieran pasado por alto al terapeuta y resulta más creíble y aceptable para la persona. El **terapeuta ratifica, completa, matiza y/o corrige** los comentarios hechos. Es fundamental que el terapeuta vigile para que todos den retroalimentación según las pautas recomendadas, las cuales han debido ser explicadas previamente (véase la **tabla 16**). Tras la retroalimentación de los miembros del grupo y del terapeuta, conviene solicitar a la persona que haga un resumen de lo que ha asimilado y que, caso de ser correcto, lo tenga en cuenta en el próximo ensayo.

A continuación se presentan diversos **ejemplos de retroalimentación**. Una persona que está trabajando la mirada ha dado una charla de 5 minutos ante un auditorio pequeño. Durante los tres primeros ha evitado mirar al auditorio, pero luego ha ido aumentando la mirada hasta que en el último minuto la ha repartido entre todos los presentes. El volumen de voz ha sido insuficiente. Retroalimentaciones inadecuadas serían:

- "Tienes que mejorar más la mirada " (falta especificidad y positividad, no ofrece alternativas, es categórica).
- "Ha hablado con un volumen muy bajo, casi no se le oía " (este no es el aspecto entrenado, se habla del sujeto en vez de dirigirse a él).

Un ejemplo adecuado sería: "Me ha gustado ver que has ido mirando cada vez más a la gente hasta que en el último minuto has mirado a todos los presentes. ¿Qué tal si ahora intentas esto mismo desde el principio?".

Algunas personas **desestiman las opiniones más positivas de los otros** afirmando que lo dicen para animarles o para no hundirles; es útil en este caso preguntarles si cuando ellas valoran la actuación de los otros miembros del grupo, dicen lo que piensan o bien dicen cosas falsas simplemente por animar. Si la respuesta es lo primero, como es habitual, entonces la persona suele admitir que los demás también hacen lo mismo; en caso contrario, se le pide que aporte algún dato que justifique el comportamiento diferencial de los otros en su caso.

Las charlas de práctica son grabadas en **vídeo**. Esto será útil para el análisis de ciertos experimentos conductuales, como se explicó antes, y para tener otra fuente de retroalimentación, la

cual es especialmente útil para clarificar algún aspecto sobre el que existe divergencia de opiniones. **No es necesario pasar toda la grabación, aunque puede hacerse, sino sólo aquella parte necesaria para el fin propuesto.** Por otra parte, conviene tener en cuenta que la retroalimentación audiovisual completa puede tener efectos negativos, especialmente cuando se aplica al comienzo del entrenamiento, ya que puede avasallar y descorazonar a la persona: todos los aspectos negativos quedan claramente patentes delante de sus ojos. Por ello, conviene bien posponer el empleo de este tipo de retroalimentación bien que la persona vaya recibiendo retroalimentación positiva y constructiva a medida que va viendo la cinta.

Si una persona sigue presentando deficiencias notables en un aspecto conductual tras la charla, se le pide repetir una parte de la misma tras la retroalimentación correspondiente. Si necesitara seguir trabajando aún más dicho aspecto, esto quedaría reservado para actividades en casa (p.ej. y según el aspecto, ejercicios en solitario y/o charlas ante algún compañero del grupo u otra persona), para las siguientes sesiones o para sesiones individuales paralelas a las de grupo. A medida que las personas van dominando mínimamente los aspectos entrenados, se les pide que pase a practicarlos en situaciones de hablar en público de la vida real siguiendo la jerarquía confeccionada al efecto. **Para fomentar el hablar en público fuera del grupo** en situaciones naturales, los participantes pueden buscar la colaboración de una o más personas pertenecientes al grupo o no. Estas personas animarían a los participantes a realizar las actividades y les ofrecerían su apoyo, retroalimentación y reforzamiento. Además, el terapeuta podría contar así con otras fuentes de información que se unirían a las de los propios interesados.

Para cada actividad realizada en el medio natural, las personas completan un **autorregistro** en el que apuntan lo ya explicado al hablar del entrenamiento autoinstruccional o la reestructuración cognitiva, pero añadiendo, tras el nivel inicial de ansiedad, una calificación (de 0 a 10) de los aspectos conductuales considerados y las mejoras que creen que les conviene hacer en los mismos. **Cada sesión siguiente comienza con un repaso** de cómo le fue a cada persona en la realización de las actividades. **El terapeuta, con la ayuda del grupo, alaba** los esfuerzos, mejoras y éxitos de la persona, **corrige** sus errores, le **alienta** a seguir practicando, **destaca las consecuencias positivas** de la nueva forma de comportarse, le pide **que recuerde** deliberadamente estas consecuencias y fomenta que se **autorrefuerce** por sus logros y progresos.

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO

Es conveniente, una vez terminado el entrenamiento formal, poner en marcha durante unos pocos meses un **programa de mantenimiento supervisado (por correo y teléfono)** que aliente la práctica continuada de hablar en público para conseguir así perfeccionar las habilidades correspondientes y/o reducir aún más el MHP. Öst (1989) ha presentado en detalle un programa de mantenimiento para los trastornos de ansiedad y en Bados (1993, 1995a) puede consultarse una aplicación del mismo en el campo de la agorafobia. De todos modos es muy posible que la eficacia de este programa y de la intervención sobre las DHP fuera mayor si en nuestro país los centros de enseñanza en particular y la sociedad en general potenciaran más las intervenciones en público.

El programa de mantenimiento se presenta en la **última sesión** (la 11ª) e incluye:

- a) **Breve revisión** con el paciente de los problemas iniciales de este y de la justificación, componentes y resultados del tratamiento aplicado.
- b) Explicación y justificación del **programa de mantenimiento**. Se enfatiza la necesidad de seguir practicando para mantener o mejorar los cambios conseguidos.
- c) Distinción entre **contratiempo** (paso temporal hacia atrás), **recaída parcial** (vuelta par-

cial y permanente hacia atrás) y **recaída total** (vuelta total y permanente hacia atrás). Un contratiempo es un fallo temporal en manejar una situación en la cual uno había experimentado ansiedad, pero que había logrado manejar tras el tratamiento durante bastante tiempo; un ejemplo, sería abandonar una situación tras experimentar una fuerte ansiedad. Un contratiempo puede transformarse o no en una recaída según como se maneje.

- d) Revisión de las **situaciones de alto riesgo** para los contratiempos: experiencias propias o vicarias vividas como muy negativas (ataques de pánico, bloqueos, ansiedad intensa, críticas), periodos de malestar emocional o estrés. Estar avisado de estas situaciones facilita afrontarlas caso de que surjan.
- e) Elaboración de una **lista individualizada de estrategias útiles para afrontar las situaciones de alto riesgo y los posibles reveses o contratiempos**: recordar que un contratiempo no es una recaída, no dejar que el contratiempo se generalice a otras situaciones, revisar las habilidades aprendidas (respiración, autoinstrucciones, reestructuración), volver a la situación problemática lo más pronto posible (o a una más fácil si es preciso) y seguir practicándola hasta lograr manejarla con poca ansiedad y sin conductas defensivas, continuar con la exposición continuada a otras situaciones temidas, buscar apoyo social, solicitar nuevo contacto con el terapeuta si lo anterior falla. También puede hacerse un ensayo de contratiempo en el que el terapeuta expresa los pensamientos negativos más importantes de la persona y esta responde de forma más adecuada.
- f) **Acuerdo contractual**, verbal o escrito, entre participante y terapeuta que especifique las obligaciones de cada uno.
- f) **Compromiso de la persona con una persona allegada** respecto a la exposición continuada a las situaciones temidas
- g) **Autorregistro** del cumplimiento de actividades de exposición. Este autorregistro es enviado al final de cada mes al terapeuta, el cual telefonea a la persona para discutir brevemente la práctica del mes precedente. Las actividades de exposición se extienden a lo largo de **6 meses**.

También puede darse a las personas unas **hojas resumen** que le sirvan de recordatorio de **cómo hacer una exposición en público** (véase la **tabla 17**) y de **cómo afrontar el miedo a hablar en público** (véase el **apéndice**). Caso de que sobre tiempo en la última sesión presentada en la tabla 2, tras haber completado el programa de mantenimiento, puede aprovecharse para que cada persona repase alguno de los aspectos entrenados o siga practicando aquel de estos que siga siendo más deficiente. Naturalmente, si una o más personas no han tenido suficiente con las sesiones dedicadas, habrá que proseguir el tratamiento con ellas.

El programa de tratamiento propuesto no será el más adecuado para todos los casos. Así, cuando el **miedo principal sea a sonrojarse, temblar o sudar**, conviene, para empezar, que la **meta** del tratamiento no sea la eliminación de estas reacciones, sino la reducción del miedo a las mismas. Estas son vistas como susceptibilidades individuales con las que hay que aprender a convivir. Además el tratamiento puede incluir: a) La **producción deliberada de las sensaciones** temidas, primero en el grupo y luego en las situaciones sociales reales. Por ejemplo, medios de producir la sudoración son beber líquidos calientes, ponerse delante de un radiador, llevar ropa de abrigo, llevar camisas de tejidos que favorecen la sudoración y la hacen más visible, y hacer ejercicio fuerte antes de la exposición. b) La **prevención de las conductas defensivas** sutiles. Por ejemplo, en el miedo al rubor: dejarse barba, echarse el pelo largo por delante, darse mucho maquillaje y llevar jerseys de cuello alto o grandes gafas oscuras. En el miedo a temblar: mantener las manos en los bolsillos o detrás, no coger cosas delante de los otros. En el miedo a sudar: llevar ropa ligera, ponerse al lado de ventanas abiertas. Puede emplearse también un **entrenamiento en concentración en la tarea**, como el descrito por Bögels, Mulkens y De Jong (1997).

Pueden citarse otros **casos para enfatizar la necesidad de individualizar el tratamiento**. Uno de ellos es el de Laguna, Healey y Hope (1998) comentado antes. Otro es el de un **profesor asociado universitario**, el cual desarrolló una fuerte fobia a hablar en público que afectó tanto a sus clases como a otras frecuentes situaciones de hablar en público que su trabajo le requería. Su queja era que **se bloqueaba frecuentemente y no sabía salir del bloqueo** a no ser que algún otro interviniera o él abandonara temporalmente la situación; esto le había conducido a evitar todas las situaciones que podía, buscar ayudantes o tener previsto algún modo de escapar de la situación. El **tratamiento inicial incluyó** entrenamiento en respiración, estrategias para salir de los bloqueos, producción deliberada de estos al hablar en público y mantenimiento de los mismos durante un corto espacio de tiempo y eliminación de las conductas defensivas. El paciente mejoró, pero a los 3 meses **recayó**. Tras esto, el terapeuta pronto descubrió que los bloqueos también afectaban a otras situaciones sociales (fiestas familiares, reuniones con subordinados, entrevistas con jefes) y que el problema radicaba en una **fuerte creencia de tener que hacerlo todo perfectamente** (no sólo hablar en público). El primer paso fue que el cliente reconociera esto, lo que no resultó fácil. A partir de aquí, se emplearon diversas técnicas (Bados, 2001b):

- **Revisión histórica.** Por medio de esta el paciente vio que su creencia fue el resultado de una historia temprana de demostrar a su exigente padre (que lo minusvaloraba) que él sabía hacer bien las cosas.
- **Enumerar y sopesar las ventajas y desventajas de la creencia.** Ventajas: hago un buen trabajo a veces y me siento satisfecho por ello; se me valora el buen trabajo que hago; me sirve para mantener el cargo de responsabilidad en el trabajo. Desventajas: siento una gran ansiedad que me impide muchas veces hacer las cosas tan bien como puedo; evito hacer cosas para no correr riesgos, con lo que pierdo oportunidades y no cometo errores necesarios para aprender; invierto demasiado tiempo; otros que no son tan perfeccionistas son igual de valorados que yo y tienen cargos de igual o superior responsabilidad; tengo problemas con familiares, amigos y compañeros por mi exigencia. El paciente comprobó que las desventajas pesaban mucho más que las ventajas y escribió sus conclusiones en tarjetas que podía consultar en las situaciones pertinentes.
- **Pedir a ciertos familiares y amigos lo que opinaban sobre sus conductas perfeccionistas** y de exigencia.
- **Actuación deliberada en contra de la creencia.** Esto implicó reducir el grado de perfeccionismo al hacer muchas cosas en la relación con la familia y amigos y en el trabajo. Se incluyó también no intentar salir desesperadamente de los bloqueos que se producían naturalmente, sino aceptarlos y tranquilizarse; la eliminación de las conductas defensivas (escapar de la situación con alguna excusa, hacer que otro interviniera); la producción deliberada de bloqueos y su mantenimiento durante un rato; y el reconocimiento público de los mismos e incluso del hecho de estar nervioso.

El tratamiento total de este paciente no duró 10-11 sesiones, sino que se extendió a lo largo de **más de un año**, aparte del programa de mantenimiento.

TABLAS

Tabla 1. Errores frecuentes al hacer una exposición en público.

- Preparar y dar la charla sin tener en cuenta los intereses, conocimientos y actitudes del público y las características de la situación.
 - Hacer una introducción demasiado larga o poco motivadora.
 - Hablar de modo demasiado vago y abstracto; poco empleo de ejemplos, analogías, demostraciones, datos, testimonios o toques de humor, los cuales atraen y mantienen el interés.

 - Dar prioridad a la transmisión de información sobre la captación del interés del público.
 - Dar demasiado contenido para el tiempo disponible.
 - Falta de sistematización y orden en la exposición.

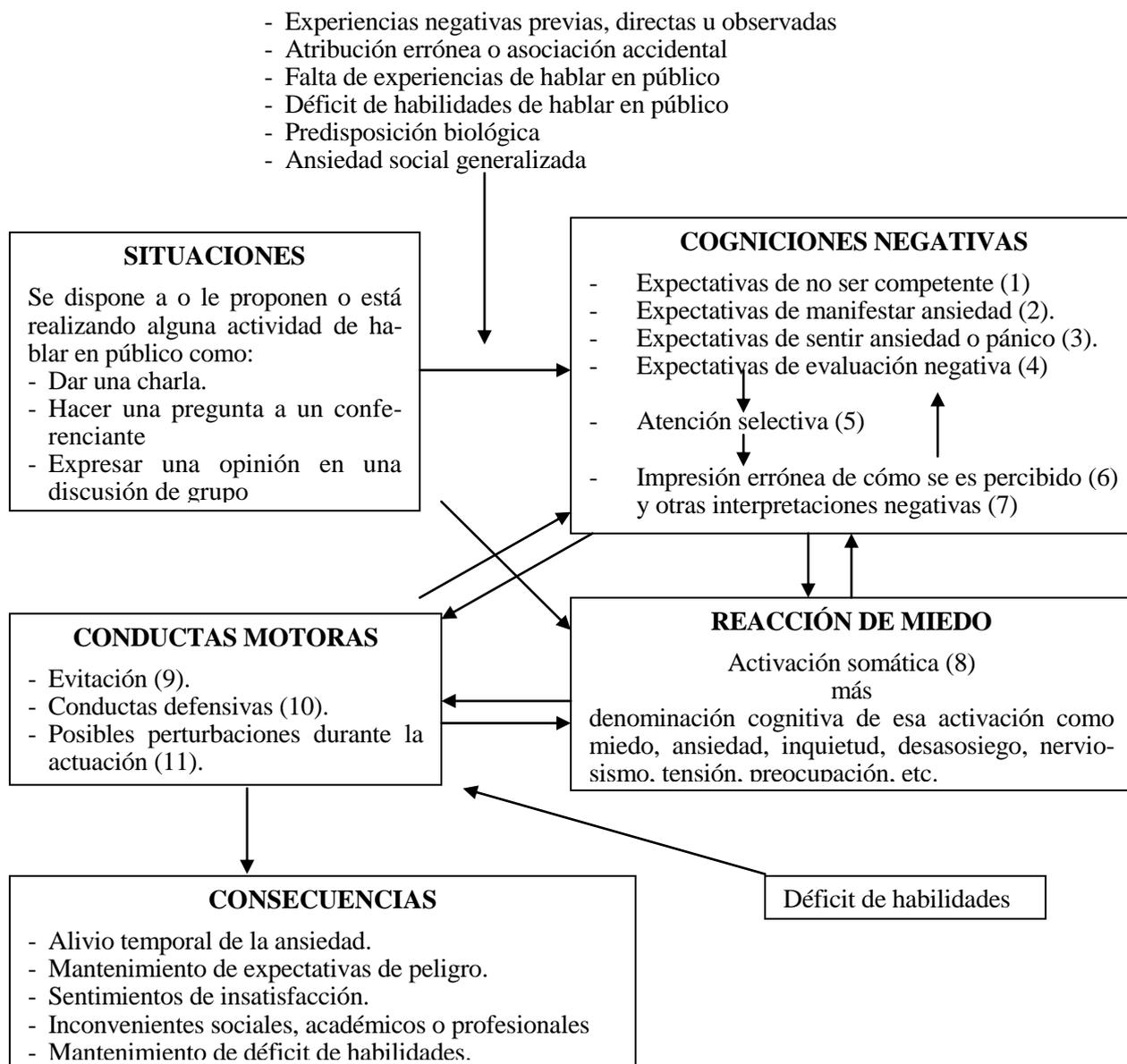
 - No enfatizar las ideas principales.
 - No hacer conexiones entre ideas sucesivas o distintas secciones de la exposición.
 - No hacer patente cuándo se está haciendo un aparte o paréntesis en la explicación.
 - No hacer resúmenes al final de cada parte o sección de la exposición.

 - Falta de adecuación entre el tiempo dedicado a una idea y la importancia de esta.
 - Consultar excesivamente las notas.
 - Mirar selectivamente a una parte del público.

 - Hablar con poca expresividad vocal y gestual.
 - Moverse excesivamente de un lado a otro.
 - Hablar de modo monótono.

 - Emisión frecuente de sonidos tipo *eh, uhm, ah*.
 - Ausencia de pausas (p.ej., para enfatizar o para permitir que el público asimile lo que acaba de oír).
 - No hacer descansos (1-2 minutos) o no inducir cambios de actividad del público (hacer algo en vez de escuchar) cuando la situación lo permite y hace aconsejable (p.ej., en clases).

 - Mala elaboración de ayudas audiovisuales (letra pequeña, demasiada información, poco contraste figura-fondo).
 - Mal empleo de las ayudas audiovisuales (mirarlas más que al público, hablar cara a las mismas, taparlas con el propio cuerpo, dejarlas siempre expuestas).
 - Pasarse del tiempo disponible.
 - Falta de conclusión: no se resume al final lo esencial de la exposición.
-

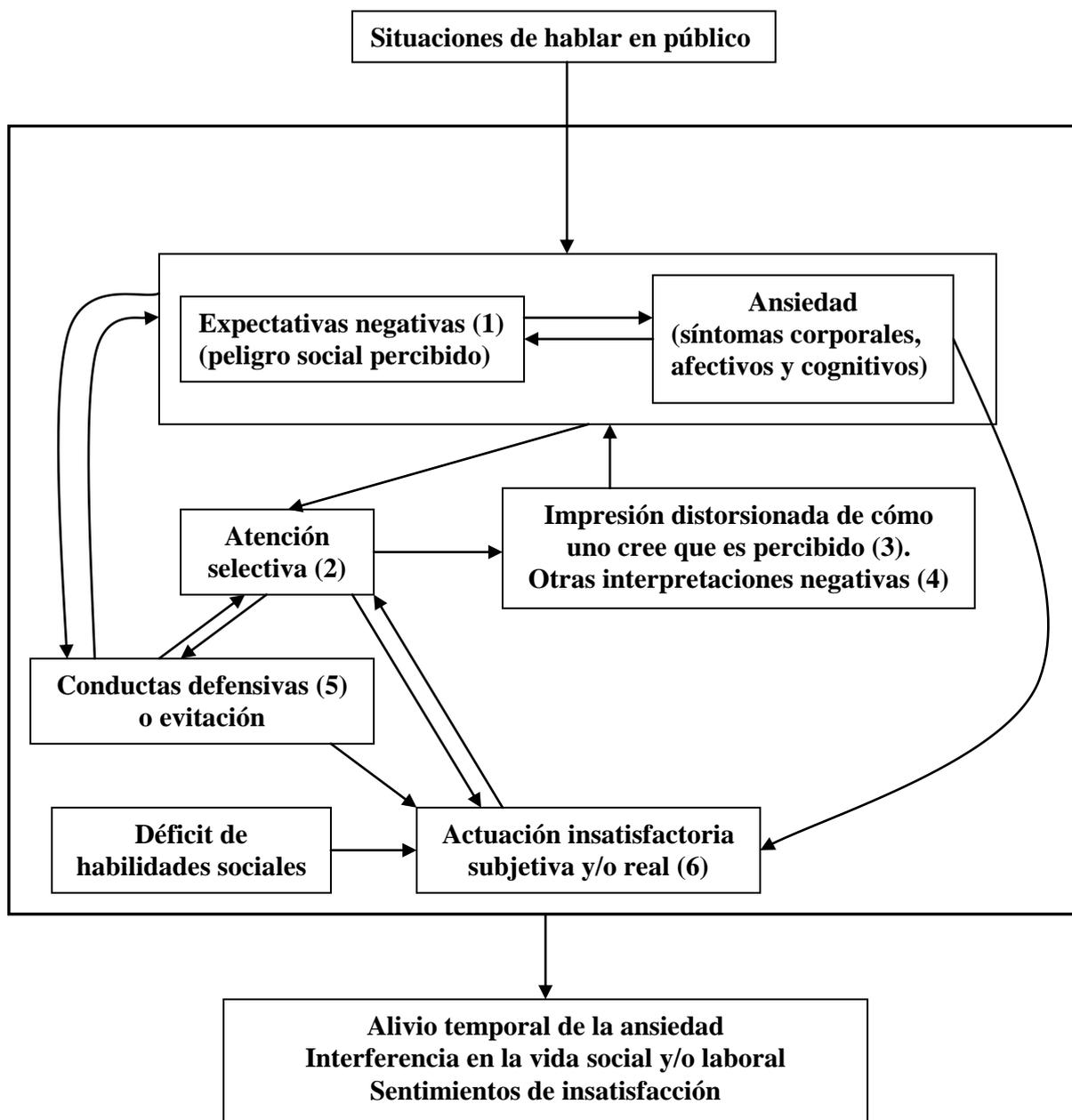


- *Cogniciones*: (1) “Nunca seré capaz de conseguirlo”, “soy un desastre para esto”. (2) “Estoy sudando y los demás se están dando cuenta”, “me voy a quedar bloqueado, lo sé”. (3) “Voy a tener un ataque de pánico”, “es imposible aguantar esta ansiedad”. (4) “Pensarán que sólo digo tonterías”, “voy a hacer el ridículo”. (5) A los síntomas físicos de ansiedad (especialmente los visibles), cogniciones y emociones negativas, errores propios y reacciones negativas de los otros o interpretadas como negativas. (6) Se asume que el modo en que uno se siente y percibe es el modo en que es percibido. (7) “Me he equivocado, soy un inepto”, “piensan que soy aburrido”.

- *Activación somática*: (8) Sudoración, ritmo cardíaco acelerado, sonrojamiento, molestias en el estómago, tensión muscular, respiración rápida o difícil, manos frías, sequedad de boca.

- *Conductas motoras*: (9) Se recibe una propuesta de hablar en público y se buscan excusas para no hacerlo. (10) Leer las notas, no mirar al público, acabar lo antes posible, abandonar la situación. (11) Bloqueos, tartamudeo, repeticiones frecuentes de palabras, incoherencias, voz monótona o temblorosa, inexpresividad facial, postura rígida, retorcerse las manos.

Figura 1. Modelo explicativo de las dificultades para hablar en público. Tomado de Bados (2001b, pág. 171). (*) Uso limitado.



- (1) Expectativas de no ser competente, de manifestar ansiedad que los otros verán, de sentir síntomas ansiedad o pánico y de ser evaluado negativamente.
- (2) A los síntomas físicos de ansiedad (especialmente los visibles), cogniciones y emociones negativas, errores propios y, en menor medida, reacciones negativas de los otros o interpretadas como negativas.
- (3) Se asume que el modo en que uno se siente y percibe es el modo en que es percibido.
- (4) Los errores propios y los síntomas de ansiedad son vistos como signos de ineptitud y fracaso y como evidencia de que se está ya produciendo una mayor o menor evaluación negativa.
- (5) Leer las notas, no mirar al público, acabar lo antes posible, abandonar la situación.
- (6) Bloqueos, tartamudeo, repeticiones frecuentes de palabras, incoherencias, voz monótona o temblorosa, inexpresividad facial, postura rígida, retorcerse las manos.

Figura 2. Modelo explicativo del miedo a hablar en público.

 Tabla 2. Resumen de un tratamiento de las dificultades para hablar en público (DHP).

Sesión 1

- Presentaciones y acuerdo sobre normas de funcionamiento.
- Acuerdo sobre el orden del día y conceptualización compartida sobre las DHP.
- Acuerdo sobre los objetivos a lograr.
- Justificación y breve descripción de los componentes de la intervención.
- Entrenamiento en respiración controlada (si se juzga necesario) en posición sentada.
- Actividades entre sesiones: a) practicar la respiración controlada con y sin ayuda de cinta; y b) recordar o imaginar situaciones de hablar en público e identificar pensamientos asociados.

Sesión 2

- Acuerdo sobre el orden del día y revisión de las actividades entre sesiones (esto es común al resto de las sesiones).
- Entrenamiento en respiración controlada y en respiración profunda con retención del aire (de pie).
- Reestructuración cognitiva de pensamientos negativos identificados.
- Actividades entre sesiones: a) practicar la respiración controlada y la respiración profunda; b) leer preguntas guía para cuestionar pensamientos y un ejemplo de un pensamiento reestructurado; y c) reestructurar por escrito un par de los pensamientos previamente identificados.

Sesión 3

- Entrenamiento en respiración (R): aplicación tras la hiperventilación.
- Se prosigue con la reestructuración cognitiva (RC).
- Actividades entre sesiones: a) practicar la respiración controlada y la profunda; y b) reestructurar por escrito el resto de pensamientos negativos significativos previamente identificados.

Sesión 4

- Revisar el dominio de la respiración controlada y profunda.
- Elaboración de pensamientos alternativos y puesta en común de los mismos.
- Comenzar a elaborar una jerarquía individualizada de exposición para las sesiones.
- Actividades entre sesiones: a) practicar la respiración controlada y la profunda, b) Completar la lista de pensamientos alternativos y preparar tarjetas con los mismos. c) Preparar la intervención en público correspondiente a la siguiente sesión.

Sesión 5

- Aplicar R y RC en situaciones de hablar en público en la sesión.
- Comenzar a construir una jerarquía individualizada de exposición en el medio natural.
- Actividades entre sesiones: a) aplicar R y RC en situaciones de hablar en público en el medio natural; y b) leer unas pautas relativas a la organización y aspectos de contenido de una charla.

Sesión 6

- Entrenamiento en organización y contenido de la charla. Aplicación de R y RC al hablar en público en la sesión en situaciones cada vez más difíciles y eliminando conductas defensivas. Grabación en vídeo.
- Actividades entre sesiones: a) hablar en público en el medio natural y aprovechar para realizar experimentos conductuales; y b) leer pautas relativas a otros componentes que vayan a ser entrenados y que deben ser individualizados.

Sesiones 7 a 10

- Siguen la misma pauta de la sexta sesión. Se van practicando situaciones más difíciles y se entrenan los aspectos conductuales necesarios (no verbales, vocales).

Sesión 11

- Justificación y descripción del programa de mantenimiento de los cambios logrados.
 - Actividades entre sesiones: puesta en marcha del programa de mantenimiento.
-

Tomado de Bados (2001b, pág. 187). (*) Uso limitado.

 Tabla 3. La respiración controlada: guías para el cliente.

La persona promedio respira de 12 a 16 veces por minuto cuando no está excitada o profundamente relajada. La técnica de la respiración controlada va encaminada a conseguir una respiración abdominal lenta, regular y no demasiado profunda. Dicha técnica puede ser utilizada para afrontar la ansiedad y, en general, para reducir la activación fisiológica. A continuación se detallan los pasos para aprender la técnica de la respiración controlada:

1. Elija un momento para practicar en el que no sea interrumpido. Seleccione un lugar sin luces o sonidos distractores. Para empezar a practicar, adopte una posición sentada. Si no consiguiera respirar correctamente, puede comenzar por una posición reclinada o tendida.

2. Afloje cualquier ropa o correa que pueda apretarle, especialmente en la zona de la cintura o abdomen. Adopte una posición cómoda y coloque una mano sobre el pecho y otra **sobre el abdomen**, con el dedo meñique justo encima del ombligo.

3. Inspire por la nariz. Espire por la nariz o por la boca. Si tiene algún problema que le impida inhalar bien por la nariz, hágalo por la boca, pero sin abrirla demasiado.

4. Inspire por la nariz durante 3 segundos utilizando el diafragma. El abdomen se elevará y usted podrá notarlos con la mano que tiene sobre él. No eleve sus hombros ni mueva prácticamente el pecho.

5. Espire lentamente por la nariz o por la boca durante 3 segundos. El abdomen volverá a su posición original. Haga una breve pausa antes de volver a inspirar. Inspirando y espirando durante 3 segundos y haciendo la pausa antes de volver a inspirar, usted respirará 8 veces por minuto. Si usted respira aún más despacio, no hay problema, pero si este ritmo es demasiado lento para usted, puede comenzar por uno más rápido de 12 respiraciones por minuto en el que la inspiración y la espiración duran 2 segundos cada una. Posteriormente, tendrá que aproximarse poco a poco al ritmo de 8 o menos respiraciones por minuto.

6. No respire demasiado profundamente, ya que esto podría producir hiperventilación. La respiración tampoco debe ser tan superficial que se encuentre incómodo. La profundidad debe ser tal que la respiración no le cueste casi esfuerzo después de un periodo de práctica.

7. Si lo desea, puede también llevar a cabo durante la práctica alguna de las cosas siguientes, las cuales se han mostrado útiles:

- Repetirse mentalmente la palabra “calma”, “relax” o “tranquilo” cada vez que se espira.
- Concentrarse en el aire que entra y sale con cada inspiración y espiración respectivamente.
- Imaginar que la tensión se escapa con el aire espirado.
- Contar mentalmente cada ciclo respiratorio hasta llegar a 8, momento en el que se vuelve a empezar otra vez. (Si sigue el ritmo de 12 respiraciones por minuto, debe contar hasta 12.)
- Memorizar la voz grabada en la cinta.

8. Practique la respiración controlada **dos veces al día**, a razón de 10 minutos cada vez; los 5 primeros minutos con ayuda de la cinta y los segundos 5 minutos, sin dicha ayuda.

9. Si en alguna ocasión encuentra dificultades para conseguir una respiración lenta y regular, puede hacer lo siguiente: haga una inspiración lenta y algo más profunda durante unos 5 segundos, retenga el aire unos 5-7 segundos y luego espire lentamente durante unos 10 segundos. Repita esto una o dos veces más y vuelva al procedimiento de respiración controlada.

Dentro de 1-2 semanas pasará a practicar la respiración controlada estando de pie. Posteriormente, practicará en situaciones de la vida diaria (p.ej., viendo la TV, esperando en colas, en el coche ante un semáforo) y también después de haber realizado algún ejercicio físico. Finalmente, deberá practicarla en aquellas situaciones en que experimente tensión física o emocional, con el fin de reducir esta. Esta práctica comenzará por aquellas situaciones que le alteran menos y, conforme vaya adquiriendo mayor destreza en aplicar la técnica, se irá extendiendo gradualmente a situaciones más estresantes.

Naturalmente, no será necesario que usted utilice la respiración controlada a lo largo de todo el día; sin embargo, deberá practicarla frecuentemente y emplearla como estrategia para afrontar las situaciones de tensión. En estas situaciones puede que no logre de entrada una respiración lenta y regular; no se preocupe, simplemente deberá intentar conseguirla poco a poco.

Nota. Tomado de Bados (2000, págs. 325-327). (*) Uso limitado.

Tabla 4. Pensamientos negativos al hablar en público.

Antes de la charla

- Estoy muy nervioso.
- Me voy a quedar en blanco.
- Me temblará todo.
- No lo voy a saber hacer bien.
- Espero que termine pronto este sufrimiento.
- Haré el ridículo.
- El corazón me late de prisa, mala señal.
- ¿Me saldrán las palabras?
- No soy capaz de coordinar mis pensamientos.
- Esta gente estará observando lo nervioso que estoy.
- Será un completo desastre.
- No puedo hacerlo.
- Tengo miedo al fracaso.
- Hay algo dentro de mí que me domina por completo.
- Mi miedo es insuperable. Nunca antes lo he logrado superar.
- Ahora me sé las cosas muy bien, pero luego seguro que no me acuerdo.
- Se reirán de mí.
- ¿Por qué me ha tenido que tocar ser así?
- Imagen de estar comiéndose las uñas y tirándose del cabello.

Durante la charla

- No me salen las palabras.
- No se me ocurre nada, me he quedado en blanco.
- Me tiembla la voz.
- ¡Esto es un desastre!
- No lo aguanto más.
- Se dan cuenta de que no lo hago bien.
- Me estoy poniendo supercolorado, no lo puedo evitar.
- Si domino el tema, ¿por qué lo estoy haciendo mal?
- Lo estoy haciendo fatal.
- Me repito constantemente.
- Sólo digo tonterías.
- Me miran como a un bicho raro.
- ¿De qué se ríe aquel?
- Tengo que escapar de esto, otras veces lo he hecho.
- Imagen de un juicio.

Después de la charla

- ¿Qué opinión habrán sacado de mí?
- Lo he hecho fatal.
- Soy un desastre, siempre me olvido cosas y me acuerdo cuando ya es tarde.
- ¡Menos mal que ha terminado!
- ¡Qué dolor de estómago!
- ¡Qué tonto soy!
- He hecho el ridículo.
- No valgo para esto.
- ¡Qué vergüenza! Espero no encontrarme con esta gente en otro sitio.
- Se estarán riendo de mí.
- Si siempre voy a hacer lo mismo, más vale que lo deje.
- Creerán que soy tonto.
- Nunca lo conseguiré.

Tabla 5. Pensamientos positivos en situaciones de hablar en público.

Antes de la intervención

- El miedo a hablar en público es algo natural, casi todo el mundo lo siente –incluidas las reacciones físicas– y, si no es excesivo, ayuda a tomarse las cosas en serio.
- Siempre hay algún grado de miedo a hablar en público, especialmente cuando se habla a un público desconocido por primera vez.
- Incluso los conferenciantes experimentados tienen algo de miedo antes de la charla e incluso al comienzo.
- El nerviosismo es mayor en los primeros momentos; después, disminuye.
- Si me pongo algo nervioso, es normal.
- Cierta grado de tensión es normal e incluso beneficioso cuando alguien da una charla.
- Lo que voy a decir es verdaderamente interesante y creo que será de utilidad para el público.
- El público suele ser amable y comprensivo con los oradores que están un poco nerviosos.
- Es mejor intervenir. Cuanta más experiencia tenga, más fácil será.
- Preparar y organizar lo que quiero decir es fundamental, hace que sea mucho más fácil hablar.
- No pensar en las cosas que pueden ir mal, sino en lo que ayudará a que vaya bien la charla.
- Me será de ayuda recordar las ventajas que tiene para mí hacer esta intervención.
- No se trata de hacerlo perfecto, sino de intentar hacerlo bien. Errar es humano.
- Quiero hacerlo bien, pero si no sale, no sale. No se puede tener éxito siempre.
- Espero que mi charla le guste a la gente, pero si no les gusta, ¡qué se le va a hacer!
- El público no está pendiente de los fallos del que habla, sino de lo que puede aprender.
- El público no es un tribunal.
- No tengo por qué decir tonterías, me he preparado perfectamente.
- Voy a repasar mentalmente el esquema de mi exposición.
- Si alguien no está de acuerdo con lo que yo diga, puedo considerar si tiene razón y enriquecer mis puntos de vista.
- He sido capaz de hablar en público otras veces y lo he hecho bien.
- Me las he visto con públicos más numerosos y en circunstancias más difíciles.
- Sé que hablar en público me altera, pero puedo hacerle frente.
- Conozco este tema mucho más que el público.
- Lo importante es concentrarse en el tema.
- Sé lo que tengo que hacer, calma.
- Sé el tema, no tiene por qué salir mal.
- Sería fantástico si cada uno estuviera encantado con mi charla, pero puedo pasar sin esto aunque me sienta algo incómodo.
- Mejor expresar mis ideas que no decir nada.
- Si actúo con confianza, llegaré a sentir confianza.
- Muchas veces, sólo el que habla se da cuenta de su nerviosismo. El público ni se entera.
- Es mucho mayor el miedo que yo experimento que el que los otros ven, si es que lo ven.
- No se trata de eliminar el miedo, sino de mantenerlo manejable.
- El miedo va disminuyendo con la práctica.
- Si me bloqueo, tengo estrategias para salir del paso.
- Muchas veces he pensado que no sabría como salirme, pero al final siempre lo consigo.
- Pensar en mis reacciones somáticas las intensificará y ayudará a que se mantengan.
- No obsesionarme con mis reacciones somáticas.
- El miedo y las sensaciones molestas se reducen con la práctica, es mejor no pensar en ellas.
- En general, se es más capaz de lo que se cree.
- Sé que puedo hacerlo bien a pesar de estas reacciones somáticas.
- Antes de empezar, hacer una inspiración profunda y relajarme.

(continúa)

 Tabla 5. Pensamientos positivos en situaciones de hablar en público (continuación).

Durante la intervención

- No pensar en mis reacciones somáticas, ya pasarán.
 - Concentrarme en la charla, no en las evaluaciones del público.
 - Calma, tranquilo.
 - Es normal que aparezca esta ansiedad.
 - No pensar en el miedo, sino en lo que tengo que hacer. Centrarme en la tarea.
 - Lo importante es comunicarme, no estar pendiente de mi actuación.
 - Poco a poco puedo manejar esta situación.
 - Voy haciéndolo bastante bien.
 - La gente parece agradable.
 - El público está interesado, esto va bien.
 - Que el público tenga las caras serias no quiere decir que lo esté haciendo mal.
 - Es algo más fácil que la vez anterior.
 - Hacerlo paso por paso, no desorganizarse al exponer las ideas.
 - Todo el mundo comete errores.
 - No todos tienen que estar de acuerdo con lo que yo diga.
 - Nada de precipitaciones. Tranquilidad, mantener la calma.
 - No correr, explicar bien cada idea.
 - Hacer una pausa antes de contestar para considerar la pregunta.
 - Puedo controlar estas sensaciones con respiraciones lentas y profundas.
 - Respirar regular y relajadamente.
 - Relajarme, soy yo el que tiene el control.
 - Sabía que mi miedo podía aumentar, pero se que irá pasando.
 - No intentar eliminar el miedo del todo; simplemente mantenerlo manejable.
 - Si pienso en mi miedo, este aumentará o se mantendrá.
 - En realidad no lo estoy haciendo tan mal.
 - Mostrarme entusiasta.
 - Me estoy saliendo de tema, voy a centrarme.
 - La cosa va bien, tranquilo.
 - Me estoy haciendo un lío, así que voy a organizarme un poco mejor.
 - Me he bloqueado, haré una pausa primero para tranquilizarme y luego para pensar cómo seguir.
 - ¿Entiende el público lo que digo?
 - Parece que no me entienden, esclareceré lo dicho.
 - He de mirar un poco más a la gente.
 - No tengo que mirar siempre al mismo sitio.
 - Debo hablar un poco más fuerte.
 - Imagen del público como un grupo de amigos de uno mismo.
 - No tengo por qué saber todas las respuestas a todas las preguntas que me hagan.
 - Nadie sabe las respuestas a todas las preguntas.
 - Las críticas no son ataques personales, sino puntualizaciones o expresiones legítimas de desacuerdo que pueden servir para enriquecer los propios puntos de vista.
-

(continúa)

 Tabla 5. Pensamientos positivos en situaciones de hablar en público (continuación).

Después de la intervención**+ Cuando las cosas han ido bien**

- No fue tan malo como esperaba.
- He sido capaz de hacerlo.
- Antes de dar la charla todo parece una montaña, después todo es más fácil.
- Puedo estar contento con el progreso que estoy haciendo.
- Di más importancia a mi miedo de la que tenía.
- Con las estrategias que he aprendido puedo controlar mi miedo.
- Conseguí hablar todo el tiempo.
- Controlé mi miedo bastante bien.
- No he estado tan nervioso como creía.
- Voy consiguiendo estar menos nervioso.
- He tenido menos reacciones somáticas que otras veces.
- Aunque me he quedado una vez en blanco, ha sabido salirme.
- Cuando controlo mis pensamientos negativos, controlo mi miedo.
- Voy mejorando, tengo que contar esto a...
- Ha ido estupendamente.
- Ha valido la pena.
- Estoy contento de mí mismo.
- Me estoy superando poco a poco.
- Aunque tengo que practicar más, ha ido bastante bien.
- Aunque podría estar mejor, no lo he hecho mal.
- He sabido acabar bien la charla.
- Fijarse en los pequeños progresos, son importantes.
- Con más tiempo de preparación me hubiera salido todavía mejor.

+ Cuando las cosas no han ido tan bien

- Equivocarse es humano y aunque no es agradable, lo importante es lo que puedo aprender de mis errores para próximas veces.
 - ¿Qué es lo que conviene mejorar la próxima vez?
 - Tengo que aprender a planificar el tiempo.
 - Es comprensible que las cosas no salgan del todo bien las primeras veces que se intentan. Lo que he de buscar es hacer pequeños progresos y reconocerlos.
 - Es molesto cuando las cosas no salen del todo bien, pero esto me estimula para mejorar.
 - Lo haré mejor cuando tenga más práctica.
 - Las cosas no son tan serias. Al principio son típicos los malos momentos y se requiere esfuerzo.
 - Lo he hecho peor de lo que esperaba. Esto me servirá de estímulo.
 - Son normales estos fallos con lo poco que me he preparado, tengo que espabilar.
 - Me he puesto bastante nervioso, me conviene practicar más mis estrategias.
 - Me hubiera gustado hacerlo mejor, pero esto es cuestión de práctica.
 - Con lo poco o nada que he hablado en público hasta ahora, no voy a pretender que me salga bien de golpe. Iré progresando poco a poco.
 - No me he atrevido a hacer la pregunta en público, pero esto no es un desastre. Cuesta arrancar, pero he de seguir intentándolo preparándome mejor.
 - Al menos he hablado, por algo se empieza.
 - Hoy no me ha ido tan bien, pero ya sé que normalmente pueden ocurrir altibajos.
 - La falta de preparación y de práctica aumenta el miedo.
-

Tabla 6. Reestructuración verbal: Preguntas guía.

Preguntas para examinar las pruebas de un pensamiento

- ¿Qué datos existen a favor de este pensamiento? ¿Qué es lo que le hace pensar que las cosas son así? ¿Son realmente favorables estos datos?
- ¿Qué datos existen en contra de este pensamiento?
- ¿Cuál es la probabilidad de que esté interpretando correctamente la situación?
- ¿Está sobrestimando la probabilidad de que ocurra lo que piensa?
- ¿Está pensando en que porque algo puede suceder, sucederá?
- ¿Existen otras interpretaciones alternativas? ¿Hay otro modo de enfocar esto?
- ¿Cuál es la probabilidad de estas otras interpretaciones? ¿Qué datos hay a favor y en contra?
- ¿Cuál es la anticipación o interpretación más probable?
- ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Y lo mejor? ¿Qué es lo más probable que suceda?
- ¿Están sus juicios basados en cómo se siente en vez de en hechos?
- ¿Está confundiendo una forma habitual de pensar con un hecho?
- ¿Está empleando palabras que son extremas o exageradas (siempre, nunca, debería)?
- ¿Se está fijando metas poco realistas o inalcanzables?
- ¿Está olvidando hechos pertinentes o sobreatendiendo a hechos no pertinentes?
- ¿Está pensando en términos de todo o nada?
- ¿Está pensando en término de certeza en vez de probabilidad?
- ¿Está sobrestimando su responsabilidad sobre cómo salen las cosas? ¿Qué otros factores influyen?
- ¿Está subestimando lo que puede hacer para manejar la situación?
- ¿Qué le diría una persona en quien confía acerca de este pensamiento?
- ¿Qué le diría usted a otra persona que tuviera este pensamiento?

Preguntas para examinar la utilidad de un pensamiento

- ¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos y a solucionar su problema?
- ¿Le ayuda esta forma de pensar a sentirse como quiere?, ¿a conseguir lo que quiere?
- ¿Cuál es el impacto que este pensamiento tiene sobre sus sentimientos y sobre su conducta?
- ¿Cómo repercute este pensamiento en sus relaciones con otras personas?
- ¿Qué cosas importantes deja de hacer en su vida al estar pendiente de este pensamiento?
- ¿Cuáles son los pros y los contras, a corto y largo plazo, de esto que cree? ¿Predominan las desventajas sobre las ventajas?

Preguntas para examinar qué pasaría realmente si lo que se piensa fuera cierto

- ¿Qué pasaría si las cosas fueran realmente como piensa? (Identificada la nueva cognición, pueden emplearse las preguntas dirigidas a examinar las pruebas disponibles.)
- ¿Qué es lo peor que podría suceder si las cosas fueran realmente como piensa?
- Incluso si lo que piensa fuera verdad, ¿hasta qué punto sería malo?, ¿sería tan malo como parece? (puede situarse lo que se piensa en un continuo que tenga en un extremo un evento poco negativo y en el otro, el evento más catastrófico que le puede suceder a uno en la vida).
- ¿Sería algo realmente grave o un contratiempo?
- ¿Cómo serán (serían) las cosas dentro de un tiempo? Esto que parece tan malo ¿durará (duraría) siempre?

Preguntas para examinar qué se podría hacer si lo que se piensa fuera cierto

- Si las cosas fueran realmente así, ¿qué podría hacer al respecto?; ¿cómo podría hacer frente a la situación?
- ¿Qué le diría una persona importante para usted con el fin de ayudarlo a afrontar la situación?
- Si este pensamiento lo tuviera X, ¿qué le diría para ayudarlo a afrontar la situación?

Nota. Tomado de Bados (2001a, págs. 131-132). (*) Uso limitado.

Tabla 7. Preparación de una exposición oral en público.

-
- Si no le viene impuesto, seleccione el tema general de su exposición. Elija un tema que domine y le interese.
 - Concrete el tema anterior, centrándose en algún aspecto del mismo. Para ello, tenga en cuenta, por una parte, los intereses, actitudes y conocimientos del público y, por otra, la ocasión (razón por la que se reúne el público, momento en que se hablará, tiempo disponible).
 - Determine el objetivo que quiere conseguir con su exposición (informar, persuadir, hacer pensar, incitar a la acción, entretener) y tenga en cuenta las variables mencionadas en el punto anterior.
 - Haga un breve esquema preliminar que incluya ideas y puntos básicos sobre el tema y que le sirva de guía para buscar información al respecto.
 - Recoja la información pertinente mediante lectura, material audiovisual, informes orales de otros, observación de situaciones, etc. Tome las notas necesarias y apunte también aquellos aspectos interesantes que no hubiera considerado previamente. Entre el posible a material a recoger puede citarse ejemplos, explicaciones, demostraciones, analogías, datos numéricos, citas, testimonios, gráficos y ayudas visuales.
 - Haga un esquema del cuerpo de su exposición en el que organice coherentemente las ideas a exponer; no deje de tener en cuenta el público, la ocasión y el objetivo de la exposición. Un esquema debe contener la simple enumeración de las ideas principales sobre las que se quiere hablar (no más de 4-5) y, bajo cada una de estas, las ideas secundarias que las van a desarrollar (véase el ejemplo al final de esta tabla). Puede incluirse también la información esencial (ejemplos, estadísticas, citas), el tiempo asignado a cada idea principal y el momento en que se empleará cada ayuda audiovisual, si hay.
 - Si desea más información que la proporcionada por un esquema, puede preparar unas notas numeradas y escritas por una sola cara en las que desarrolle brevemente las ideas a exponer. Sin embargo, si emplea muchas notas, estas pueden ser difíciles de manejar y corre el peligro de mirar más a las notas que al público o de terminar leyendo la exposición.
 - Anticipe las posibles preguntas, objeciones o intervenciones por parte del público y prepare las respuestas oportunas.
 - Si es el caso, prepare un número limitado de ayudas audiovisuales para apoyar o clarificar su exposición. Estas ayudas deben ser fácilmente comprensibles, claramente visibles y/o audibles y de naturaleza preferentemente gráfica. Como la técnica puede fallar, esté preparado para hacer la exposición sin ellas.
 - Prepare la introducción y compruebe que está claramente conectada con el cuerpo de la exposición. La introducción debe perseguir: a) ganar la atención del público y motivarlo para la exposición (p.ej., con algún ejemplo en que vea cómo el tema le afecta o está relacionado con él); y b) informarle del tema de la exposición, de los puntos principales que se tratarán y en qué orden y, si es necesario, de las razones por las que se abordarán dichos puntos. La introducción debe ser breve y no extenderse más allá del 5-10% del tiempo disponible.

Existen diversos modos útiles para obtener la atención del auditorio y motivarlo a escuchar. Entre ellos se encuentran los siguientes (relacionados con el tema que se expone): a) utilizar noticias televisivas o titulares periodísticos recientes; b) contar una anécdota o experiencia personal; c) mencionar un ejemplo o ilustración real o hipotético; d) contar una historia divertida; e) emplear una ayuda (audio)visual; f) hacer una o más preguntas ya sean directas o retóricas; g) hacer una declaración sorprendente; h) emplear una cita oportuna; i) utilizar una analogía. En general, puede pensarse en medios que susciten curiosidad o extrañeza en los oyentes, contradigan sus expectativas, produzcan controversia o entretengan.

(continúa)

Tabla 7. Preparación de una exposición oral en público (continuación).

-
- Prepare la conclusión y compruebe que está claramente conectada con el cuerpo de la exposición. Puede concluir una exposición: a) reafirmando la idea fundamental de la misma (ya sea tal cual o a través de algún medio más sugerente: pregunta, declaración dramática, cita, anécdota, analogía, etc.); b) haciendo un breve resumen de las principales ideas expuestas; y c), si es el caso, inducir a realizar determinada acción y dar una o más razones para ello. La conclusión no debe ocupar más del 10% del tiempo disponible.
 - Compruebe que ha llevado a cabo una preparación adecuada y, si es preciso, introduzca los cambios oportunos. Preguntas útiles para la comprobación son:
 - . ¿Cuáles son las cuestiones centrales de mi exposición?
 - . ¿Qué espero que el público consiga de mi exposición?
 - . ¿Qué métodos emplearé en mi exposición?
 - . ¿Se ajusta lo que pretendo explicar al tiempo disponible?
 - . ¿Es la introducción clara e interesante?
 - . ¿Están las secciones de la exposición claramente organizadas y conectadas?
 - . ¿Son adecuados los ejemplos e ilustraciones?
 - . ¿Son claras y adecuadas las reservas y salvedades que pienso hacer?
 - . ¿Son claros y coherentes mis resúmenes parciales (por secciones) y mi resumen final?
 - . ¿Son adecuadas y claramente perceptibles las ayudas audiovisuales seleccionadas?
 - . ¿Dispondré de los recursos materiales necesarios?
 - . ¿Qué actividades tendrá que realizar el público en la exposición?
 - . ¿Qué posibles debilidades es probable que haya en la exposición?
 - . ¿Cómo he planeado manejar estas posibles debilidades?
 - . ¿Están disponibles los recursos audiovisuales que puedo necesitar?
 - . ¿Comprenderá el público mi exposición?
 - . ¿Cómo he planeado averiguar esto último?
 - Es útil hacer un breve ensayo mental de la introducción, puntos principales y conclusión. Si es principiante, tiene miedo o suele tener problemas para manejar el tiempo, conviene que haga un ensayo real en solitario o delante de algunos colaboradores. Piense que la exposición real suele durar alrededor de un 10-20% más de lo que dura el ensayo en privado.

NOTA. Ejemplo de esquema

Tema: Los riesgos de fumar

1. Fumar es insano.
 - A. Enfermedades relacionadas con el fumar.
 - B. Alteración del buen estado físico.
 - C. Aumento de las alteraciones fetales.
 2. Fumar es costoso.
 - A. Costes económicos.
 - B. Costes sociales (humo, colillas, aliento).
 - C. Costes para la apariencia física.
 3. Fumar es peligroso.
 - A. Fuegos iniciados por cigarrillos.
 - B. Quemaduras por cigarrillos.
 - C. Contaminación del aire.
-

Nota. Basado en Bados (1991).

Tabla 8. Organización y contenido de la charla.

Cuando se va a dar una charla, es conveniente seguir un cierto orden en lo que se va a hacer y exponer, desde que uno se dirige al lugar desde donde va a hablar hasta que uno lo abandona. Un orden aconsejable para una conferencia podría ser el siguiente:

1. Acérquese al lugar desde donde va a hablar con andar natural y desenvuelto.
2. Si es presentado, mire sencillamente tanto al público como al presentador. No clave los ojos en el suelo fingiendo modestia. (Si no es presentado, preséntese brevemente tras el paso 4; puede decir quién es, dónde trabaja, a qué se dedica y cuáles son sus cualificaciones y experiencia con relación al tema de la charla.)
3. Mire a los miembros del público antes de comenzar la charla.
4. Salude al público.
5. Comience la exposición de su charla, la cual es conveniente que esté organizada en tres partes: introducción, cuerpo y conclusión.

Introducción. Persigue dos fines principales: a) ganar la atención del público y motivarlo a escuchar (p.ej., con algún ejemplo en que vea cómo el tema le afecta o está relacionado con él), y b) informar del tema de la charla y de los puntos principales de la misma (y, si es necesario, las razones por las que se abordarán dichos puntos) o anticipar la idea central. Existen diversos medios útiles para obtener la atención del público y estimular su interés en el tema:) a) utilizar noticias televisivas o titulares periodísticos recientes; b) contar una anécdota o experiencia personal; c) mencionar un ejemplo o ilustración real o hipotético; d) contar una historia divertida; e) emplear una ayuda (audio)visual; f) hacer una o más preguntas ya sean directas o retóricas; g) hacer una declaración sorprendente; h) emplear una cita oportuna; i) utilizar una analogía. En general, puede pensarse en medios que susciten curiosidad o extrañeza en los oyentes, contradigan sus expectativas, produzcan controversia o entretengan. La introducción debe ser breve y no extenderse más allá del 5-10% del tiempo disponible.

Cuerpo. Consta de varios puntos principales (generalmente de dos a cinco) que vienen a expresar y a sostener la idea central de la charla. Para hacer que la exposición de cada punto principal resulte interesante, utilice ejemplos, testimonios, analogías, citas, estadísticas, casos específicos, explicaciones, argumentos y/o ayudas visuales (diapositivas, películas, gráficos, pizarra). Es conveniente no dar toda la información de golpe, sino explotar las ideas en función del tiempo que se tenga. Es también aconsejable no ir saltando de una materia a otra, sino guardar un cierto orden y coordinación entre las ideas o puntos a exponer; los oyentes pierden el interés cuando escuchan cosas sueltas y desorganizadas. Finalmente, procure expresar sus ideas claramente, emplee frases que conecten las diferentes ideas y partes de su exposición y haga resúmenes al final de cada parte. No olvide enfatizar las ideas importantes mediante el contenido verbal (p.ej., repitiéndolas con otras palabras o contrastándolas con sus opuestas), el tiempo dedicado a las mismas, las ayudas visuales, las pausas y los cambios en volumen, tono y velocidad.

Conclusión. Es una síntesis o resumen final de lo que se ha pretendido decir y conseguir. Por ejemplo, puede querer que el público quede informado o persuadido de algo, que ponga en duda alguna cosa, que se sienta llamado a la acción o que se haga una serie de preguntas sobre algo. Tres son los modos básicos de concluir una charla: a) expresar o reafirmar la idea central, b) sintetizar los puntos principales expuestos, y c) indicar una acción deseada, exhortando al público a llevar a cabo una acción o acciones específicas. La conclusión no debe ocupar más del 10% del tiempo disponible. Algunos de los modos de iniciar una introducción pueden emplearse también en la conclusión; puede hacerse una o más preguntas que hagan reflexionar, una declaración dramática, una cita, una analogía, o contarse una historia divertida o una anécdota personal.

6. Mire brevemente a los componentes del público mientras permanece en silencio.
7. Si es el caso y no hubiera moderador, dé al público la oportunidad de hacer preguntas. Al final, haga una referencia expresa al público con comentarios de despedida, agradecimiento o cumplido.
8. Si debe dejar su sitio a otro conferenciante, abandone el lugar con andar natural y desenvuelto.

Los pasos 3 y 6 pueden preceder o seguir a los pasos 4 y 7 respectivamente.

Nota. Basado en Bados (1991).

Tabla 9. Aspectos no verbales a tener en cuenta en la charla.

Mirada

Aparte de captar la atención del público y demostrar interés hacia él, la mirada proporciona información sobre las reacciones del público acerca del mensaje y sirve para enfatizar aquellas ideas que se deseen. Un buen patrón de mirada, como el descrito a continuación, expresa, en la persona que lo manifiesta, confianza, espontaneidad e interés por el público, lo cual a su vez hace que el público se muestre más atento e interesado.

Antes de comenzar la charla es conveniente establecer contacto visual con el público para captar su atención. Luego, durante la charla, puede mirar a los ojos o a la cara de una persona durante unos 3 segundos y luego ir cambiando su mirada a otras personas en otras partes de la sala, de modo que todas sientan que se está dirigiendo a ellas. Mire a la personas, no por encima de las cabezas, a las paredes, a la mesa o al suelo. Conviene tener en cuenta que conforme aumenta la distancia, más difícil es lograr un contacto ocular; en tales casos, las miradas a la cabeza o a la cara tienden a tomarse como miradas a los ojos. Naturalmente, no es necesario seguir un orden a la hora de mirar a las distintas personas. No hay por qué mirar todo el rato al público, pero sí por lo menos el 50-70% del tiempo. Para que cada miembro del público sienta que es él a quien le habla, es conveniente que no mire siempre o favorezca especialmente con la mirada a una persona o grupo de personas.

La evitación de la mirada o mirar a los oyentes sólo fugaz y ocasionalmente impide recibir retroalimentación del público y comunica impresiones negativas tales como miedo, falta de espontaneidad, desinterés, desagrado y/o aburrimiento. Si le resulta muy difícil ir mirando al mayor número posible de personas, una solución temporal consiste en seleccionar a tres o cuatro miembros del público repartidos por distintas partes de la sala y mirarlos principalmente a ellos. Posteriormente, a medida que vaya adquiriendo más confianza, puede ir ampliando el número de personas a los que mira.

Gestos

Al igual que ocurre en las conversaciones normales, los gestos son movimientos principalmente faciales y manuales, naturales y espontáneos que surgen al vivir lo que se dice. Los gestos refuerzan, enfatizan, demuestran o ejemplifican lo que dice (p.ej., puede levantar tres dedos para indicar “tres” o separar las manos para dar una idea del tamaño grande) y le ayudan a mantener la atención del público. Además, principalmente los gestos faciales, le sirven para expresar emociones acordes con lo que dice, lo que proporciona una mayor variedad e interés a su charla. Sin embargo, caso de experimentar estados emocionales negativos tales como ansiedad, conviene enmascarar su expresión, tanto a nivel facial como a nivel de otros componentes no verbales y vocales.

No necesita ensayar los gestos que hará, puesto que estos saldrán naturales si siente lo que está diciendo. Así pues, deje las manos libres para que puedan hacer gestos; no las apriete entre sí o las esconda, ya sea detrás de la espalda, debajo de las piernas o de la mesa o dentro de los bolsillos. Sin embargo, si se desea y la situación no es muy formal, no hay nada malo en mantener una sola mano dentro del bolsillo; esto ayuda a relajarse y da una sensación positiva de familiaridad. Al principio de la exposición muchas personas no saben qué hacer con las manos. Cuando no se hacen gestos estando de pie, los brazos pueden estar colgados cómodamente a ambos lados del cuerpo o bien una mano puede estar tocando la mesa o metida en el bolsillo, mientras la otra mano permanece al lado del cuerpo. Cuando se habla ante una mesa, pueden colocarse las manos o los brazos sobre ella, pero sin cargar todo el peso sobre la misma.

La ausencia de gestos manuales, la cara inexpresiva, la rigidez y la inmovilidad restan interés y añaden monotonía a la exposición. Ahora bien, la repetición frecuente de un gesto o los gestos exagerados o afectados aburren y molestan al público. Una cierta falta de gestos manuales puede compensarse de otras formas, como por ejemplo, la mirada y el buen uso de la voz. Sin embargo, conforme aumenta el tamaño de la sala, disminuye la información proporcionada por la mirada y la expresión facial y cobran mayor importancia los gestos y el movimiento corporal.

Hay un tipo especial de gestos que no sirven para dar expresión a lo que se dice, sino que van dirigidos hacia uno mismo. Gestos como retorcerse las manos, jugar con algo, morderse los labios, mover una pierna sobre otra, acariciarse, rascarse, frotarse, manipular partes de la ropa, etc. distraen la atención del público y molestan si son frecuentes.

(continúa)

 Tabla 9. Aspectos no verbales a tener en cuenta en la charla (continuación).

Orientación

Cuando se habla, uno puede ponerse frente a frente a los oyentes, más o menos ligeramente hacia afuera o totalmente de espaldas, lo que hacen algunos oradores al utilizar medios audiovisuales. Cuanto más de frente se pone uno hacia los miembros del público, mayor es el nivel de implicación y mayor el interés que se muestra hacia estos y que se recibe de los mismos. Por tanto, evite dar la espalda. La única excepción a esto último es cuando escriba en una pizarra o rotafolios y, aún entonces, debe procurar mantener el contacto con el público el máximo tiempo posible. Por otra parte, tenga cuidado en no adoptar una orientación preferente hacia una parte del público mientras se olvida o descuida a la otra parte.

Movimiento

Algún grado de movimiento es necesario para encontrarse más cómodo. Esto se consigue con cambios ocasionales de postura, gestos y desplazamientos ocasionales de dos o tres pasos (preferiblemente mientras se hace una pausa). Si bien un cierto movimiento comunica dinamismo a la exposición, demasiado movimiento distrae al público y produce una impresión de inquietud o de excesiva informalidad. Por tanto, evite el pasearse de arriba a abajo o de un lado a otro. Otras cosas que conviene no hacer son balancearse de un lado a otro o de adelante a atrás, golpear repetidamente con un pie contra el suelo, ponerse de puntillas y descender en un movimiento de sube y baja, tamborilear con los dedos sobre la mesa y mover continuamente las piernas.

Postura

Para transmitir energía y entusiasmo y crear una impresión positiva lo mejor es adoptar una postura atenta o erguida, pero sin envaramiento. Una postura rígida sugiere incomodidad o nerviosismo, mientras que una postura encogida indica abatimiento. Cuando hable **de pie**, es conveniente que apoye directamente el peso sobre las dos piernas algo separadas en vez de hacerlo principalmente sobre una de ellas. Esto le permitirá estar más cómodo y cansarse menos rápidamente. Mientras no haga gestos, puede tener los brazos colgados cómodamente a ambos lados del cuerpo o una mano metida en el bolsillo, si la situación no es muy formal, o tocando la mesa, si no tiene que doblarse para ello.

En cuanto a la posición de hablar **sentado**, una ligera inclinación hacia adelante indica una actitud de interés hacia el público, mientras que una excesiva inclinación lateral puede ser signo de desagrado. Un error frecuente es adoptar una postura hacia atrás; esta produce un distanciamiento entre orador y oyentes y puede indicar superioridad o desinterés. Cuando no haga gestos, puede colocar las manos o los brazos sobre la mesa, pero sin cargar todo el peso sobre la misma. Es mucho más fácil transmitir energía y dinamismo y suscitar interés cuando se habla de pie sin nada delante; además se elimina la barrera física y psicológica que la mesa supone para la comunicación. Sin embargo, hay ocasiones en que será más adecuado hablar sentado; una de ellas sería en una mesa redonda.

Nota. Basado en Bados (1991).

Tabla 10. Aspectos vocales a tener en cuenta en la charla.

Volumen

Procure adecuar el volumen de su voz al tamaño del público, a la sonoridad de la habitación y al nivel de ruido ambiental. Para ser oído con facilidad, proyecte la voz hacia el público y no hacia el suelo. Si habla de tal modo que todos le oigan con comodidad, transmitirá confianza y competencia y contribuirá a mantener la atención y el interés. Lamentablemente, muchas personas creen que hablan más alto de lo que lo hacen en realidad. Con grupos grandes (60 personas o más) o si se tienen problemas de garganta, es aconsejable emplear un micrófono. En este caso, hay que evitar carraspear, toser o aclararse la garganta delante del mismo.

Si se habla muy bajo, la escucha se hace difícil y se pierde la atención del público; además, se da la impresión de no estar seguro de sí mismo o de no creer o no estar interesado en aquello que se dice. Una forma de saber si se habla bajo es analizar las expresiones de las personas más alejadas, ver si tienen que adoptar posturas muy tensas para poder oír, u observar si, a diferencia de las que están más cerca, han abandonado la actitud de escucha. Por otra parte, si se habla demasiado alto, la imagen también es negativa, ya que parece que se está chillando o que se quiere avasallar.

Por otra parte, no hay por qué hablar siempre con el mismo volumen. Al contrario, puede utilizar los cambios en volumen para dar variedad a la charla, expresar emociones, enfatizar ideas o palabras y ganar la atención del público.

Entonación

Aparte de servir para indicar si se está haciendo una pregunta (tono ascendente) o una afirmación (tono descendente), el tono de voz sirve para expresar una amplia variedad de emociones, actitudes y estados de ánimo, y para enfatizar ideas o palabras. Si quiere dar interés a su charla y mantener la atención del público, entonces utilice una voz expresiva y modulada, haga inflexiones y matices. La variación en el tono da mayor sentido y expresividad a lo que se dice, proporciona colorido a la charla y puede usarse para expresar emociones y enfatizar ideas o palabras.

Hablar siempre en el mismo tono da lugar a una exposición monótona y carente de vivacidad que favorece el aburrimiento en el público. Finalmente, una voz vacilante y temblorosa indica falta de confianza y seguridad. Intente que su voz sea firme y segura. Si no se siente seguro, actúe como si tuviera una gran confianza; hacer esto le ayudará a adquirir confianza poco a poco.

Fluidez

Tres son los elementos que afectan a la exposición fluida de una charla: a) los sonidos frecuentes tipo “eh”, “uhm”, b) las perturbaciones frecuentes del habla tales como tartamudeos, repeticiones de palabras, vacilaciones, correcciones de frases y prolongación de sonidos, y c) las pausas largas (3-4 segundos o más) y frecuentes. Los sonidos tipo “eh” y “uhm” producen, cuando son frecuentes, desagrado y aburrimiento en el que escucha y es mejor evitarlos en la medida de lo posible. Estos sonidos se emplean para llenar pausas y tener tiempo para pensar algo, pero es más aconsejable hacer la pausa en silencio, mientras uno piensa. El exceso de perturbaciones del habla y las otras variables que disminuyen la fluidez suelen indicar ansiedad o falta de dominio del tema, reducen el posible efecto persuasivo de una exposición e influyen negativamente en las evaluaciones de los oyentes sobre la competencia y dinamismo del orador. De todos modos, tenga en cuenta que incluso los mejores oradores presentan ocasionalmente problemas de fluidez. El objetivo no es tanto eliminarlos completamente, al menos al comienzo, sino lograr que no sean excesivos.

Cuando se hacen en los momentos oportunos, las pausas juegan un papel importante en toda charla. Puede utilizar las pausas para señalar el final de una unidad de pensamiento, enfatizar una idea, conseguir un efecto dramático y dejar tiempo suficiente con el fin de que una idea sea absorbida. De esta forma, la charla adquiere variedad, lo que facilita que se mantenga la atención del público. Ahora bien, pausas largas y frecuentes o pausas sin sentido rompen el ritmo de la charla y pueden sugerir ansiedad, al igual que las perturbaciones del habla antes mencionadas cuando son frecuentes. En el polo opuesto, una charla sin pausas sería monótona y agotadora.

(continúa)

Tabla 10. Aspectos vocales a tener en cuenta en la charla (continuación).

Los **bloqueos** durante la exposición, el no saber qué decir a continuación, se traducen en silencios involuntarios y sin sentido, ya sea por su ubicación o por su duración, y son una de las posibilidades más temidas por las personas con miedo a hablar en público. Si un bloqueo genera ansiedad, lo más aconsejable en primer lugar es hacer una pausa más o menos larga para tranquilizarse (p.ej., haciendo alguna respiración profunda), no para pensar como seguir. Existen además otras estrategias para hacer frente a un bloqueo, el empleo de las cuales dependerá del momento y de la situación. Estas estrategias son las siguientes:

- Emplear otras palabras para decir lo mismo, caso de que no salga cierta palabra o frase.
- Preguntar al público con naturalidad por una determinada palabra que a uno no le sale y que parece ser importante.
- Consultar las notas con naturalidad, caso de que se tengan.
- Imaginar la acción o situación correspondientes a aquello que no se recuerda; las imágenes pueden ayudar a que surjan las palabras deseadas.
- Hacer una breve pausa, sin dar muestras de azoramiento, para pensar en la idea que viene a continuación. Si no se recuerda, hacer algo de lo siguiente:
 - # Parafrasear la última idea, mientras se piensa cómo seguir.
 - # Hacer una síntesis del punto anterior o de lo dicho hasta el momento.
 - # Ampliar la última idea o algún punto anterior.
 - # Poner algún ejemplo, contar alguna anécdota o hacer alguna pregunta al público.
 - # Omitir lo que no se recuerda y pasar a desarrollar otra idea.
 - # Reconocer públicamente el olvido, pero sin pedir disculpas ni dar explicaciones. Luego, tomarse un tiempo para pensar cómo continuar.
 - # Emplear un toque de humor.

Conviene recordar que un bloqueo siempre puede ocurrir y de hecho ocurre, especialmente si se tiene poca experiencia, no se ha preparado bien el tema o uno está cansado, nervioso o pendiente de sí mismo. Pero la cuestión es tranquilizarse en primer lugar, sin intentar salir desesperadamente del bloqueo, y pensar luego lo que puede hacerse para continuar. Concentrarse en que uno ha quedado bloqueado sólo sirve para empeorar las cosas.

Hay varias estrategias que ayudan a prevenir la aparición de los bloqueos: a) preparar bien la charla con un esquema y notas bien organizadas; b) emplear alguna técnica de respiración o relajación para reducir el nivel de ansiedad antes de empezar la charla; c) adoptar una actitud de comunicarse con el público en vez de ver a este como un evaluador de la propia ejecución; d) concentrarse en la charla en vez de en cómo uno se siente emocionalmente; en las sensaciones que tiene o en los pensamientos negativos que le pasan por la cabeza. Otra buena estrategia es practicar uno solo o delante de amigos el intentar quedarse bloqueado (p.ej., concentrándose en sí mismo) y luego aplicar las estrategias necesarias para proseguir con la exposición.

Velocidad

La velocidad sirve para expresar el estado de ánimo. Si uno está aburrido o apático habla a menos velocidad que si está interesado y entusiasta. Por otra parte, una cierta variación en la velocidad sirve para mantener la atención y el interés, y para enfatizar ideas. La mayoría de las personas hablan a una velocidad media de 120-180 palabras por minuto. La velocidad a la que debe hablarse depende de la dificultad del tema y de lo familiarizado que esté el público con él. Se suele hablar más deprisa cuando el contenido es fácil para el público o cuando se exhorta o se intenta persuadir; en cambio, hay que hablar más despacio cuando las ideas son complejas o cuando se razona. También puede reducir su velocidad para enfatizar una determinada idea. En la conclusión conviene hablar más pausadamente para facilitar la asimilación de la información importante que se resume.

Procure que su velocidad sea la apropiada para que se entienda el mensaje. Si habla muy despacio, el público puede llegar a aburrirse y desinteresarse. Una falta de preparación puede traducirse en una charla excesivamente lenta. Por otra parte, si habla demasiado rápido, los oyentes se fatigarán y terminarán por dejar de prestar atención. Si tiende a hablar muy rápido, le será de ayuda hacer una o varias respiraciones profundas antes de comenzar a hablar para relajarse y empezar la exposición con una velocidad controlada. Durante la exposición vigile su velocidad y, si es necesario, haga pausas para regularizar la respiración y desacelerar.

Nota. Basado en Bados (1991).

 Tabla 11. La comprensión de las preguntas e intervenciones y la respuesta a las mismas.

Para **comprender las preguntas e intervenciones** (comentarios, respuestas a preguntas), es preciso escuchar con atención y procurar captar con exactitud el significado de las mismas. Escuchar con atención implica varias cosas:

- Concentrarse en lo que la persona dice y en cómo lo dice e intentar comprender su punto de vista y, si es oportuno, sus sentimientos. Si la intervención es larga, uno puede ir repitiéndose a sí mismo los puntos esenciales o puede ir anotándolos.

- Mirar a la persona que interviene. Esto permite captar la información proporcionada por sus gestos y expresiones faciales y además es una forma de mostrar interés hacia él. Además, conviene emitir otras señales de escucha activa tales como asentimientos de cabeza, inclinación y orientación corporal hacia el estudiante, expresión facial congruente con el contenido que se escucha y, si es el caso, expresiones del tipo “uhm”.

- Pedir a la persona que hable más alto si no se le oye bien y, si es necesario, que repita parte de la pregunta o intervención.

- No contestar una pregunta o intervención que no se entiende, sino decir que no se ha comprendido bien y solicitar por favor una aclaración o que se formule de nuevo.

- No dejarse llevar por actitudes o emociones negativas hacia la pregunta o intervención o hacia la persona que la formula, ya sea por las características de este (apariencia, forma de hablar) o por algún incidente negativo previo con ella. Esto conduce a no captar las ideas de dicha persona o a tergiversarlas.

- No contestar antes de que la persona termine de plantear la pregunta o intervención, es decir, no interrumpirle y dar por supuesto lo que va a decir.

- Si es preciso, no empezar a contestar de inmediato la pregunta o intervención, sino hacer una pausa para comprenderla bien y preparar la respuesta más adecuada. La pausa es especialmente importante y deberá ser más larga cuando la pregunta sea difícil o compleja. En este caso, y si se desea, puede justificarse la pausa de mayor duración adoptando una actitud pensativa antes y/o después de decir algo así como “esta pregunta es muy compleja”; o bien puede comenzarse diciendo esto último y luego añadir “deje que piense un momento”.

- Si una pregunta o intervención es planteada de modo complejo, conviene parafrasearla antes de contestar para asegurarse de que se ha entendido correctamente. Se puede decir algo como: “si lo he entendido bien, la pregunta es...”.

Respecto a la **respuesta a las preguntas e intervenciones** pueden darse las siguientes guías:

- En la contestación de las preguntas e intervenciones hay que poner en juego las habilidades verbales, vocales y no verbales apropiadas. Igualmente, hay que estar atentos a las reacciones de la clase, especialmente de la persona que ha formulado la pregunta o intervención, para ver en qué medida entiende las respuestas que se dan y muestra interés por ellas. Hay que procurar evitar los errores más frecuentes a la hora de contestar preguntas. Estos errores consisten en dar respuestas vagas o excesivamente generales, oscuras, poco concisas o no pertinentes a lo que se ha preguntado.

- Si una persona hace una intervención con un volumen insuficiente, hay que repetirla en voz alta para que el público la escuche y se implique. Se minimiza así la posibilidad indeseable de entablar un diálogo personal con una persona, mientras los demás observan simplemente o se desentenden.

- Hay que reconocer o alabar las aportaciones hechas y aprovecharlas para construir sobre ellas explicaciones (o preguntas). No hay que ridiculizar nunca una intervención, mucho menos al que la ha expresado.

(continúa)

Tabla 11. La comprensión de las preguntas e intervenciones y la respuesta a las mismas (continuación).

- Si se desconoce la respuesta a una pregunta o intervención lo que se debe intentar evitar es contestar con vaguedades e imprecisiones. Esto puede dar lugar a una información confusa o incorrecta, a posteriores preguntas de clarificación de las que tampoco se sabe la respuesta o, si el hecho se repite, a una imagen negativa del orador basada en su falta de conocimiento y de sinceridad para admitirlo. En cambio, puede decirse que no se conoce la información que se pide o que en ese momento no se recuerda, pero que se buscará y se proporcionará (por el medio que sea) lo más pronto posible. Otra pauta que puede ser útil si se emplea esporádicamente es comentar que no se tiene información respecto a lo que se pregunta exactamente, pero sí sobre algo relacionado. El no pretender ser perfecto y el saber reconocer las propias limitaciones (“no sé la respuesta”, “no conozco ese estudio”) no hace perder el respeto del público, sino todo lo contrario.

- Si no se recuerda la respuesta a una pregunta, pero la información consta en las notas o documentos que uno lleva, se puede contestar que no se acuerda uno de memoria, pero que lo va a consultar en un momento.

- Finalmente, cuando los oyentes hacen preguntas o intervenciones libremente durante la charla, existen varias alternativas sobre cuándo responder en función de lo que uno desee y de la pregunta formulada: a) Contestarlas en el momento que se hacen. Incluso hay preguntas o intervenciones tan interesantes que hacen aconsejable modificar el plan de la exposición. b) Si la pregunta o intervención tiene que ver con un punto que se tocará más tarde, pedir a la persona que aguarde hasta ese momento y que luego pregunte si necesita más información. c) Pedir que se reserven las preguntas e intervenciones para más tarde.

Nota. Basado en Bados (1991).

Tabla 12. Cómo afrontar la crítica.

-
- Concéntrese en lo que el otro dice e intente comprender su punto de vista. Si es preciso, a) solicite al otro que sea más específico o que clarifique lo que ha dicho, o b) repita con sus propias palabras lo que cree que el otro ha dicho para asegurarse de que lo ha entendido.
 - Muestre al otro que le está escuchando y deje que acabe, aunque piense que está equivocado o que está expresando la crítica de forma inadecuada. Evite negar con la cabeza mientras se está formulando la crítica.
 - No se deje llevar por actitudes o emociones negativas hacia la intervención o hacia el otro.
 - Piense en lo que va a responder y cómo.
 - Emplee correctamente las conductas vocales y no verbales (p.ej., mantenga un volumen medio y emplee un tono de voz firme, pero no agresivo; mantenga el contacto ocular, salvo cuando el otro esté muy excitado y desee reducir el enfrentamiento; ponga una cara inexpresiva y no se sitúe muy cerca del otro, si este se muestra agresivo).
 - Céntrese en el contenido de la crítica, no en cómo ha sido hecha (esto puede abordarse, en general, después) ni en la persona que la ha hecho o en sus motivos, intenciones o actitudes.
 - Si está totalmente de acuerdo con el contenido de la crítica, reconózcalo. Diga al otro que tiene razón y, si lo cree oportuno, dé alguna explicación o discúlpese de modo breve; evite responder con otra crítica. A continuación, si es el caso, diga qué es lo que piensa cambiar y dé las gracias al otro por sus observaciones.
 - Si está de acuerdo parcialmente con la crítica, reconozca, por una parte, los aspectos verdaderos de esta y, por otra, muestre su desacuerdo con el resto y dé razones específicas para ello.
 - Si no está de acuerdo en absoluto con la crítica, muestre una cierta empatía si es oportuno (“comprendo que pienses...”, “entiendo que te sientas... por...”), pero exprese su desacuerdo con el contenido de la crítica y dé razones específicas para ello.
 - En caso de desacuerdo parcial o total, obtenga la reacción de la otra persona a su respuesta (“¿qué piensa usted de esto?”) y, si es posible, intente llegar a un acuerdo. Si el otro insiste en una crítica infundada, repita su desacuerdo; si sigue insistiendo, repita serenamente el desacuerdo y exprese cómo le hace sentirse la insistencia.
 - Si no le ha gustado el modo en el que el otro le ha formulado la crítica, dígame que acepta que le exprese sus críticas, pero que le gustaría que la próxima vez se las formulara de otra forma. Especifique lo que no le ha gustado y cómo preferiría que se hiciera, y si es posible, indique por qué. En aquellos casos en que el otro esté muy airado, puede decirse que es mejor seguir hablando cuando la situación esté más calmada. Si el otro persistiera, habría que permanecer callado o salir de la habitación (si la situación lo permite).
 - Existe una serie de respuestas típicas ante la crítica que suelen ser contraproducentes: a) Pasar por alto la crítica, negarse a discutirla, cambiar de tema o irnos. b) Negar la crítica o disculpar nuestra conducta y minimizar sus efectos negativos. c) Contraatacar con otra crítica. d) Insultar o amenazar al otro.

Posibles respuestas del otro: a) No darse por satisfecho y formular nuevas críticas o contrarrespuestas. b) Mostrarse irónico, sarcástico, agresivo u hostil. c) Aprovechar el reconocimiento de los aspectos verdaderos de la crítica para hacer una sobregeneralización o un ataque personal.

Posibles cogniciones negativas: “Crítica significa ataque personal”, “si alguien me critica, es que algo he hecho mal”, “si me critican mucho, es que algo malo pasa conmigo”.

Tabla 13. La preparación y el empleo de notas.

Una vez identificadas y escritas las ideas de la introducción, cuerpo y conclusión de una charla, pueden completarse en mayor o menor medida (notas) e, incluso, podría escribirse la charla entera. Sin embargo, aunque llevar toda la charla escrita da seguridad, tiene importantes inconvenientes: tiempo invertido, mayor voluminosidad, manejo más difícil, peligro de mirar más a las hojas que al público, peligro de leer más que hablar. Las notas bien hechas obvian estas desventajas a la vez que sirven de recordatorios y, por lo tanto, permiten ajustarse a lo que estaba previsto explicar, no desviarse del tema ni saltarse ningún punto y salir del paso en caso de perder el hilo durante la exposición. Sin embargo, si se emplean muchas notas, pueden ser difíciles de manejar y se corre el peligro de mirar más a las notas que al público o de terminar leyendo. Siempre que sea posible, es mejor emplear sólo unas pocas fichas u hojas que contengan la información esencial.

En general, el uso de notas que contengan a) cierta información sobre la introducción y la conclusión, y b) el esquema del cuerpo de la exposición con palabras o frases clave y la información esencial (ejemplos, estadísticas, citas) será suficiente. Puede incluirse asimismo el tiempo asignado a cada idea principal y el momento en que se empleará cada ayuda audiovisual, si hay. Existen varias formas de preparar notas, aparte de esta: a) Tarjetas, cada una de las cuales contiene una idea clave o una subsección de la exposición. b) Transparencias que resumen los puntos principales y que sirven de recordatorio para el que habla. c) Notas muy esquemáticas que contienen sólo palabras únicas o frases que sirven de pistas para el contenido.

Las notas pueden tomarse en fichas o en hojas, las cuales deben estar numeradas y escritas por una sola cara para facilitar su consulta. Además la letra debe ser clara y legible y hay que destacar las principales secciones y apartados. Conviene resumir en una hoja las ideas principales de la exposición a modo de esquema. A la hora de confeccionar un esquema, se han ofrecido las siguientes guías: a) No incluir más de 4-5 entradas o ideas principales, para no desbordar la capacidad de asimilación y recuerdo del público. b) No incluir más de una idea principal por entrada del esquema. c) No crear una entrada con una sola subdivisión o idea secundaria. d) Hacer que las ideas principales desarrollen lógicamente la idea central y que las subdivisiones o ideas secundarias se deriven lógicamente de la entrada o idea principal que las incluye. e) Secuenciar las ideas siguiendo uno o más órdenes comprensibles. Ejemplos de estos son:

a) cronológico (se describe la secuencia temporal de algo que sucedió o los pasos a seguir para hacer o lograr algo); b) espacial (empleado para describir cosas físicas); c) orden de importancia (cuando ciertas ideas principales tienen prioridad sobre otras); d) inductivo (va de lo particular a lo general); e) deductivo (de lo general a lo particular); f) problema-causa-solución (se expone un problema, sus causas y las soluciones); g) argumento-refutación (empleado para rebatir objeciones); h) comparación-contraste (se establecen las similitudes y diferencias entre dos o más elementos); i) causa-efecto o efecto-causa (se muestra cómo determinados sucesos conducen a otros o cómo estos últimos resultan de los primeros); j) temático (el orden es arbitrario, ya que se supone que todas las ideas principales tienen una importancia similar).

Qué orden se elija dependerá del tema y de los objetivos de la charla. Por otra parte, es posible combinar diversos tipos de secuenciación. Por ejemplo, en una charla sobre la disminución de ventas en una empresa en la que se analizan diversas causas, esta secuencia efecto-causa podría utilizarse conjuntamente con un orden de importancia según la contribución de cada una de las causas a la disminución de las ventas. También es posible que la charla en conjunto siga determinado orden, pero que una parte de la misma utilice un orden diferente.

Hay que evitar sostener las notas con ambas manos, ya que ello impediría hacer gestos. Por otra parte, aunque puede ser aceptable sujetar las notas o papeles con una mano, en caso de temblor de manos, es mejor no hacerlo, ya que aquel se hace más patente. Es más conveniente entonces dejar las notas encima de la mesa. Finalmente, a igualdad de otras condiciones, una exposición tendrá más impacto cuanto menos se utilicen las notas. Por tanto, parece aconsejable que la consulta de las notas se haga de forma discreta y rápida y lo menos frecuentemente posible, de modo que se pueda mirar al público la mayor parte del tiempo. Sin embargo, en caso de nerviosismo, inseguridad, duda u olvido, más vale acudir al empleo patente de las notas que divagar y perderse en generalidades.

Nota. Basado en Bados (1991).

Tabla 14. La preparación de ayudas audiovisuales.

- Los materiales audiovisuales deben utilizarse para **apoyar o clarificar** lo que se dice, no para reemplazarlo. Por eso es un error emplearlos como material de relleno o como medios de aportar información paralela. Esto último ocurriría si se estuviera hablando de la frecuencia de dolores de cabeza en una población y se proyectara una diapositiva sobre la intensidad de dichos dolores. Las palabras nuevas, términos importantes, expresiones numéricas, nombres propios, siglas, referencias bibliográficas y fechas deberían presentarse visualmente.

- Los materiales audiovisuales deben ser **fácilmente comprensibles** por el público. Esto exige no inundar con demasiada información (p.ej., tablas llenas de números, textos largos) y no presentar información complicada. Hay que mostrar la información del modo más simple posible; así, una regóositiva o transparencia que contenga muchos datos debe simplificarse, ya sea eliminando cosas ya sea descomponiéndola en varias diapositivas o transparencias más sencillas.

- Captan más la atención las imágenes (transparencia de un dibujo, p.ej.) que las palabras (transparencia de texto, p.ej.). Por tanto, hay que explotar al máximo la **naturaleza gráfica** del material: se emplearán gráficos (diagramas de barras, perfiles, círculos divididos en sectores) en vez de tablas, diagramas de procesos o esquemas en vez de párrafos, fotografías en vez de descripciones, historietas gráficas en vez de anécdotas.

- El **número** o cantidad de materiales audiovisuales presentados debe ser **limitado**. Deben seleccionarse sólo las ayudas audiovisuales esenciales para la comprensión del mensaje. Un número excesivo reducirá la eficacia de la exposición. Los medios audiovisuales deben estar al servicio del objetivo de la exposición, no constituirse en los protagonistas de la misma.

- Cuando se prepara o selecciona una ayuda audiovisual, hay que asegurarse de que su calidad es la adecuada y de que va a ser **claramente visible y/o audible** para el público; para ello, conviene comprobar *in situ*, pero por adelantado, que el público al final de la sala podrá percibir claramente lo que se presenta. Con materiales audiovisuales ya utilizados previamente, debe confirmarse que siguen en perfectas condiciones de uso (esto es básico, p.ej., para las diapositivas).

- Según los casos, conviene **remarcar** de algún modo (recuadros, trazo más grueso, cierto color) los puntos más importantes que se quieren destacar en el material visual.

- Puede ser útil **apuntar** de modo destacado en las **notas** que uno lleve en qué momento deberá introducirse cada ayuda audiovisual. De este modo, pueden prevenirse los posibles olvidos.

- El empleo de los materiales audiovisuales debe tener en cuenta el tamaño de la sala y las condiciones de la habitación. Con públicos demasiado numerosos es mejor emplear diapositivas que transparencias. En una habitación que no pueda dejarse en penumbra no podrán utilizarse diapositivas.

- Hay que **asegurarse previamente** de que uno dispondrá del material necesario en el momento de la exposición y que está en condiciones de funcionar.

- El día de la exposición, pero antes de esta, uno debe **cerciorarse** de que los aparatos funcionan, los rotuladores escriben y, en general, de que todo está en condiciones para el buen funcionamiento de los materiales audiovisuales.

- Como a pesar de todas las precauciones la técnica puede fallar, es **conveniente estar preparado para dar la exposición sin medios audiovisuales** caso de ser necesario.

(continúa)

Tabla 14. La preparación de ayudas audiovisuales (continuación).

Las transparencias y diapositivas

- Para un uso normal, las **transparencias** presentan una serie de **ventajas** sobre las diapositivas: son más fáciles de preparar y modificar, son más baratas y duran más tiempo, es más fácil controlar su presentación y volver a ellas si esto es requerido por alguna pregunta o revisión posterior, no hay que oscurecer la habitación, permiten una gran flexibilidad de empleo (escribirlas sobre la marcha, añadir información, descubrir u ocultar información), son mucho más fáciles de revisar y seleccionar, y pueden usarse como notas aunque fallen los aparatos.

- **No** se aconseja preparar **más de una** transparencia o diapositiva **por cada 3-5 minutos** de exposición. Este es un valor máximo y no hay ningún problema en que una sirva de apoyo a 10-15 minutos de exposición.

- No se utilizarán diapositivas cuando sólo se tenga que presentar texto y cuando no se pueda oscurecer suficientemente el aula.

- Cuando sea necesario repetir la proyección de una transparencia o diapositiva, especialmente de esta última, lo mejor es emplear un **duplicado**. De este modo, no se altera la fluidez de la exposición al no tener que perder tiempo buscando la diapositiva o transparencia ya proyectada.

- Es más conveniente emplear varias transparencias o diapositivas sencillas que una muy compleja o con mucha información. Si se quiere ir construyendo una idea o imagen compleja, puede emplearse la **superposición** de transparencias (hasta cuatro) o la presentación de **sucesivas transparencias o diapositivas que van acumulando** cada vez más información sobre la misma idea o imagen. Por ejemplo, pueden ir añadiéndose diferentes perspectivas de un problema o alternativas al mismo, nuevas respuestas a una pregunta o distintas partes de un diagrama o proceso.

- En transparencias o diapositivas compuestas por texto no debe escribirse todo, sino enfatizar sólo las ideas clave. No se aconseja más de **6-8 líneas con 6-7 palabras por línea**, aunque algunos autores hablan de hasta 12 líneas en el caso de las transparencias. Por una cuestión estética y hasta de legibilidad, no se aconseja escribir con mayúsculas.

- Para que una **transparencia sea legible** claramente, la letra debe ser negrita, sin florituras y tener una altura de acuerdo con la distancia de visión: 3-5 mm hasta 10 metros, 5-8 mm de 10 a 15 metros y 8-10 mm de 15 a 20 metros; la altura se refiere a la de las letras minúsculas bajas (como la *s* y la *a*) y los valores máximos de cada intervalo son los más aconsejables, especialmente si la correspondiente distancia de visión también es la más grande de su intervalo. Nunca hay que reproducir directamente páginas de libros, revistas o periódicos en una transparencia o diapositiva: no serán legibles. Si se escriben las transparencias con rotuladores, estos deben ser de grosor medio y de colores fuertes para que la letra sea visible.

Para que la diapositiva sea legible, el tamaño de las letras empleadas en la preparación del original deberá ser de 2,5 mm cuando el espacio ocupado por el texto sea de 6 x 9 cm. Si se escribe en espacios más grandes, deberá aumentarse proporcionalmente el tamaño de las letras. En general, una diapositiva será legible durante la proyección si se puede leer a simple vista a una distancia de 20-30 cm con fondo iluminado.

- Salvo que se quiera destacar alguna transparencia o diapositiva, todas deberán tener el mismo color de fondo y asegurarse de que lo escrito contrasta sobre este y es claramente legible (p.ej., blanco o amarillo intenso sobre azul). Pueden usarse varios **colores** (dos o tres), aunque siguiendo un sistema y sin caer en el exceso.

- Es fácil evitar dos errores frecuentes en el empleo de las diapositivas: ponerlas en orden equivocado y colocarlas de modo que salgan al revés o en posición incorrecta. Para ello, se toma la diapositiva en posición de lectura, se adhiere un círculo de color vivo en el ángulo inferior izquierdo y se escribe sobre el mismo e *invertido* el número correspondiente al orden de proyección. Cuando se coloquen las diapositivas en el carro en la posición correcta, el número quedará escrito normalmente en el ángulo superior derecho de cara a la persona que proyecta.

Nota. Basado en Bados (1991).

Tabla 15. El empleo de ayudas audiovisuales.

- Hay que colocar los materiales audiovisuales de modo que todos el público pueda **percibirlos claramente**. Esto implica que la pantalla debe estar lo suficientemente levantada en el caso de las transparencias y diapositivas y que las letras y gráficos en estos y otros medios (pizarra, rotafolios) deben ser grandes y de trazo grueso (¡ojo a los rotuladores gastados!), de hecho bastante más de lo que muchos creen. Además, hay que calcular el espacio y escribir organizadamente.

- Hay que **introducir los materiales visuales en el momento en que apoyarán o clarificarán** lo que se está diciendo, no antes ni después. Lo contrario da lugar a distracción, confusión y/o malestar en el público. Una aplicación de este principio al caso de las **transparencias** se traduce en **tapar** con una hoja de papel la información que no quiera mostrarse de momento e ir descubriendo el material oculto a medida que se requiera. Sin embargo, el abuso de esta táctica de tapar puede llevar a que los oyentes puedan estar más interesados en adivinar lo que hay oculto que en prestar atención a lo que se muestra.

- Los materiales visuales deben estar presentes el **tiempo suficiente para poder captar su contenido**. Es lamentable cambiar de diapositiva o transparencia antes de que el público haya tenido tiempo de verla, leerla o reflexionar sobre ella.

- En general, es útil señalar con un **puntero** o de algún otro modo los puntos más importantes que se quieren destacar en el material visual. En caso de temblor de manos, es mejor no sostener el puntero a pulso, sino apoyarse sobre algo.

- Los materiales visuales deben **retirarse una vez que han cumplido** su cometido, ya que si no, sólo sirven de distracción. Esto implica apagar el retroproyector cuando no se utiliza y borrar la parte de la pizarra que ya no es necesaria.

- El orador **no debe bloquear con su cuerpo la visión de los materiales visuales expuestos o retirar su atención del público para dirigirla a aquellos**. Lo que se debe hacer es colocarse a un lado de la ayuda visual y hablar de cara a los oyentes. Cuando se emplee pizarra o rotafolios, hay que procurar no utilizarlos en exceso (hay que escribir sólo lo esencial), no dar la espalda al público durante mucho tiempo (si hay que escribir algo largo, ir volviéndose de vez en cuando) y no hablar de cara a la pizarra o al rotafolios.

Las transparencias y diapositivas

- **No hay que oscurecer la habitación por completo** durante la proyección de diapositivas, sino que se debe mantener algo de iluminación. De este modo, se mantiene el contacto visual con el público, este escucha con mayor atención y se evitan los posibles problemas de somnolencia. Hay que volver a iluminar la habitación cuando se termine de emplear las diapositivas o cuando el periodo de tiempo entre la última utilizada y la siguiente no sea corto.

- Con las transparencias hay que intentar conseguir **pantallas grandes** (2,5 o más metros de ancho) y **retroproyectores potentes** que permitan seguir utilizando la iluminación de la sala.

- Las transparencias y diapositivas deben ser **comentadas, pero sin leer palabra por palabra** o repetir todos los datos que aparecen en ellas. En el polo opuesto, tampoco es conveniente quedarse callado mientras se deja que el público se las entienda con la diapositiva o transparencia.

- Puede utilizarse un **puntero** para destacar o señalar información importante, aunque en el caso de las transparencias puede bastar un lápiz colocado estratégicamente sobre el punto de interés. Dado que no tiembla el pulso, el puntero electrónico es preferible al tradicional de madera o aluminio porque no hace sombra y es más cómodo de manejar; de todos modos, conviene asegurarse de que la flecha indicadora es claramente visible sobre el color de fondo.

Nota. Basado en Bados (1991).

Tabla 16. Pautas para dar retroalimentación.

-
- **Ser específico** en los comentarios. Aunque pueden realizarse valoraciones generales, no hay que limitarse a decir cosas como "lo has hecho bien, mal o regular", sino buscar también las cosas específicas que el otro ha hecho bien y las que le conviene mejorar.
 - Emplear un **lenguaje que sea comprensible** para la otra persona.
 - **Centrar los comentarios no en la persona, sino en su conducta**; concretamente en la o las conductas objetivo que se están trabajando o han sido ya trabajadas. Sin embargo, si una persona mejora en algún aspecto que todavía no se ha abordado, puede dársele retroalimentación positiva sobre el mismo.
 - **Ser positivo**: Comenzar informando al otro de aquello que ha hecho bien (sin caer en la repetición) y/o de los progresos que va haciendo en las conductas objetivo. Hay que recordar que incluso cuando nada parece bien hecho, **pueden alabarse** muchas veces los **intentos y esfuerzos** de la otra persona por cambiar. Finalmente, también conviene elogiar los posibles avances en conductas que no son el objetivo inmediato de entrenamiento.
 - Dar **retroalimentación correctiva** de modo amable y en forma de sugerencias específicas (no de órdenes) que permitan al otro corregir o mejorar las conductas que se quieren modificar. No se trata de decir lo que está mal, sino de proporcionar sugerencias de mejora.
 - **No ser categórico**. Recordar que la retroalimentación que se da está influida por las propias normas personales y valores culturales y que estos pueden diferir de los del sujeto.
 - **Limitar la retroalimentación correctiva a las conductas que se están entrenando** en un momento dado (no más de 2 a la vez) –o que han sido ya entrenadas– y no intentar corregir las conductas que se intentará modificar más adelante.
 - Intentar **ser objetivo y preciso**; es decir, la retroalimentación debe intentar reflejar con exactitud la actuación de la otra persona.
 - **Ser relativamente conciso**, no extenderse demasiado al dar la retroalimentación.
 - Centrarse sólo en **aspectos sobre los que la persona tiene control**.
 - Dar la **retroalimentación al sujeto en vez de hablar del sujeto** delante del grupo. Así, emplear "creo que *podrías* mirar..." en vez de "creo que *él podría* mirar...".
-

Tabla 17. Hacer una exposición oral en público.

-
- Llegue con un poco de tiempo a la sala donde hablará, habitúese a ella, compruebe que las condiciones (p.ej., temperatura, ruidos) son las adecuadas y modifíquelas en caso contrario si es posible. Revise también si funciona la instalación de sonido y los medios audiovisuales.
 - Si los oyentes están distribuidos dispersamente o no ve adecuada la disposición física de los mismos, pídale que se recolquen, siempre que la situación lo permita.
 - Si le presentan, permanezca mirando a los distintos miembros del público con interés. Si no le presentan, salude al público y preséntese usted mismo (p.ej., nombre y apellidos, dónde trabaja, a qué se dedica, cualificaciones y experiencia respecto al tema de que va a hablar).
 - Comience puntualmente y no sobrepase en su exposición el tiempo concedido. Además, procure ajustarse al tiempo previamente decidido para cada idea. Si por algún motivo alarga deliberadamente el tiempo dedicado a una idea, recorte el tiempo dedicado a alguna otra. No caiga en el error de correr más para “recuperar el tiempo perdido”.
 - Salude al público, mientras le mira, y comience con la introducción previamente preparada, luego siga con el cuerpo de la exposición y finalmente con la conclusión.
 - Emplee sus habilidades verbales: exprese con claridad; emplee un lenguaje concreto y no sólo abstracto; hable con corrección; exponga sus ideas de forma coherente; sea conciso, aunque sin omitir ideas o matizaciones importantes; haga que el contenido resulte interesante por medio de ejemplos, analogías, anécdotas, ayudas visuales y/o toques de humor; emplee frases que conecten las diferentes ideas y partes de su exposición; haga resúmenes al final de cada parte.
 - Emplee sus habilidades no verbales: adopte una postura atenta, ligeramente inclinada hacia delante si está sentado; oriente su cuerpo hacia el público; sitúese lo más cerca del público que las condiciones permitan, pero sin invadir el espacio personal de aquel; mire frecuentemente a los presentes a la cara y procure mirar a la mayor parte posible de los mismos; apoye su mensaje con la expresión facial y gestos de las manos (no las tenga constreñidas); mantenga al mínimo los gestos automanipulativos; muévase ocasionalmente, pero sin exceso y sin balancearse; cuide que su apariencia sea adecuada al público y la ocasión.
 - Emplee sus habilidades vocales: pronuncie con claridad; haga cambios en el tono de voz; evite los tonos nasales o tensos y la voz vacilante; hable con la suficiente intensidad para ser oído cómodamente, pero no chille; adecue su velocidad a la dificultad del tema y capacidad de atención del público; emplee pausas cortas para enfatizar ideas importantes, crear expectación, observar las reacciones del público, pensar lo que va a decir a continuación y permitir que el público asimile la información proporcionada; hable con fluidez evitando los silencios sin sentido, las pausas vocalizadas (“ehhh”) y otras perturbaciones del lenguaje.
 - Enfatice las ideas importantes mediante el contenido verbal (p.ej., repitiéndolas con otras palabras o contrastándolas con sus opuestas), el tiempo dedicado a las mismas, las ayudas visuales, las pausas y los cambios en volumen, tono y velocidad.
 - Si emplea notas, no las sostenga con ambas manos ni las lea. No use muchas notas y aproveche las pausas para consultarlas con naturalidad, pero con rapidez.
 - Si emplea ayudas audiovisuales, colóquelas del modo que puedan ser percibidas claramente; introdúzcalas en el momento en que apoyarán o clarificarán lo que está diciendo, déjelas el tiempo suficiente para que su contenido pueda ser captado; señale con un puntero o de algún otro modo los puntos más importantes; si son ayudas de tipo texto, coméntelas, pero no las lea palabra por palabra; retírelas una vez que han cumplido su cometido; no bloquee con su cuerpo la visión de las mismas; no retire su atención del público para dirigirla a aquellas.
-

(continúa)

Tabla 17. Hacer una exposición oral en público (continuación).

-
- Atienda a las respuestas generalizadas (no de unos pocos) del público durante la exposición y actúe en consecuencia tal como se indica; en ningún caso ataque al público, ya sea con ironías o acusaciones de falta de atención.
 - . Si el público muestra *entendimiento*, apoyo o interés –mirada atenta, asentimientos de cabeza, orientación hacia el orador, postura vigilante–, puede proseguir sin cambios.
 - . Si observa expresiones de *extrañeza* –frente arrugada, cejas medio fruncidas, inclinación lateral de la cabeza, ciertas muecas, rascarse la cabeza, comentarios con el de al lado–, tendrá que clarificar u ofrecer explicaciones adicionales.
 - . Si capta señales de *desacuerdo* –hacer “no” con la cabeza, cejas fruncidas, ciertas sonrisas– habrá de adoptar alguna de las siguientes pautas según los casos: a) averiguar los motivos del desacuerdo y analizar conjuntamente las posturas opuestas, b) ofrecer más datos a favor de las ideas expuestas y en contra de la otra postura, y c) partir de una base común (puntos de acuerdo) o de las creencias del público para ir presentando poco a poco datos a favor de la propia postura y terminar por afirmar esta.
 - . Si los miembros del público adoptan posturas desgarbadas, se remueven en las sillas, hablan entre sí o cuchichean, bostezan y/o retiran la mirada del orador, esto sugiere aburrimiento, desinterés y/o cansancio. Posibles soluciones en caso de *aburrimiento o desinterés* son: a) hacer más interesante el contenido con ejemplos, anécdotas y un estilo más vivaz; b) preguntar qué pasa y, si es preciso, reenfocar el tema; o c) aumentar la participación del público mediante preguntas o actividades de grupo.
 - . Si el problema es el *cansancio* y queda ya poco tiempo, habrá que ir pensando en acabar la exposición; si aún queda mucho tiempo, puede hacer un descanso. En ocasiones, la falta de atención por parte del público se debe al estilo de exponer que tiene el orador: volumen bajo, voz monótona, ausencia de mirada; o bien a fuentes de distracción tales como ruidos o temperatura inadecuada. Ambos factores deben ser modificados en la medida de lo posible.
 - . No olvide que una respuesta del público considerada aisladamente no tiene siempre el mismo significado y que es fundamental para interpretarla el atender a las otras conductas de los presentes y al contexto en que tienen lugar. Es posible que el público bostee porque acaba de comer o se remueva en sus sillas debido a la incomodidad de estas y no al aburrimiento; en tal caso, podrán captarse otras señales de interés como la mirada atenta.
 - . No olvide tampoco que algunas personas del público pueden bostezar, hablar con otro, mirar al techo o irse por razones que no indican que uno lo esté haciendo mal; pueden tener sueño, consultar algo que no han entendido, estar cansadas o tener un compromiso. Desde luego, también hay personas que puede no interesarles nada lo que oyen, pero nadie puede contentar a todo el mundo.
 - Si no recuerda la respuesta a una pregunta que le hacen, pero consta en los documentos que lleva, diga que va a consultar la información en los mismos. Si desconoce la respuesta a una pregunta, no responda con vaguedades. Reconozca que no sabe la respuesta o que no recuerda la información que se pide, pero que la buscará y la comunicará a la persona interesada.
 - Si le hacen preguntas o comentarios críticos, no se lo tome como algo personal, sino como una divergencia cuya discusión puede enriquecer a ambas partes.
 - Si le hacen preguntas o comentarios hostiles, tómeselo con calma. Para ello, a) parafrasee la regóna o comentario quitándole mordiente, es decir, empleando una entonación y unos términos no agresivos; y b) responda sin ironías, sin interpretaciones que aludan a los motivos personales del que hace el comentario y sin caer en un enfrentamiento personal.
 - Lo más pronto posible después de la exposición, y una vez que el nivel de adrenalina se ha reducido, piense en la exposición y apunte tanto los aciertos como los cambios, correcciones, adiciones y omisiones que convenga hacer antes de repetirla de nuevo.
-

Nota. Basado en Bados (1991).

APÉNDICE: CÓMO AFRONTAR EL MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO

[Tomado de Bados, A. (1991). *Hablar en público*. Madrid: Pirámide]

Un cierto grado de miedo a hablar en público es normal y además beneficioso, ya que proporciona un cierto grado de activación y ayuda a no tomarse el asunto a la ligera. Sin embargo, el miedo no será útil si no desaparece al poco de comenzar a hablar o si la activación es excesiva: taquicardia extrema, respiración muy dificultosa, rigidez muscular, voz trémula, temblor de piernas, etc. Más allá de las técnicas de tratamiento para casos graves, existen varios medios para lograr que el miedo a hablar en público sea menor:

- Estar **familiarizado con el tema** que uno va a dar, tener suficientes conocimientos sobre el mismo.
- Estar **interesado en comunicar el tema** al público. Cuanto mayor sea el interés, más fácil resultará afrontar el miedo.
- **Preparar bien la charla**. Esto implica análisis del público y de la ocasión, selección del tema y de los objetivos de la charla, recogida de información, y selección y organización de las ideas. Muchas veces, el miedo a hablar en público que se experimenta es consecuencia de una falta de conocimiento del tema o de una preparación precipitada e insuficiente de la charla.
- **Anticipar las posibles preguntas** o intervenciones por parte del público y preparar las respuestas pertinentes.
- **Ensayar la charla**, varias veces si es necesario, antes de darla. Sin embargo, es una mala táctica intentar aprendérsela de memoria palabra por palabra.
- Estar en el **mejor estado físico y mental posible el día de la charla**. Esto implica haber dormido bien, encontrarse descansado, comer y beber con moderación y no proceder con precipitaciones. No es una buena idea tomar alcohol para reducir el miedo, ya que entorpece el proceso de pensamiento y la expresión. La cafeína y, en general, los estimulantes tampoco son aconsejables ya que activan en exceso las reacciones corporales y favorecen el nerviosismo.
- Tener bien **claro cómo se va comenzar la charla**, ya que un buen inicio facilita una buena continuación. Un ejemplo, una anécdota o, si se sabe emplear, un poco de humor en la introducción o durante la charla ayuda a que orador y público se sientan más a gusto uno con otro.
- Hacer una o más **respiraciones profundas** antes de la charla y conseguir una respiración lenta, regular y abdominal o diafragmática. Otro método útil es la **respiración controlada** (véase más abajo). En general, cuando uno está nervioso, es útil para reducir la tensión hacer una pausa e inhalar y exhalar profundamente varias veces o bien regularizar y enlentecer directamente la respiración.
- Practicar alguna técnica de **relajación** si se conoce. Muchas personas son capaces de relajarse en una situación determinada adoptando los siguientes pasos:
 - + **Aliviar la tensión mediante movimientos** corporales: estiramientos, movimientos de extremidades, inclinación y giros del torso o de la cabeza, etc.
 - + **Concentrarse** en el proceso de relajación: no pensar en otras cosas y, si vienen pensamientos distractores, volver a llevar la atención a los pasos a seguir para relajarse.
 - + Realizar **una o más respiraciones profundas**. Inspirar lenta y profundamente por la nariz durante al menos 5 segundos, retener el aire en los pulmones durante 5-7 segundos y exhalar lentamente durante 10 segundos al tiempo que se observa el alivio de tensión que se produce. Tras las respiraciones profundas, seguir respirando lenta, regular y diafragmáticamente sin retener el aire.

- # Se puede conseguir una respiración lenta y regular sin hacer previamente respiraciones profundas. Para ello, puede utilizarse la **respiración controlada**: se inspira por la nariz durante 2-3 segundos utilizando el diafragma, se espira lentamente por la nariz o por la boca durante 2-3 segundos y se hace una breve pausa antes de volver a inspirar. Este ciclo de inspiración/espiración/pausa se repite las veces que sea necesario.
- # Lo que se acaba de explicar constituye uno de los modos posibles de practicar la respiración relajada, aunque hay otros (p.ej., se puede espirar durante 4-6 segundos y hacer una breve pausa tras la inspiración). En cualquier caso, **lo importante es respirar lenta, regular y poco profundamente** sin sobrepasar al final las 8-10 respiraciones por minuto. Tanto en la respiración profunda como en la respiración controlada puede ser útil repetirse internamente a sí mismo la palabra “calma” o “tranquilo” o una similar cada vez que se exhala; alternatively, puede imaginar que la tensión fluye hacia afuera cuando espira.
- + **Revisar las distintas partes del cuerpo** con el fin de detectar grados excesivos de tensión. Cuando esto ocurra, intentar eliminar esa tensión o reducirla a un nivel adecuado para la postura en que se esté y la actividad que se realice. Continuar este proceso hasta que ya no se localicen puntos de tensión.
- + A bastantes personas les es de ayuda **imaginar una escena agradable**; ejemplos de tales escenas son estar tumbado sobre la hierba o en la playa o dar una charla con éxito.

Naturalmente, la situación en que uno se encuentra influye en si se pueden realizar o no algunos de los pasos anteriores y de qué forma. Los estiramientos musculares notorios y la imaginación de escenas agradables no pueden llevarse a cabo mientras uno está dando la charla. En general, lo mejor es intentar relajarse previamente a la actuación; si es necesario hacerlo durante esta, hay que emplear alguna estrategia rápida.

- Si el corazón se dispara y las técnicas de respiración y de relajación no son suficientes, pueden emplearse **técnicas de inervación vagal**, las cuales estimulan el nervio vago o neumogástrico y permiten una reducción rápida de la tasa cardíaca. Entre los métodos de inervación vagal se encuentran los siguientes: a) presionar sobre un ojo durante la espiración, b) masajear la carótida, c) tensar los músculos abdominales e intracostales después de una inhalación profunda, y d) hacer una espiración forzada con la boca y la nariz cerradas. Esto último se consigue apretando la nariz con los dedos y haciendo como que se expulsa el aire, pero sin abrir la boca; no debe realizarse cuando se está acatarrado, pues podría propagarse la infección a los oídos.
- **Sustituir los posibles pensamientos negativos** que uno pueda tener por otros más adaptativos. Con relación al tema de los pensamientos negativos conviene recordar que:
 - + Uno tiene **derecho** a expresar sus propios puntos de vista.
 - + **Casi todas las personas** experimentan **miedo** a hablar en público en mayor o menor grado.
 - + **Incluso oradores muy experimentados** sienten algo de miedo antes de la charla e incluso durante los primeros momentos de la misma cuando hablan ante públicos desconocidos.
 - + El **miedo** a hablar en público, si no es excesivo, **ayuda a tomarse las cosas en serio**, a preparar mejor la charla y a exponerla de forma más dinámica.
 - + Hablar en público es siempre una situación exigente; por ello, **siempre existe un cierto grado de reacción física** y no es realista pretender que desaparezca por completo. A no ser que sean excesivas, las reacciones físicas deben verse no como un estorbo, sino como la estimulación precisa para actuar mejor.

- + Las **reacciones físicas molestas se van reduciendo** con la práctica de hablar en público. Cuando se experimentan, lo mejor es no pensar en ellas ya que esto sólo contribuye a aumentarlas o mantenerlas. Es mucho más conveniente concentrarse únicamente en dar la charla.
- + El **miedo que el público aprecia es la mayor parte de las veces mucho menor que el miedo que uno siente**. En muchos casos, el miedo es sólo una experiencia interna que no se refleja exteriormente. De hecho, muchas personas quedan sorprendidas de lo tranquilas que aparecen al ver su charla grabada en vídeo. Otra forma de comprobar que el miedo interno es generalmente mayor que el miedo externamente manifestado es la siguiente. Después de dar una charla, se valora en una escala de 0 (ningún miedo) a 10 (máximo miedo) el miedo que uno ha experimentado durante la misma. Luego, se pide a otras personas que hayan escuchado la charla que empleen la misma escala para estimar el miedo que según ellas uno ha sentido. En la gran mayoría de ocasiones, esta segunda cifra es menor que la primera.
- + Cuando se habla en público, al igual que ocurre con otras actividades, **no se trata de hacerlo perfecto**, sino de intentar hacerlo bien. Uno tiene derecho a cometer errores.
- + Si uno se ha preparado bien y nota que le falta confianza, le servirá de ayuda para conseguir esta **actuar como si fuera una persona que tiene gran confianza**.
- + Las **consecuencias negativas que se anticipan** —tales como *lapsus* de memoria, tartamudear, reírse tontamente...—son **mucho menos frecuentes** de lo que se imagina y pueden ser controladas con preparación y práctica.
- + Muchas veces el miedo conduce a fijarse sólo en los aspectos negativos y a anticipar el fracaso, pero lo importante es no perder de vista los aspectos positivos de la situación y de uno mismo y el efecto benéfico de la anticipación del éxito. Hay que **pensar en los beneficios** personales, sociales y/o materiales que se obtendrán al hablar en público y hay que estar firmemente resuelto a conseguir el éxito.
- + El **público no es un enemigo**, un grupo con el que hay que enfrentarse. Al contrario, la mayor parte de las veces está constituido por personas deseosas de aprender cosas nuevas y comprensivas con los oradores que están algo nerviosos.
- + Algunas personas del público pueden bostezar, hablar con otro, mirar al techo o irse por razones que no indican que uno lo esté haciendo mal; pueden tener sueño, consultar algo que no han entendido, estar cansadas o tener un compromiso. Desde luego, también hay personas que puede no interesarles nada lo que oyen, pero **nadie puede contentar a todo el mundo**.
- + Si se ha preparado bien la charla, entonces uno tiene ideas útiles y valiosas que aportar al público. La actitud positiva consiste en **considerar qué es que lo que se puede aportar al público**, no en ver a este como un tribunal evaluador y amenazante.
- + Las **críticas** a lo que uno dice **no son ataques personales**, sino puntualizaciones o expresiones legítimas de desacuerdo que pueden servir para enriquecer los propios puntos de vista. Los otros tienen derecho a expresar sus puntos de vista y a estar en desacuerdo con uno.
- + Tarde o temprano alguien nos hará alguna pregunta de la que no sabemos la respuesta. Pero **nadie sabe las respuestas a todas las preguntas**, ni tan siquiera del tema o temas en los que está especializado. Uno tiene derecho a no saberlo “todo”.
- + **Muchos de los fallos** que se cometen al hablar **son sólo ocasionales** y no afectan al conjunto de una charla bien dada; ejemplos de estos fallos son pronunciar mal una palabra o extenderse más de la cuenta en una idea. **Otro tipo de fallos más importantes**, tales como la expresión verbal poco clara y no mirar al público, deben servir de estímulos para hacer las **correcciones necesarias**, no para desanimarse y pensar que uno no vale en absoluto para hablar en público.

- + Al valorar lo que uno ha hecho y cómo se ha sentido, lo primordial no es compararse con un ideal de persona muy competente y sin miedo, sino **considerar las mejoras conseguidas** respecto a veces anteriores.
- + Aprender a hablar en público y a superar el miedo requiere **preparación y práctica continuada**. En este proceso de aprendizaje, como en otros, no hay que esperar avanzar mucho de golpe, sino que hay que fijarse en los pequeños progresos que se van haciendo. Además, es normal que la **mejora conseguida no sea continua y uniforme**, sino que aparezcan de vez en cuando momentos de estancamiento e incluso de retroceso. Pero si uno no se desanima y sigue adelante, aprenderá a hablar en público con habilidad y confianza.
- Hacer una **pausa de unos 5 segundos antes de comenzar** la charla para habituarse a estar enfrente del público. Aprovechar la pausa para respirar con calma y dirigir una mirada de conjunto a todo el público. Es también útil llegar con antelación a la sala para familiarizarse con el público.
- **Buscar entre el público una o más caras amistosas** y mantener esa/s cara/s en mente cuando se comience.
- **Conseguir la atención del público** antes de empezar. Esto puede lograrse saludando al público y, si es necesario, permaneciendo en silencio hasta que le miran a uno. Otra manera de conseguir la atención, aunque no antes de empezar, consiste en saludar en voz alta y luego proseguir en voz más baja hasta lograr que el público se concentre; sin embargo, es preferible pedir silencio y no comenzar la exposición hasta que el público esté atento.
- **Comenzar a hablar poco a poco**. Esto ayuda a controlar el nerviosismo y permite controlar la respiración.
- No pensar en que se está pronunciando un discurso o dando una charla, sino **actuar como si uno estuviera conversando con el público**. Es decir, ver el acto de hablar en público no tanto como una ejecución en la que se juzgan las propias habilidades oratorias, sino como un acto de comunicación en el que lo importante es que el público comprenda el mensaje.
- **No quedarse quieto**, sino hacer gestos y moverse, aunque sin exageración; esto ayuda a liberar la tensión.
- Emplear **ayudas visuales**. Estas sirven de recordatorios para el que habla a la vez que desvían parte de la atención del público desde el orador hacia ellas.
- Adoptar una **orientación hacia la tarea** en vez de hacia uno mismo. Es decir, centrarse en dar la charla en vez de estar pendiente de los propios síntomas de nerviosismo o de lo que los miembros del público pueden estar pensando de uno.
- **Si durante la charla uno nota que empieza a perder el control**, lo mejor es dejar de hablar y hacer una pausa de unos pocos segundos para tranquilizarse (y beber un poco de agua si falla la voz). Pueden emplearse técnicas de respiración, relajación y/o sustitución de pensamientos negativos. Es importante hacer la pausa en el momento en que uno nota que comienza a perder el control; si se espera mucho, puede ser demasiado tarde para recuperar la calma.
- **Aprovechar las oportunidades que se tengan para hablar en público**, ya que el miedo es en gran parte consecuencia de la falta de práctica. Siempre que sea posible, facilita las cosas el emplear un enfoque de acercamiento gradual al hecho de hablar en público. Es decir, puede comenzarse por situaciones relativamente fáciles y a medida que se coge confianza, ir pasando a hablar bajo condiciones más difíciles. Situaciones relativamente fáciles pueden ser hablar ante públicos conocidos, poco numerosos o infantiles; hacer preguntas cortas o intervenciones breves; y dar una charla en la que se lleva todo o casi todo el tema escrito.

REFERENCIAS

- Allen, M., Hunter, J.E. y Donohue, W.A. (1989) Meta-analysis of self-report data on the effectiveness of public speaking anxiety treatment techniques. *Communication Education*, 38, 54-76.
- Altmaier, E.M., Ross, S.L., Leary, M.R. y Thornbrough, M. (1982) Matching stress inoculation's treatment components to client's anxiety mode. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 331-334.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington: Autor.
- Anderson, P. L., Price, M., Edwards, S. M., Obasaju, M. A., Schmertz, S. K., Zimand, E., & Calamaras, M. R. (2013). Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 751-760.
- Anderson, P., Zimand, E., Schmertz, S., & Ferrer, M. (2007). Usability and utility of a computerized cognitive-behavioral self-help program for public speaking anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 198-207.
- Antony, M.M., Orsillo, S.M. y Roemer, L. (Eds.). (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. Nueva York: Klumer/Plenum.
- Ascher, L.M. y Schotte, D.E. (1999). Paradoxical intention and recursive anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 71-79.
- Ayres, J. y Hopf, T.S. (1989) Visualization: Is it more than extra-attention? *Communication Education*, 38, 1-5.
- Bados, A. (1987a). Diferencias entre grupos de poco y mucho miedo a hablar en público: Revisión de la literatura. *Revista de Análisis del Comportamiento*, 3, 223-230.
- Bados, A. (1987b). Diferencias en medidas de autoinforme, observacionales y fisiológicas entre grupos de poco y mucho miedo a hablar en público. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13, 443-469.
- Bados, A. (1987c) Revisión de la literatura sobre reducción del miedo a hablar en público - I. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 165-189.
- Bados, A. (1987d) Revisión de la literatura sobre reducción del miedo a hablar en público - II. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 197-231.
- Bados, A. (1990). Afrontamiento y prevención del estrés: Intervención sobre las dificultades para hablar en público. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Eds.), *Modificación de conducta y salud* (pp. 63-84). Madrid: Eudema.
- Bados, A. (1991) *Hablar en público: Guía práctica para lograr habilidad y confianza*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (1991b) Tratamiento conductual del miedo a hablar en público. En G. Buela y V. Caballo (comps.) *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 323-343). Madrid: Siglo XXI.
- Bados, A. (1992) *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Barcelona: Publicaciones de la Universidad de Barcelona. (Tesis doctoral microfichada original de 1986.)
- Bados, A. (1993). Tratamiento en grupo de la agorafobia. En D. Macià y F.X. Méndez (Eds.), *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento* (pp. 81-113). Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (1995a). *Agorafobia, II: Tratamientos psicológicos y farmacológicos*. Barcelona: Paidós.
- Bados, A. (1995b). Habilidades de enfrentamiento al estrés: Intervención para hablar en público. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Eds.), *Psicología y salud* (pp. 303-335). Madrid: Dykinson.
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2001a). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Bados, A. (2001b). Habilidades de enfrentamiento al estrés: Intervención para hablar en público. En J.M. Buceta, A.M. Bueno y B. Más (Eds.), *Intervención psicológica y salud: Control del estrés y conductas de riesgo* (pp. 167-214). Madrid: Dykinson.
- Bados, A. y Saldaña, C. (1987a) Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13, 657-684.
- Bados, A. y Saldaña, C. (1987b). Diferencias en medidas de autoinforme, observacionales y fisiológicas entre grupos de poco y mucho miedo a hablar en público. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13, 443-469.
- Bados, A. y Saldaña, C. (1990) Tratamiento conductual del miedo a hablar en público: 13 meses después. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 441-464.
- Beatty, M.J. y Behnke, R.R. (1991). Effects of public speaking trait anxiety and intensity of speaking task on heart rate during performance. *Human Communication Research*, 18, 147-176
- Beidel, D.C. y Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Jacob, R.G. (1989). Assessment of social phobia: Reliability of an impromptu speech task. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 149-158.
- Block, J. y Wulfert, E. (2000). Acceptance or change: treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *The Behavior Analyst Today*, 1, 3-10.
- Bögels, S.M., Mulken, S. y De Jong, P.J. (1997). Task concentration training and fear of blushing. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 251-258.
- Botella, C., Baños, R.M. y Perpiñá, C. (Comps.). (2003). *Fobia social*. Barcelona: Paidós.
- Botella, C., Baños, R., Guillén, V., Perpiñá, C., Alcañiz, M. y Pons, A. (2000). Telepsychology: Public speaking fear treatment on the internet. *Cyberpsychology and Behavior*, 3, 959-968.
- Botella, C., Gallego, M., Garcia-Palacios, A., Baños, R., Quero, S. y Alcañiz, M. (2009). The acceptability of an internet-based self-help treatment for fear of public speaking. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37, 297-311.
- Botella, C. C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A. A., Guillen, V. V., Baños, R. M., Quero, S. S., & Alcañiz, M. M. (2010). An Internet-based self-help treatment for fear of public speaking: A controlled trial. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13, 407-421.
- Botella, C., Guillen, V., García-Palacios, A., Gallego, M., Banos, R., & Alcaniz, M. (2007). Telepsychology and self-help:

- The treatment of fear of public speaking. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 46-57.
- Botella, C., Hofmann, S.G. y Moscovitch, D.A. (2004). A self-applied, Internet-based intervention for fear of public speaking. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 821-830.
- Bragado, M.C., Carrasco, I., Sánchez, M.L. y Bersabé, R.M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Burnley, M.C., Cross, P.A. y Spanos, N.P. (1992) The effects of stress inoculation training and skills training on the treatment of speech anxiety. *Imagination, Cognition and Personality*, 12, 355-366.
- Caballo, V.E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Carrigan, M.H. y Lewis, D.J. (1999). The contributions of eye movements to the efficacy of brief exposure treatment for reducing fear of public speaking. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 101-118.
- Cho, Y., Smits, J.A.J. y Telch, M.J. (2004). The Speech Anxiety Thoughts Inventory: Scale development and preliminary psychometric data. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 13-25.
- Clark, D.M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F.R. Schneier. (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). Nueva York: Guilford.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, depresión, habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Daly, J.A., Vangelisti, A.L. y Weber, D.J. (1995). Speech anxiety affects how people prepare speeches: A protocol analysis of the preparation process of speakers. *Communication Monographs*, 62, 383-397
- Dawson, R.W. (1982) Comparative contributions of cognitive behaviour therapy strategies in the treatment of speech anxiety. *Australian Journal of Psychology*, 34, 297-308.
- D'El Rey, G.J.F. y Pacini, C.A. (2005). Medo de falar em público em uma amostra da população: prevalência, impacto no funcionamento pessoal e tratamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21, 237-242.
- Den Boer, J.A, van Vliet, I.M y Westenberg, H.G.M. (1995). Recent developments in the psychopharmacology of social phobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244, 309-316.
- Dwyer, K.K. (2000). The multidimensional model: Teaching students to self-manage high communication apprehension by self-selecting treatments. *Communication Education*, 49, 72-81.
- Endler, N.S., Hunt, J.McV. y Rosenstein, A.J. (1962) An S R Inventory of Anxiousness. *Psychological Monographs*, 76, (todo el nº 536).
- Endler, N.S. y Okada, M. (1975) A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R Inventory of General Trait Anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-329.
- England, E.L., Herbert, J.D., Forman, E.M., Rabin, S.J., Juarascio, A. y Goldstein, S.P. (2012). Acceptance-based exposure therapy for public speaking anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 66-72.
- Fawcett, S.B. y Miller, L.K. (1975) Training public-speaking behavior: An experimental analysis and social validation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 125-135.
- Fedoroff, I.C. y Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-324.
- Feske, U. y Chambless, D.L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Foley, T. y Spates, C. R. (1995). Eye movement desensitization of public speaking anxiety: A partial dismantling. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 321-329
- Forsyth, J.P. y Eiffert, G.H. (1996). Systemic alarms in fear conditioning I: A reappraisal of what is being conditioned. *Behavior Therapy*, 27, 441-462.
- Fydrich, T., Chambless, D.L., Perry, K.J., Buergener, F. y Beazley, M.B. (1998). Behavioral assessment of social performance: A rating scale for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 995-1010.
- Gallego, M.J. (2006). *Un estudio controlado que compara un tratamiento autoadministrado vía internet para el miedo a hablar en público vs. el mismo tratamiento administrado por el terapeuta*. Tesis doctoral. Universitat Jaume I.
- Gallego, M.J., Botella, C., Quero, S., García-Palacios, A. y Baños, R.M. (2009). Validación del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público en muestra clínica española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17, 413-431.
- Gallego, M.J., Emmelkamp, P.M.G., van der Kooij, M. y Mees, H. (2011). The effects fo a Dutch Version of an Internet-based treatment program for fear of public speaking: A controlled study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 459-472.
- Gil, F. (1983a) Dificultad en las relaciones interpersonales. Eficacia de distintos procedimientos aplicados a la dificultad experimentada al hablar en público. Revisión de estudios. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1, 199-215.
- Gil, F. (1983b). Eficacia de distintos programas aplicados a un problema específico en las relaciones sociales. *Informes de Psicología*, 2, 367-391.
- Glogower, F.D., Fremouw, W.J. y McCroskey, J.C. (1978) A component analysis of cognitive restructuring. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 209-223.
- Granell de Aldaz, E. y Feldman de Chaberman, L. (1990) Evaluación del temor a hablar en público. *Evaluación Psicológica*, 6, 65-89.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Blanco, C., Stinson, F.S., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Dawson, D.A., Smith, S., Saha, T.D. y Huang, B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1351-1361.
- Gregory, H. (1993). *Public speaking for college and career* (3ª ed.). Nueva York: McGraw-Hill.
- Harb, G.C., Eng, W., Zaidler, T. y Heimberg, R.G. (2003). Behavioral assessment of public speaking anxiety using a modified version of the Social Performance Rating Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1373-1380.
- Hayes, B.J. y Marshall, W.L. (1984). Generalization of treatment effects in training public speakers. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 519-533.

- Heuett, B.L. (1999). Intervention integration: Treatment assessment for communication apprehension (public speaking). *Dissertation Abstracts International: Section B, The Sciences and Engineering*, 60 (4-B), 1854.
- Hofmann, S.G. y DiBartolo, P.M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: Scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior Therapy*, 31, 499-515.
- Hofmann, S.G., Ehlers, A. y Roth, W.T. (1995). Conditioning theory: A model for the etiology of public speaking anxiety? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 567-571.
- Hofmann, S.G., Newman, M.G., Becker, E., Taylor, C.B. y Roth, W.T. (1995). Social phobia with and without avoidant personality disorder: Preliminary behavior therapy outcome findings. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 427-438.
- Hofmann, S.G., Newman, M.G., Ehlers, A. y Roth, W.T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 224-231.
- Hook, J.N., Smith, C.A. y Valentiner, D.P. (2008). A short-form of the Personal Report of Confidence as a Speaker. *Personality and Individual Differences*, 44, 1306-1313.
- Hope, D.A. y Heimberg, R.G. (1993). Social phobia and social anxiety. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª ed., pp. 99-136). Nueva York: Guilford.
- Hopf, T., Ayres, J., Ayres, F. y Baker, B. (1995). Does self-help material work? Testing a manual designed to help trainers construct public speaking apprehension reduction workshops. *Communication Research Reports*, 12, 34-38
- Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., Olafsson, R.P. y Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 24, 259-281.
- Labrador, F.J. (1990). Miedo a hablar en público. En M.A. Vallejo, E.G. Fernández-Abascal y F.J. Labrador (Eds.), *Modificación de conducta: Análisis de casos* (pp. 169-190). Madrid: TEA.
- Laguna, L.B., Healey, E.C y Hope, D.A. (1998). Successful interdisciplinary intervention with an initially treatment-resistant social phobic. *Behavior Modification*, 22, 358-371.
- Lamb, D.H. (1972) *The Speech Anxiety Inventory: Preliminary test manual for Form X*. Normal, IL: Illinois State University.
- Lane, T.W. y Borkovec, T.D. (1984) The influence of therapeutic expectancy/demand on self-efficacy ratings. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 95-106.
- Lang, P.J., Levin, D.N., Miller, G.A. y Kozak, M.J. (1983) Fear behavior, fear imagery and the psychophysiology of emotion: The problem of affective response integration. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 276-306.
- Leary, M.R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Mahl, G.F. (1956) Disturbances and silences in the patient's speech in psychotherapy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53, 1-15.
- Marshall, W.L. (1981) Behavioral treatment of phobic and obsessive-compulsive disorders. En L. Michelson, M. Hersen y S.M. Turner (eds.) *Future perspectives in behavior therapy* (pp. 161-186). Nueva York: Plenum.
- Marshall, W.L., Stoian, M. y Andrews, W.R. (1977). Skills training and self-administered desensitization in the reduction of public speaking anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 115-117.
- Martinez-Pecino, R. y Durán, M. (2013). Social communication fears: Factor analysis and gender invariance of the short-form of the Personal report of Confidence as a Speaker in Spain. *Personality and Individual Differences*, 55, 680-684.
- Mattick, R.P. y Clarke, C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- McCroskey, J.C. (1982). *An introduction to rhetorical communication* (4ª ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- McManus F., Clark, D.M., Grey, N., Wild, J., Hirsch, C., Fennell, M. . . Manley J. (2009). A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 23, 496-503.
- Meichenbaum, D., Gilmore, J.B. y Fedoravicius, A. (1971) Group insight versus group desensitization in treating speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 410-421.
- Méndez, F.X., Inglés, C.J. e Hidalgo, M.D. (1999). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Confianza para Hablar en Público: Estudio con una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema*, 11, 65-74.
- Méndez, F.X., Inglés, C.J. e Hidalgo, M.D. (2004). La versión española abreviada del "Cuestionario de Confianza para Hablar en Público" (Personal Report of Confidence as a Speaker): Fiabilidad y validez en población adolescente. *Psicología Conductual*, 12, 25-42.
- Méndez, F.X., Sánchez, J. y Moreno, P.J. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: Un tratamiento meta-analítico. *Psicología Conductual*, 9, 39-59.
- Menzel, K.E. y Carrell, L.J. (1994). The relationship between preparation and performance in public speaking. *Communication Education*, 43, 17-26
- Menzies, R.G. y Clarke, J.C. (1995). The etiology of phobias: A nonassociative account. *Clinical Psychology Review*, 15, 23-48.
- Merckelbach, H., de Jong, P.J., Muris, P. y van den Hout, M.A. (1996). The etiology of specific phobias: A review. *Clinical Psychology Review*, 16, 337-361.
- Montorio, I., Fernández, M., Lázaro, S. y López, A. (1996). Dificultad para hablar en público en el ámbito universitario: Eficacia de un programa para su control. *Ansiedad y Estrés*, 2, 227-244.
- Motley, M.T. (1990) Public speaking anxiety qua performance anxiety: A revised model and an alternative therapy. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 85-104.
- Mulac, A. y Sherman, A.R. (1974) Behavioral assessment of speech anxiety. *Quarterly Journal of Speech*, 60, 134-143.
- Newman, M.G., Hofmann, S.G., Trabert, W., Roth, W.T. y Taylor, C.B. (1994) Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? *Behavior Therapy*, 25, 503-517.
- Olivares, J. y García-López, L.J. (2002). Resultados a largo plazo de un tratamiento en grupo para el miedo a hablar en público. *Psicothema*, 14, 405-409
- Orr, E. y Moscovitch, D. (2010). Learning to re-appraise the self during video feedback for social anxiety: Does depth of

- processing matter? *Behaviour Research and Therapy*, 48, 728-737.
- Öst, L.-G. (1989) A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 123-130.
- Parr, C. y Cartwright-Hatton, S. (2009). Social anxiety in adolescents: The effect of video feedback on anxiety and the self-evaluation of performance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16, 46-54.
- Paul, G.L. (1966) *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Pribil, C.B., Keaten, J. y Sakamoto, M. (2001). The effectiveness of a skills-based program in reducing public speaking anxiety. *Japanese Psychological Research*, 43, 148-155.
- Rivero, R., Garcia-Lopez, L. y Hofmann, S. (2010). The Spanish version of the Self-Statements During Public Speaking Scale: Validation in adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 129-135.
- Rodebaugh, T.L., Heimberg, R.G., Schultz, L.T. y Blackmore, M. (2010). The moderated effects of video feedback for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 663-671.
- Safir, M.P., Wallach, H.S. y Bar-Zvi, M. (2012). Virtual reality cognitive-behavior therapy for public speaking anxiety: One-year follow-up. *Behavior Modification*, 36, 235-246.
- Safren, S.A., Turk, C.L. y Heimberg, R.G. (1998). Factor structure of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 443-453.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Schoenberger, N.E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G. y Pasyrnak, S.L. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, 28, 127-140.
- Scholing, A., Emmelkamp, P.M.G. y Van Oppen, P. (1996). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. En V.B. Van Hasselt y Hersen (Eds.), *Source of psychological treatment manuals for adult disorders* (pp. 123-177). Nueva York: Plenum.
- Sherman, A.R., Mulac, A. y McCann, M.J. (1974). Synergistic effect of self-relaxation and rehearsal feedback in the treatment of subjective and behavioral dimensions of speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 819-827.
- Smits, J.A, Powers, M.B., Buxkamper, R. y Telch, M.J. (2006). The efficacy of videotape feedback for enhancing the effects of exposure-based treatment for social anxiety disorder: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1773-1785.
- Spector, I.P., Carey, M.P., Jorgensen, R.S., Meisler, A.W. y Carnrike, C.L.M. (1993) Cue-controlled relaxation and "aromatherapy" in the treatment of speech anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 239-253.
- Stein, M.B., Walker, J.R. y Forde, D.R. (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia: Considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 151, 408-412
- Stein, M.B., Walker, J.R. y Forde, D.R. (1996). Public-speaking fears in a community sample: Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 53, 169-174.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Thorpe, G.L., Amatu, H.I., Blakey, R.S. y Burns, L.E. (1976). Contribution of overt instructional rehearsal and "specific insight" into the effectiveness of self-instructional training: A preliminary study. *Behavior Therapy*, 7, 504-511.
- Tsao, J.C.I. y Craske, M.G. (2000). Timing of treatment and return of fear: Effects of massed, uniform-, and expanding-spaced exposure schedules. *Behavior Therapy*, 31, 479-497.
- Verderber, R.F. (2000). *Comunicación oral efectiva*. México: International Thompson Editores. (Original de 1999.)
- Walk, R.D. (1956) Self-ratings of fear in a fear-invoking situation. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 171-178.
- Wallach, H.S., Safir, M.P. y Bar-Zvi, M. (2009). Virtual reality cognitive behavior therapy for public speaking anxiety. *Behavior Modification*, 33, 314-338.
- Wallach, H.S., Safir, M.P. y Bar-Zvi, M. (2011). Virtual reality exposure versus cognitive restructuring for treatment of public speaking anxiety: A pilot study. *Israel Journal of Psychiatry*, 48, 91-97.
- Wallerand, J.L., Conger, A.J. y Ward, D.G. (1983). It may not be worth the effort! Trained judges' global ratings as a criterion measure of social skills and anxiety. *Behavior Modification*, 7, 139-150.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Weissberg, M. (1977) A comparison of direct and vicarious treatments of speech anxiety: Desensitization, desensitization with coping imagery, and cognitive modification. *Behavior Therapy*, 8, 606-620.
- Whitworth, R.H. y Cochran, C. (1996). Evaluation of integrated versus unitary treatments for reducing public speaking anxiety. *Communication Education*, 45, 307-314.
- Worthington, E.L. Jr., Tipton, R.M., Cromley, J.S., Richards, T. y Janke, R.H. (1984). Speech and coping skills training and paradox as treatment for college students anxious about public speaking. *Perceptual and Motor Skills*, 59, 394.