

Taller de manejo de ansiedad para hablar en público. Integración del enfoque cognitivo-conductual y la terapia breve centrada en soluciones¹

Workshop to Manage Speech Anxiety. An Integration of Cognitive-Behavioral Therapy and Solution-Focused Brief Therapy

Daniel Morales Rodríguez², Mónica Teresa González Ramírez³
y Oscar Daniel Molina Landaverde⁴

Recibido: 01- Abril 2014 • Revisado: 10-Septiembre- 2014 • Aprobado: 20- Octubre-2014

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue evaluar los cambios en confianza, miedo, ansiedad y seguridad al hablar en público después de un taller grupal utilizando de forma integral los enfoques cognitivo-conductual y centrado en soluciones para el manejo de la ansiedad para hablar en público. Participaron siete estudiantes universitarios, el taller se llevó a cabo en cinco sesiones semanales. Los resultados de la intervención mostraron una mejora significativa en la confianza, miedo, seguridad y ansiedad al hablar en público. Se concluye que la intervención fue eficaz y es una alternativa en el tratamiento de la ansiedad para hablar en público.

Palabras clave autores: Ansiedad al hablar en público, Confianza al hablar en público, Terapia cognitivo conductual, Terapia centrada en soluciones.

Palabras clave descriptores: Ansiedad, Terapéutica, Terapia Cognitiva.

Abstract

The aim of this research was to assess changes in confidence, security, fear and speech anxiety, after a workshop using brief solution therapy and cognitive behavioral therapy for the management of speech anxiety. Seven university students participated in five weekly sessions. The results showed significant improvement in variables evaluated. We conclude that the intervention was effective and it is an alternative in the treatment of speech anxiety.

Key words authors: Speech Anxiety, Confidence as Speaker, Cognitive-Behavioral Therapy, Solution-Focused Brief Therapy.

Key words plus: Anxiety, Therapeutics, Cognitive Therapy.

Para citar este artículo:
Morales Rodríguez, D., González Ramírez, M. y Molina Landaverde, O. (2014). Taller de manejo de ansiedad para hablar en público. Integración del enfoque cognitivo-conductual y la terapia breve centrada en soluciones. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(2), pp.121-136.

1. Este artículo es derivado de la línea de investigación: Variables Psicosociales relacionadas a la salud, del grupo de investigación: Cuerpo Académico en Psicología Social y de la Salud, apoyado por la UANL (Universidad Autónoma de Nuevo León-México).
2. Egresado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Psicólogo y docente en el Centro Universitario Franco Mexicano (CUM). Correo electrónico: danielmoralesrdz@hotmail.com
3. Egresado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Psicólogo clínico. Correo electrónico: oz_daniel@hotmail.com
4. Cuerpo académico en Psicología Social y de la Salud en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo electrónico: monica.gonzalezrz@uanl.edu.mx



Introducción

La mayoría de las personas adultas han experimentado miedo por alguna situación particular, sin embargo, solo un porcentaje de la población padece de miedo o ansiedad recurrente ante situaciones específicas. Tanto los miedos como las fobias han sido estudiados y clasificados (Curtis, Magee, Eaton, Wittchen & Kessler, 1998). En el presente estudio el centro de interés es la ansiedad y miedo para hablar en público.

Catejón (2011) indica que el 75% de la población reconoce haber rechazado participar en actividades que impliquen hablar en público debido al miedo que le provoca dicha situación. Agrega que entre los síntomas físicos más frecuentemente reportados en esta situación se encuentra la aceleración del ritmo cardíaco, es decir, taquicardia, y que suele ser el primer signo. Las personas reportan sentir tanto el latido de su corazón que incluso llegan a tenerla sensación de que el público verá la pulsación de sus carótidas en el cuello.

En el DSM-IVR, el miedo para hablar en público forma parte de la fobia social que se define como un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público, en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen a su ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de otros; en estas situaciones el individuo teme actuar de un modo que sea humillante (American Psychia-

“El miedo para hablar en público forma parte de la fobia social que se define como un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público, en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen a su ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de otros”

tric Association; APA, 2000). Desde el enfoque cognitivo-conductual, la ansiedad para hablar en público incluye reacciones fisiológicas y cognitivas no adaptativas ante sucesos ambientales que dan lugar a un comportamiento ineficaz (Fremouw & Breitenstein, 1990). El nivel máximo del miedo escénico se presenta antes del momento de afrontar la situación temida, disminuyendo después con la acción (Andre, 2005).

La contraparte del miedo al hablar en público pudiera considerarse la seguridad al hablar en público, sin embargo, Méndez, Inglés e Hidalgo (1999) indican que la seguridad no equivale a la mera ausencia de miedo, sino que es un estado psicofisiológico agradable (relajación), consecuencia de una valoración positiva de las habilidades del sujeto (interpretación cognitiva), que convierten la situación de hablar ante un auditorio en un acontecimiento reforzante. Y a la inversa, el hecho de que un conferenciante no experimente miedo, no implica necesariamente seguridad/disfrute al hablar en público. Es así que en el presente estudio lo que se buscó fue incrementar la seguridad para hablar en

público, a la vez que se reducían los síntomas que se experimentan por el miedo o ansiedad en esta situación.

Cuando la persona considera que será evaluado mientras habla en público, los síntomas pueden verse incrementados, esta variable junto con el escaso manejo del tema o una historia de problemas previos en situaciones similares genera mayor temor (Orejudo, Ramos, Nuño, Fernández-Turrado & Herrero, 2006). Asimismo, la tarea más compleja con la que se pueda encontrar una persona al hablar en público es la improvisación (Witt, Ralph & Behnke, 2006 citado en Orejudo, Fernández-Turrado & Briz, 2012). Estos aspectos son considerados en el diseño de intervenciones para incrementar la confianza para hablar en público o reducir la ansiedad al hablar en público.

Entre las estrategias terapéuticas que se han utilizado se encuentra la terapia de exposición, la cual según Finn, Sawyery Schrodtt (2009) muestra resultados positivos. En este tipo de terapia suele incluirse el manejo de la crítica negativa. Y aunque se sostiene que la crítica negativa no es reducida por sí sola con la terapia de exposición, se consideran importantes sus aportaciones al abordaje de dicha problemática (Mattlick, Peters & Clarke, 1989, citado en Maciá & García-López, 1995).

Por otro lado, las técnicas cognitivas sirven para atacar directamente la crítica negativa del mismo sujeto (autocrítica) y los pensamientos que surgen relacionados con la posible opinión de las demás personas (Mattick, Peters & Clarke, 1989). Diversos estudios han demostrado la importancia de las técnicas cognitivas en el abordaje del miedo para hablar en público (Maciá & García-López, 1995; Olivares & García-López, 2002; García, 2012).

En cuanto al manejo de los síntomas de ansiedad que se presentan, una de las formas efectivas para abordarlos es el uso de la hipnoterapia. Los hipnoterapeutas inducen a un estado de trance y realizan sugerencias directas para alterar o remover síntomas físicos y psicológicos en pacientes con problemas relacionados con la ansiedad y el estrés. Por esta razón es de mucha utilidad incluir las técnicas de hipnoterapia en las intervenciones para el manejo de ansiedad para hablar en público (Mendoza & Capafons, 2009).

Dado que las personas con miedo y ansiedad para hablar en público presentan una dificultad en reconocer aquello positivo que ocurre en sus exposiciones y se les dificulta visualizar un futuro sin el manejo adecuado de dicho problema, se contempló como una opción terapéutica la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS); ya que uno de los aspectos que más resalta de la TBCS es la construcción, desde la imaginación, de cómo será la vida sin el problema. Esto se hace de una forma detallada y concreta, de tal manera que esa descripción haga palpable, posible y muy cercana su realización (Espina 1997, citado en Espina & Cáceres, 1999). Handly & Neff (1985) mencionan que visualizar positivamente es una de las claves para vencer los problemas relacionados con el miedo y la ansiedad.

Considerando lo anterior, se trabajó con un tratamiento integrativo que combina el enfoque Cognitivo-Conductual y la Terapia Breve Centrada en Soluciones. La integración de ambos enfoques de psicoterapia ha sido estudiada y ha reportado resultados favorables (Ramírez & Rodríguez, 2012).

Es así que el objetivo de este trabajo fue evaluar los cambios en confianza, miedo y seguri-

dad al hablar en público después de un taller grupal que integra los enfoques cognitivo-conductual y la terapia breve centrada en soluciones.

1. Método

El presente corresponde a un estudio de intervención con evaluación antes y después, sin grupo de comparación.

1.1. Participantes

Se incluyeron en el estudio estudiantes universitarios de ambos sexos que reportaran falta de confianza al hablar en público, con disponibilidad en el horario programado para el taller y que aceptaran participar voluntariamente en el estudio. Como criterio de exclusión se consideró el puntaje del Cuestionario de confianza para hablar en público, ya que de los estudiantes que respondieron a la convocatoria se seleccionó a los 10 con puntajes más altos en dicho cuestionario. Y como criterio de eliminación el no asistir al taller en su totalidad.

Al iniciar el taller se presentaron 10 personas, sin embargo, solamente 7 asistieron a todas las sesiones, los resultados del presente estudio corresponden a esas 7 personas. Todos estudiantes universitarios, la edad promedio fue de 20.0 años (D.E. 1.6), participaron 4 mujeres y tres hombres, todos solteros y ninguno de ellos trabajaba además de estudiar.

El grupo fue pequeño debido a la problemática a trabajar, se consideró que incluir más personas en el taller incrementaría la ansiedad de los participantes al tener que participar y hablar ante un grupo numeroso.

“Se incluyeron en el estudio estudiantes universitarios de ambos sexos que reportaran falta de confianza al hablar en público, con disponibilidad en el horario programado para el taller y que aceptaran participar voluntariamente en el estudio”

1.2. Instrumentos de evaluación

Escala analógica visual. La confiabilidad de las escalas analógicas ha sido ampliamente descrita (García-Campayo, Alda & Sobradie, 2007) y en esta investigación se adaptó para evaluar la ansiedad y los síntomas que las personas pudieran presentar al hablar en público. El participante reporta su percepción subjetiva utilizando una línea recta marcada en el extremo de la izquierda como 0 (nada) a 100 (insoportable), y poniendo una marca en el punto que represente su experiencia. Se incluyeron 3 preguntas: (1) Del 0 al 100 ¿qué tan ansioso(a) te sientes al hablar frente a un auditorio (ejemplo: dar una clase)?; (2) Del 0 al 100 ¿qué tan ansioso(a) te sientes cuando te dicen que tendrás que dar una clase (en los próximos días o en las próximas semanas?, y (3) Del 0 al 100 (siendo 100 el máximo de ansiedad) ¿Qué tanto padeces cada síntoma cuando estás hablando frente al público?, los síntomas fueron sudoración, tartamudeo, malestar estomacal, palpitaciones, sensación de perder la voz.

Cuestionario de confianza para hablar en público reducido. Méndez et al. (1999) propusieron la versión española abreviada de doce ítems (PRCS-12), seis positivos y seis negativos,



basándose en el análisis de ítems y el análisis factorial efectuado con una muestra de 799 sujetos de 16 a 18 años. La puntuación mínima es 12 y la máxima 72, siendo su valor central 42. Al igual que la versión extensa, se corrige invirtiendo la puntuación de los ítems negativos y sumándola a la de los ítems positivos, de modo que a mayor puntuación menos confianza para hablar en público. La confiabilidad de la escala fue de .84 en el estudio de Méndez et al. para la escala completa; de .84 para la dimensión de seguridad/disfrute al hablar en público) y de .82 para la dimensión de miedo a hablar en público.

1.3. Procedimiento

Se convocó mediante carteles que fueron colocados cerca del área de los salones de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de

Nuevo León. En dichos carteles se mencionaba que el taller consistiría en 5 sesiones con una frecuencia semanal y con una duración de dos horas por sesión. En la parte final de cada cartel se invitaban a los interesados a realizar la preinscripción con uno de los terapeutas. Los interesados contestaron los cuestionarios antes descritos. Para el taller, se seleccionó a las 10 personas que tenían los puntajes más altos para después ser informados sobre el punto de reunión para la primera sesión.

Se reunieron a los candidatos para realizar la primera sesión. En todas las sesiones participaron dos psicoterapeutas con formación en los enfoques y las técnicas anteriormente mencionadas. Cada sesión se llevó a cabo en una localidad distinta, incluyendo los siguientes escenarios: una sala de psicomotricidad, salones

“Cada sesión se llevó a cabo en una localidad distinta, incluyendo los siguientes escenarios: una sala de psicomotricidad, salones de clases destinados a clases de licenciatura y de posgrado y un auditorio”

de clases destinados a clases de licenciatura y de posgrado y un auditorio. Se buscó ir aumentando la exposición del hablar en público gradualmente hasta terminar realizando una exposición sobre el podio de un auditorio, estando presentes únicamente los terapeutas y los participantes. La intervención se desarrolló de la siguiente forma:

Primera sesión: tuvo lugar en la sala de psicomotricidad (área amplia y aislada), al iniciar se invitó a los asistentes a formar un círculo con las sillas que ocuparían, de esta manera se facilitó el contacto visual entre ellos y los terapeutas para lograr una mayor familiaridad. Durante los primeros minutos se dialogó con los participantes sobre cómo había sido el día, la forma en la que se enteraron del taller (si alguien les comentó o ellos vieron algún cartel). Después se les pidió que se presentaran al igual que los terapeutas hicieron, se procedió entonces a explicar la forma de trabajo y los objetivos del taller. Se planteó la pregunta de *‘cambio pretratamiento’* (definidas por Beyebach (2008) como todas aquellas mejoras que se han producido en el problema de los consultantes entre el momento en el que estos pidieron cita y la primera entrevista), buscando hacer notorios

aquellos detalles enfocados al avance del paciente, estableciendo una base de la cual partir.

En seguida se comentaron los síntomas comunes al hablar en público cuando está presente la ansiedad, revisando cuáles eran posibles indicadores de la ansiedad percibida por cada asistente. La sesión continuó con una fase psicoeducativa sobre el miedo, la ansiedad y su relación con la actividad de hablar en público, dejando clara la manera en que se perciben las situaciones, la forma en que se procesa la información y las posibles respuestas que cada participante podría presentar.

Se realizó el proceso de búsqueda de *‘excepciones’* (definidas por Steve de Shazer (1991) como aquellas ocasiones en las que, en contra de lo esperado, no se da la conducta-problema), que alguna vez se presentaron, verificando factores comunes entre los asistentes para poder normalizar aquello que se percibía como problema, aunado a la búsqueda de factores comunes para poder evocar una repetición de estas conductas enfocadas a la solución.

De manera abierta y en orden aleatorio se le pidió a cada participante que escribiera en un rotafolio (que estaba al frente) un consejo que les hubiese funcionado o que alguna vez escucharon, para facilitar el hablar en público. Después de escribirlo se les invitaba a compartirlo con los presentes, comenzando de esta manera a establecer los primeros acercamientos a la conducta deseada. Cuando se registraron todos los consejos, se les pidió que comentaran un poco de información respecto a su persona, como mencionar algunos hobbies, una preferencia, una peculiaridad y lo hicieran utilizando los consejos antes mencionados. Ejemplo: “mi color favorito es..., me llamo Daniel, pero siempre he preferido que me digan...”. La primera sesión



finalizó con un ejercicio de relajación guiado (imaginando la luz de una vela), enfocado al control de la respiración y la regulación de las sensaciones en el organismo. Se les pidió a manera de tarea repetir este último ejercicio a lo largo de la semana.

Segunda sesión: se inició preguntando por las excepciones que ocurrieron durante la semana. Algunos participantes respondieron de manera satisfactoria a este cuestionamiento, iniciando de esta manera una retroalimentación positiva dentro del grupo. En esta sesión se utilizó la 'pregunta de escala de avance' (definida por O'Hanlon & Weiner-Davis en 1990 como un instrumento terapéutico, en donde se le pide a los clientes que valoren, sobre una escala de

1-10, su situación antes de venir a terapia -o en cualquier momento en el que las cosas no estuvieran yendo bien-, siendo el mismo cliente quien reconoce el número al que habría de llegar para reportar satisfacción).

Lo anterior permitió a los participantes juzgar su cambio desde el comienzo hasta la actualidad, además de permitir al participante percibir de una manera diferente la misma situación. A continuación se trabajó un ejercicio de relajación continuado por otro de imaginación guiada de manera grupal. Se les pidió que imaginaran una línea temporal donde se distingue el pasado, presente y futuro en distintas áreas y se accede a ellas dando un paso para avanzar o retroceder en su propia línea temporal. Se clarificaron patrones anteriores de conducta en alguna situación problemática. Se realizó una evaluación respecto a su eficacia haciendo después una comparación con posibles soluciones alternativas, para que el participante eligiera aquella que considerara más útil. Además de buscar la reinterpretación o revaloración de los eventos del pasado, se planteó la posibilidad de un futuro a cinco años donde se hubiera resuelto alguna o varias dificultades para poder alcanzar las metas a corto plazo que en el presente se plantearon. Durante el ejercicio los participantes permanecieron en silencio y la voz de los terapeutas guió el ejercicio. Para pasar de una fase a otra los terapeutas pidieron a los participantes una respiración profunda.

Se finalizó esta segunda sesión hablando sobre lo que les agradó y desagradó del ejercicio, buscando establecer cohesión grupal, además de funcionar de manera reflexiva, continuando de esta forma con la exposición en público.

Los asistentes se llevaron la tarea de investigar sobre un tema que realmente les agradara a lo largo de la semana, mismo que fue entregado la siguiente sesión.

Tercera sesión: tuvo lugar en un salón de clases y se comenzó con la búsqueda de excepciones, posteriormente se les pidió que entregaran la tarea, enseguida se realizó una actividad en la que se dividió el grupo de participantes en dos para formar círculos. Se eligió a uno de ellos al azar para ser colocado en el centro con los ojos vendados, mientras sus compañeros suavemente lo movilizaban desde sus hombros o espalda para permitir que su cuerpo girara en círculos dentro del grupo. El objetivo de esta actividad fue la de permitir establecer un patrón de confianza, tanto entre el participante con sus compañeros, como entre el participante y los terapeutas, y más importante aún, entre el participante y su propia capacidad para afrontar situaciones nuevas y desconocidas.

La siguiente actividad requirió realizar un círculo entre todos los participantes, donde se encontraron sentados uno al lado de otro, permaneciendo durante casi toda la actividad con los ojos vendados. De esta forma, sin ser visto por los demás, uno a la vez dejaba la venda a un lado y hablaba sobre sí mismo, sobre una situación vivida o algo que realmente le agradaba, mientras los demás escuchaban atentamente por un lapso no mayor a 3 minutos con los ojos vendados. Al finalizar este periodo el participante que habló tomó una etiqueta de color y la colocó en el hombro del siguiente participante que debía de hablar, para entonces proceder a sentarse nuevamente y vendarse los ojos. En este ejercicio se le permitió al participante experimentar el hablar en público sin el factor aversivo de la mirada dirigida hacia él y dejando de focalizar

“... se le permitió al participante experimentar el hablar en público sin el factor aversivo de la mirada dirigida hacia él y dejando de focalizar su atención en ese aspecto, a la vez que se permitió que detectaran sus fortalezas respecto a la exposición improvisada frente a un grupo”

su atención en ese aspecto, a la vez que se permitió que detectaran sus fortalezas respecto a la exposición improvisada frente a un grupo. Para concluir la sesión, se le pidió a cada participante escribir en una pequeña hoja los pensamientos negativos que suelen tener cuando se les pide hablar en público. Se juntaron y se doblaron todas las hojas, para enseguida ser repartidas entre los asistentes al azar. Por turnos, cada uno expuso las ideas o pensamientos que leía en la hoja que le tocó, como si fueran propios, mientras los demás participantes aportaron de manera positiva y con argumentos claros cómo cuestionar esos pensamientos, fomentando la apertura de posibilidades y opciones nuevas, para afrontar situaciones complicadas al hablar en público. Al haber sido revisada cada situación, el participante arrugó el papel para intentar encestarlo en el bote de basura. Para finalizar, se recordaron los consejos expuestos durante la primera sesión y se retomaron las estrategias de manejo del escenario, la tarea fue que buscaran a lo largo de la semana hablar en público e intentaran aplicar todos los consejos expuestos. Cuarta sesión: se llevó a cabo en una sala po-

livalente. Se inició con las preguntas respecto a las excepciones. Se procedió a realizar un ejercicio acompañado de música instrumental en un volumen bajo. Se les pidió ponerse de pie y seguir las indicaciones de los terapeutas mientras comenzaban a caminar con paso firme y lento de manera azarosa. Las indicaciones se mencionaron en un tono tranquilo mientras los terapeutas caminaban entre ellos. Estas fueron: respirar profundo y tomar conciencia de ello, recordar momentos agradables y posicionar su mirada en distintos puntos del cuerpo de los demás, comenzando por los pies de sus compañeros, subiendo a las rodillas, luego enfocarse sobre los hombros, para finalizar haciendo contacto ocular con los demás. Al terminar el ejercicio se les pidió retroalimentación acerca de cómo se sintieron realizándolo. Los participantes estuvieron muy dispuestos a hablar e incluso se comentaron entre ellos los avances que observaban en los compañeros a lo largo de estas sesiones.

Después se les pidió sentarse formando un círculo, esta actividad consistía en leer un texto (facilitado por los terapeutas) en voz alta de manera continua y rápida sin tomar aire en el primer intento. En el segundo intento la diferencia radicó en hacer la lectura tomando en cuenta signos de puntuación y pausas establecidas en el texto. Para finalizar, en el tercer intento se les permitió leer el mismo texto de manera pausada y respirando de manera regular. En esta actividad, además de retomar la lectura adecuada como una forma de apoyo para la exposición de ideas, se trabajó de manera metafórica la situación en que cada participante se autoimpone una dificultad para realizar una tarea concreta con sus propias percepciones, tarea que resulta más simple de lo que se piensa. Además, el punto de enfoque inicial sobre

la lectura rápida facilitó que ninguno de los participantes se enfocara en su desempeño en público, sino en lo más lejos que pudiera llegar con el aire que contaba.

Para finalizar la sesión, se les solicitó de manera activa que aplicasen a lo largo de la semana la ‘tarea de fórmula de la primera sesión (descrita por De Shazer (1985) citado en O’Hanlon & Weiner-Davis (1990), como una tarea en donde se le solicita al cliente que observe, de modo que pueda describir en la próxima sesión, lo que ocurre que le interesa que continúe sucediendo). Se pidió esta tarea para invitar a los participantes a seguir haciendo aquello que ha dado buenos resultados.

Quinta sesión: se llevó a cabo en un auditorio, donde solo estaban presentes los participantes y los terapeutas. Una vez más se inició con la pregunta de las excepciones. Después se les invitó a recordar los consejos que se habían expuesto al principio del taller. Se cuestionó sobre su utilidad y se discutieron formas de mejorarlos. Se les explicó que pasarían de uno por uno al frente del auditorio, para hablar sobre el tema que en sesiones anteriores habían preparado y entregado como tarea, por un tiempo no mayor a 5 minutos (ver tabla 3).

De manera voluntaria los participantes comenzaron a pasar uno a la vez y mientras exponían, se le pedía a los espectadores que pusieran mucha atención en aquellos detalles que los expositores habían mejorado respecto a su forma de hablar en público, ya que al finalizar cada exposición, se los mencionarían como retroalimentación positiva. Al finalizarse realizó un ejercicio de relajación a modo de trance grupal. Al término del ejercicio respondieron nuevamente los cuestionarios.

1.4. Análisis estadístico

Los análisis estadísticos se realizaron con el software SPSS para Windows, utilizando los puntajes totales de los cuestionarios y, en el caso del cuestionario de confianza para hablar en público, también de las subescalas, para realizar los análisis descriptivos y para la comparación antes y después de la intervención; para esto último, se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon, debido al tamaño del grupo.

2. Resultados

Los resultados de la intervención fueron satisfactorios. Se presentan en primer lugar los resultados de la escala analógica visual. En la figura 1 se observa el cambio en los síntomas reportados para la pregunta ¿Qué tanto padeces cada síntoma cuando estás hablando frente al público?, en todos los síntomas hubo una reducción. El mayor puntaje posible era 100 que indicaba que el síntoma era insoportable. Esta reducción de síntomas fue significativa, en la tabla 1 se presenta el resultado de la prueba de rangos de Wilcoxon al comparar el promedio de los cinco síntomas antes de la intervención con el promedio de los cinco síntomas al final de la intervención. Lo mismo sucedió con las preguntas de la escala visual analógica, referente a la ansiedad cuando se habla frente a un auditorio y la ansiedad cuando el participante sabe que tendrá que hablar en público.

Figura 1. Comparación de cada síntoma antes y después del taller

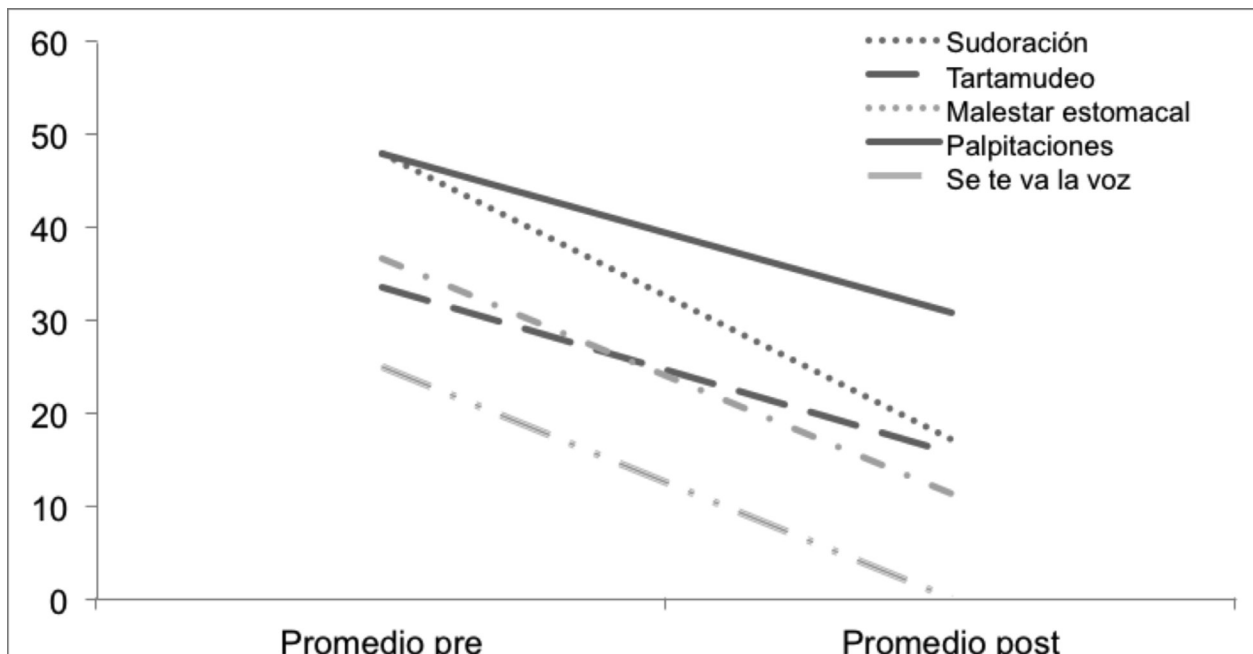


Tabla 1. Comparación de síntomas y ansiedad reportada antes y después del taller

	Síntomas al hablar en público		VAS-1		VAS-2	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Media	39.4	15.0	71.4	25.0	62.9	27.4
Mediana	40.0	10.0	80.0	30.0	60.0	30.0
DE	18.3	11.7	18.6	14.4	24.9	17.5
Pre-post	Z= -2.366; p=.018		Z= -2.388; p=.017		Z= -2.117; p=.034	

VAS-1 Escala visual analógica para la pregunta: ¿qué tan ansioso(a) te sientes al hablar frente a un auditorio (ejemplo: ¿dar una clase?).

VAS-2 Escala visual analógica para la pregunta: ¿qué tan ansioso(a) te sientes cuando te dicen que tendrás que dar una clase (en los próximos días o en las próximas semanas)?

En cuanto al cuestionario de confianza al hablar en público, se encontró una mejoría tanto al considerar la escala completa como al considerar las dos dimensiones de la misma. Es importante mencionar que a mayor puntuación menos confianza para hablar en público, es así que en la tabla 2 se observa una disminución significativa en los puntajes de falta de confianza y seguridad para hablar en público, y un incremento significativo en el puntaje de ausencia de miedo; lo que refleja que los participantes al terminar el taller reportaron menos miedo y mayor confianza y seguridad al hablar en público.

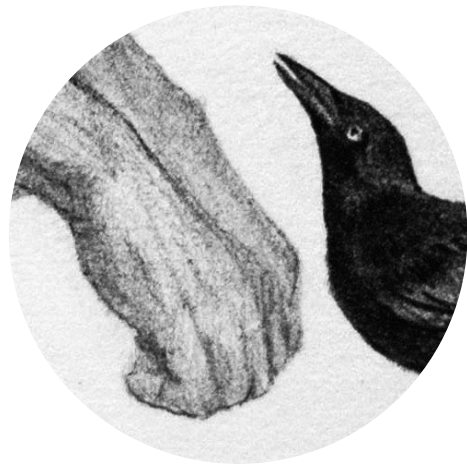
Tabla 2. Comparación antes y después del taller del cuestionario de confianza al hablar en público

	(Falta de) confianza para hablar en público		(Ausencia de) miedo al hablar en público		(Falta de) seguridad / disfrute al hablar en público	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Media	52.4	33.7	16.0	25.3	27.4	17.0
Mediana	58.0	35.0	13.0	27.0	29.0	18.0
DE	11.9	8.3	4.8	4.3	5.8	5.2
Pre-post	Z= -2.366; p=.018		Z= -2.371; p=.018		Z= -2.410; p=.016	

Por último, se presenta en la tabla 3 el tiempo que habló cada participante de forma voluntaria en la última sesión. Es importante mencionar que esta exposición en público se hizo en un auditorio y en un podio. Aunque se les indicó que el tiempo máximo que podrían hablar era de 5 minutos, la media del grupo fue de 3 minutos con 51 segundos con una desviación estándar de 5 segundos.

Tabla 3. Tiempos de exposición de participantes

Participantes	Tiempo de exposición (minutos: segundos)
Participante #1	3:00
Participante #2	5:30
Participante #3	4:15
Participante #4	2:05
Participante #5	4:00
Participante #6	2:50
Participante #7	5:20



3. Discusión

Los objetivos del estudio se cumplieron, los asistentes reportaron un gran avance en su percepción de la situación después del taller, se considera que la adherencia al tratamiento y la disposición de parte de los participantes fueron aspectos esenciales para el éxito del taller.

Los resultados encontrados coinciden con otros estudios que han demostrado resultados satisfactorios de intervenciones cognitivo-conductuales para el manejo de la ansiedad al hablar en público, ejemplo de ellos es el trabajo de Olivares y García-López (2002), asimismo, las intervenciones basadas en técnicas emocionales, como la realizada por Jones, Thomson y Andrews (2011) también han sido efectivas. Sin embargo, la integración de modelos de intervención realizada en el presente estudio es novedosa y representa una aportación a la evidencia a favor del modelo descrito por Ramírez y Rodríguez (2012).

Entre los aspectos que influyeron en los resultados se encuentran las características compartidas por los participantes, que los hacían formar un grupo homogéneo en edad y actividad estudiantil. Además un facilitador para el rápido

avance hacia la meta en el taller, fue que se realizó durante el periodo de clases, cuestión que permitió a los participantes implementar la práctica inmediata y a observar avances entre sesiones. Por otro lado, la diversidad de localidades facilitó que la confianza y seguridad para hablar en público pudiera ser generalizada a distintos ambientes escolares.

Cabe resaltar que la coordinación entre los terapeutas fue armoniosa y coherente. Los participantes hicieron mención de la sinergia y disponibilidad a hacer el trabajar como equipo terapéutico, además que ambos terapeutas cuentan con la misma formación en los enfoques de intervención utilizados.

Como limitaciones del estudio debe mencionarse el tamaño del grupo y que no se contó con un grupo de comparación. Para continuar con la investigación sobre los tratamientos para la confianza al hablar en público, se sugiere aplicar la intervención a un grupo con el doble de personas, e incluir un grupo de comparación en el que se utilice otro tipo de técnicas, además de un grupo control. Asimismo, recomendamos que se continúe presentando evidencia sobre la efectividad, en diferentes problemáticas, del modelo descrito por Ramírez y Rodríguez (2012), que integra los enfoques cognitivo-conductual y centrado en soluciones.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4a ed, textorevisado). Washington, DC: Autor.
- Andre, C. (2005). *Psicología del Miedo* (Primera edición). Barcelona: Kairós.
- Beyebach, M. (2008). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Catejón, L. (2011). ¿Cómo desarrollar la competencia de hablar en público en el alumnado universitario? *Aula abierta*, 39, 31-40.
- Curtis, G. C., Magee, W. J., Eaton W. W., Wittchen H. U., & Kessler, R. C. (1998). Specific fears and phobias. Epidemiology and classification. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 212-217. doi:10.1192/bjp.173.3.212.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- Espina, J.A., & Cáceres, J.L. (1999). Una psicoterapia breve centrada en soluciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsicología*, 19, 23-38.
- Finn, A. N., Sawyer, C.R. & Schrodt, P. (2009). Examining the Effect of Exposure Therapy on Public Speaking State Anxiety. *Communication Education*, 58(1), 92-109. doi: 10.1080/03634520802450549.
- Fremouw, W.J. & Breitenstein, J.L. (1990). Speech anxiety. En H. Leitenberg (Ed.). *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp. 412-431). Nueva York: Plenum Press.
- García, E.S. (2012). *Realidad virtual y nuevas tecnologías en el trastorno de ansiedad social: un estudio meta-analítico*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10201/29974>.
- García-Campayo, J., Alda, M., & Sobradie, N. (2007). Personality disorders in somatization disorder patients: a controlled study in Spain. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 675-680.
- Handly, R & Neff, P. (1985). *Anxiety and panic attacks: Their cause and cure*. (First edition). New York: Rawson Associates.
- Jones, S., Thornton, J., & Andrews, H. (2011). Efficacy of Emotional Freedom Techniques (EFT) in Reducing Public Speaking Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *Energy Psychology. Theory, Research, & Treatment*, 3(1), 19-32.
- Maciá, D. & García-López, L.J. (1995). Fobia social: Tratamiento en grupo del miedo a hablar en público de cuatro sujetos mediante un diseño n=1. *Anales de psicología*, 11(2), 153-163.
- Mattick, R. P., Peters, L. & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20(1), 3-23.
- Méndez, X., Inglés, C. & Hidalgo, M. (2004). La versión española abreviada del Personal Report of Confidence as Speaker: Fiabilidad y validez en población adolescente. *Psicología Conductual/Behavioral Psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 25-42.
- Mendoza, M. E. & Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: Resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 98-116.
- O'Hanlon, W.H., & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Olivares, J. & García-López, L.J. (2002). Resultados a largo plazo de un tratamiento en grupo para el miedo a hablar en público. *Psicothermia*, 14(2), 405-409.
- Orejudo, S., Ramos, T, Nuño, J., Fernández-Turrado, T. & Herrero, M. (2006). Miedo a hablar en público.

Implicaciones para el entorno académico en un contexto de reforma universitaria. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, 257-276.

Orejudo, S., Fernández-Turrado, T. & Briz, E. (2012). Resultados de un programa para reducir el miedo y aumentar la autoeficacia para hablar en público en estudiantes universitarios de primer año. *Estudios Sobre Educación*, 22, 199-217.

Ramírez, J., & Rodríguez, J.C. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: Centrado en Soluciones y Cognitivo Conductual. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 15, 610-635.

