



**Universitat de les
Illes Balears**

HABLAREN PÚBLICO: PROGRAMA PARA DESARROLLAR LA COMPETENCIA ORAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD.

TESIS DOCTORAL

DIRECTORAS: DRA. VICTORIA FERRER PÉREZ Y DRA. ANTONIA PADES JIMÉNEZ

AUTORA: FÁTIMA ROSO –BAS

HABLAREN PÚBLICO: PROGRAMA PARA DESARROLLAR LA COMPETENCIA ORAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD.

TESIS DOCTORAL

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



**Universitat de les
Illes Balears**

UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES
2014

Fátima Roso -Bas	DRA. Victoria Ferrer Pérez DRA. Antonia Pades Jiménez
DOCTORANDA	DIRECTORAS

RESUMEN.

Comunicarse eficazmente ante un auditorio es una destreza necesaria en las profesiones sanitarias puesto que el/a profesional se puede encontrar en escenarios donde sea preciso hablar ante un grupo más o menos numeroso de personas. Ejemplos de estas situaciones pueden ser dar una charla de educación sanitaria a nivel comunitario o exponer los resultados de una investigación a un grupo de expertos en la materia. Durante su formación académica, los futuros profesionales deben ir realizando también exposiciones orales en el aula. Se ha comprobado que esta actividad es uno de los principales estresores reconocidos por el alumnado universitario y puede ser, en algunos casos, un factor limitante durante el desarrollo de los estudios. El miedo a hablar en público, la falta de experiencia y de conocimientos sobre cómo realizar un discurso son las principales variables que dificultan esta tarea.

La habilidad para hablar en público es una destreza que forma parte de la "Comunicación oral y escrita en la propia lengua", una de las competencias genéricas destacadas en las nuevas titulaciones del Espacio Europeo de Educación Superior. En este trabajo se plantean qué estrategias debe adoptar el/a docente para favorecer el desarrollo de la competencia oral en el alumnado universitario.

El principal objetivo, por tanto, ha sido elaborar un programa de entrenamiento psicoeducativo en esta competencia. Para ello, se han analizado las experiencias en las distintas muestras entrenadas comprobando su eficacia a través de la metodología cuasiexperimental propia del ámbito educativo. Las variables que se han tenido en cuenta para comprobar la adquisición de la competencia oral tienen que ver con el miedo a hablar en público, la confianza y seguridad al realizar el discurso, la percepción de competencia por parte del alumnado y variables observacionales que componen la conducta verbal y no verbal de hablar en público. Al analizar los resultados se comprobó que, tras aplicarse el entrenamiento, los alumnos y alumnas obtuvieron una buena calificación en medidas observacionales, disminuyeron el temor a hablar en público y aumentaron su confianza para enfrentarse a esta situación. En general manifestaron un alto grado de satisfacción y motivación durante el proceso y presentaron elevadas expectativas de autoeficacia de la competencia oral.

El entrenamiento propuesto resulta enriquecedor no sólo para el alumnado universitario sino también para todos/as aquellos/as profesionales que por sus condiciones laborales han de intervenir en público con cierta frecuencia, tanto en el ámbito de la salud como en otras ramas del conocimiento.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Victoria Ferrer Pérez y Dra. Antonia Padez Jiménez, tutoras inigualables, por su enorme calidad docente y humana.

A los/as alumnos y alumnas que han participado en el entrenamiento, por sus críticas constructivas que han contribuido a la mejora del mismo.

A las supervisoras del Hospital Universitario Son Espases Ana Contreras Nogales, M^a Antonia Barroso Navarro, Marga March Cifre y Catalina Rayó Amengual por su gran consideración.

A Adriana Faccini Alonso y M^a Isabel Comeche Moreno, por sus valiosas aportaciones.

DEDICATORIAS

A Pilar y Paquita Tomas Gil, a Juan José Recio Jiménez.

A Ángela, Manuela, Laura, Antonia, Macarena Nuria y Pablo,...a todas mis compañeras y amigas del hospital.

A Tina, Lúa, Tiago, Marián y Joana, Stanko, Rosa, Eli, Ana, Maribel, M^a Ángeles, Ani,... a mis amistades insulares y peninsulares.

A Oscar, Noemí y Pepa, por su ayuda y apoyo.

A Catí Omar Amengual, maravillosa amiga y compañera.

A mi madre, mi padre, Ester, Alejandro, Sara, Rafa y Juan Carlos.

A Lowes.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Las competencias del Espacio Europeo de Educación Superior.....	5
2.2 Comunicación y competencia oral.....	13
2.2.1 Estrategias de enseñanza-aprendizaje de la competencia oral.....	16
2.2.2 La competencia oral en Ciencias de la Salud.....	21
2.3 Habilidades sociales.....	23
2.3.1 Concepto y componentes de las habilidades sociales.....	23
2.3.2 Entrenamiento y evaluación de habilidades sociales.....	27
2.3.3 Una habilidad social avanzada: hablar en público.....	31
2.4 Dificultad para hablar en público.....	41
2.4.1. Modelos que explican la dificultad para hablar en público.....	42
2.4.2. Tratamientos psicológicos del miedo a hablar en público.....	51
2.4.3. Enfoque educativo para el aprendizaje de la competencia oral.....	53
3. MARCO METODOLÓGICO.....	57
3.1 Objetivos e hipótesis.....	57
3.2. Diseño de la investigación.....	59
3.3. Caracterización de las muestras.....	59
3.4. Variables de la investigación.....	66
3.5. Instrumentos de medida.....	67
3.5.1. Medidas observacionales.....	68
3.5.2. Medidas de autoinforme.....	78
3.6. Procedimiento.....	82
3.7. Análisis de datos.....	88
4. RESULTADOS.....	91
4.1. Análisis descriptivo de las muestras del alumnado de Fisioterapia y de estudiantes de Máster (1).....	91

4.2. Análisis de las muestras de estudiantes de Máster (2) y de enfermeros/as profesionales.....	92
4.3. Análisis de la muestra del alumnado de Enfermería-Palma.....	94
4.4. Análisis de la muestra del alumnado de Enfermería (Ibiza-Menorca).....	114
4.5. Valoración del entrenamiento por parte del alumnado de Enfermería (Palma, Ibiza y Menorca).....	116
5. DISCUSIÓN.....	131
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.....	143
7. CONCLUSIONES.....	149
8. PROPUESTA DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA DESARROLLAR LA COMPETENCIA ORAL.....	153
8.1. Resultados de aprendizaje.....	153
8.2. Bases teóricas y metodológicas del programa de entrenamiento.....	153
8.3. Descripción de las actividades y del programa.....	161
8.4. Entorno de los entrenamientos.....	165
8.5. Material y recursos.....	170
8.6. Evaluación de la competencia oral.....	171
9. BIBLIOGRAFÍA.....	175
10. ANEXOS.....	203

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	Componentes y subcomponentes de las competencias.	6
TABLA 2	Valoración de la competencia comunicativa según los sectores asistencial, directivo y docente.	10
TABLA 3	Importancia atribuida por parte del profesorado de la UIB a las competencias transversales y nivel de realización de las mismas.	11
TABLA 4	Ranquing sobre la importancia de las competencias transversales en la UIB.	12
TABLA 5	Elementos diferenciales entre la Evaluación Tradicional y la Evaluación centrada en Competencias.	20
TABLA 6	Variables sociodemográficas. Muestra de estudiantes de Máster (2).	61
TABLA 7	Variables sociodemográficas. Muestra de enfermeras/os.	62
TABLA 8	Variables sociodemográficas. Muestra del alumnado de Enfermería Palma.	63
TABLA 9	Variables sociodemográficas. Muestra del alumnado de Enfermería Ibiza.-Menorca.	65
TABLA 10	Resumen de Carlson, R.E. y Smith-Howell, D. (1995). Classroom public speaking assessment: reliability and validity of selected evaluation instruments. <i>Communication education</i> , 44, 87-97.	69-70
TABLA 11	Momentos de medición en las distintas muestras.	82
TABLA 12	Desarrollo del entrenamiento de la competencia oral en la muestra 1	83-84
TABLA 13	Desarrollo del entrenamiento de la competencia oral en la muestra 2.	84-85
TABLA 14	Desarrollo del entrenamiento de competencia oral en la muestra 3.	85
TABLA 15	Desarrollo del entrenamiento de la competencia oral en la muestra 4.	85-86
TABLA 16	Desarrollo del entrenamiento de la competencia oral en la muestra 5.	86-87
TABLA 17	Desarrollo del entrenamiento en la competencia oral en la muestra 6.	88
TABLA 18	Consistencia interna de la Escala ECO en las diferentes muestras de este estudio.	91
TABLA 19	Descriptivos del alumnado de Fisioterapia (n=13).	92
TABLA 20	Descriptivos de los/as estudiantes de Máster (1) (n=18).	92
TABLA 21	Descriptivos y niveles de significación en las muestras de Máster (2) y enfermeros/as profesionales conjuntamente.	93
TABLA 22	Descriptivos de la muestra de alumnado de Enfermería Palma (n=112).	95
TABLA 23	Subgrupos del alumnado de Palma según el nivel del miedo a hablar en público.	96
TABLA 24	Descriptivos de la muestra del alumnado de Enfermería Palma según el nivel de miedo a hablar en público.	96
TABLA 25	Descriptivos de la competencia oral percibida por el alumnado de Enfermería Palma según el nivel de miedo a hablar en público	96
TABLA 26	Resultados ANOVA Split-Split de la muestra de alumnado de Enfermería Palma según el nivel de miedo a Hablar en público para la aprensión comunicativa-Subescala Hablar en público.	97
TABLA 27	Resultados ANOVA Split-Split de la muestra de alumnado de Enfermería Palma según el nivel de miedo a Hablar en público para la competencia oral percibida.	98
TABLA 28	Subgrupos de la muestra del alumnado de Palma según la experiencia en hablar en público.	101
TABLA 29	Descriptivos de la muestra de alumnado de Enfermería Palma según el nivel de experiencia en Hablar en público.	101
TABLA 30	Descriptivos de la variable competencia-estado percibida por el alumnado de Enfermería Palma según el nivel experiencia en hablar en público.	102
TABLA 31	Resultados ANOVA Split-Split de la muestra de alumnado de Enfermería Palma agrupada según el nivel de experiencia en hablar en público para la confianza para hablar en público.	102
TABLA 32	Resultados ANOVA Split-Split de la muestra de alumnado de Enfermería Palma agrupada según el nivel de experiencia en hablar en público para la Aprensión comunicativa, Subescala Hablar en público.	104
TABLA 33	Resultados ANOVA Split-Split de la muestra de alumnado de Enfermería Palma agrupada según el nivel de experiencia en hablar en público para la competencia oral percibida.	105
TABLA 34	Subgrupos de la muestra del alumnado de Palma en función de la asistencia a la tutoría de apoyo.	107
TABLA 35	Descriptivos de la muestra de alumnado de Enfermería Palma según la asistencia o no asistencia a la tutoría de apoyo.	107

TABLA 36	Descriptivos de la competencia-estado percibida por el alumnado de Enfermería según la asistencia o no asistencia a la tutoría de apoyo.	108
TABLA 37	Resultados ANOVA Split-Plot en los subgrupos según asistencia a la tutoría del alumnado de Enfermería (Palma) para la confianza para hablar en público.	108
TABLA 38	Resultados ANOVA Split-Plot en los subgrupos según asistencia a la tutoría del alumnado de Enfermería (Palma) para la competencia oral percibida.	109
TABLA 39	Descriptivos y niveles de significación: muestra del alumnado de Enfermería Ibiza-Menorca (n=33).	115
TABLA 40	Descriptivos de la competencia oral percibida por el alumnado de Enfermería Ibiza-Menorca (n=28).	116
TABLA 41	Unidades de análisis y categorización de la información aportada por el alumnado en el diario de aprendizaje.	121
TABLA 42	Selección de unidades de registro que contienen las categorías halladas en el análisis.	122
TABLA 43	Propuesta de entrenamiento para el desarrollo de la competencia oral en el contexto universitario.	161
TABLA 44	Tiempo estimado dedicado al entrenamiento por parte del alumnado y profesorado.	171

ÍNDICE DE FIGURAS.

FIGURA 1	Valoración media de las competencias transversales por los sectores directivos, académicos y profesionales en la titulación de Fisioterapia.	9
FIGURA 2	Valoración media de las competencias transversales por los sectores directivos, académicos y profesionales en la titulación de Enfermería.	9
FIGURA 3	Modalidades de enseñanza-aprendizaje.	17
FIGURA 4	Estrategias metodológicas de enseñanza-aprendizaje.	18
FIGURA 5	Señal de frecuencia cardíaca durante el discurso de un/a conferenciante representativo/a.	36
FIGURA 6	Variables relacionadas con miedo a hablar en público	46
FIGURA 7	Modelo cognitivo-emocional-conductual de la dificultad para hablar en público	50
FIGURA 8	Otros estudios universitarios. Muestra de estudiantes de Máster (2).	61
FIGURA 9	Experiencia laboral (rango 0-32 años). Muestra de estudiantes de Máster (2).	61
FIGURA 10	Experiencia en hablar en público. Muestra de estudiantes de Máster (2).	62
FIGURA 11	Otros estudios universitarios. Muestra de enfermeras/os profesionales.	62
FIGURA 12	Experiencia laboral. Muestra de enfermeras/os profesionales.	63
FIGURA 13	Experiencia en hablar en público. Muestra de enfermeras/os profesionales	63
FIGURA 14	Otros estudios universitarios. Alumnado de Enfermería Palma.	64
FIGURA 15	Experiencia laboral. Alumnado de Enfermería Palma.	64
FIGURA 16	Experiencia en hablar en público. Alumnado de Enfermería Palma.	64
FIGURA 17	Otros estudios universitarios. Alumnado de Enfermería Ibiza-Menorca.	65
FIGURA 18	Experiencia laboral. Alumnado de Enfermería Ibiza-Menorca.	65
FIGURA 19	Experiencia en hablar en público. Alumnado de Enfermería Ibiza-Menorca.	66
FIGURA 20	Puntuación y baremo de la Escala ECO.	73
FIGURA 21	Autocalificación de la actuación y miedo percibido durante el discurso en las muestras estudiantes de Máster (2) y de enfermeros/as profesionales.	93
FIGURA 22	Autocalificación de la actuación y miedo percibido durante el discurso en las muestras estudiantes de Máster (2) y de enfermeros/as profesionales.	94
FIGURA 23	Aprensión comunicativa ante la tarea de hablar en público antes y después del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería (Palma) según el nivel de miedo a hablar en público.	97
FIGURA 24	Competencia oral percibida en los diferentes momentos del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería (Palma) según el nivel de miedo a hablar en público previo al entrenamiento.	99
FIGURA 25	Miedo percibido durante el discurso antes y después del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería (Palma) según el nivel de miedo a hablar en público previo al entrenamiento.	100
FIGURA 26	Autocalificación del discurso antes y después del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería (Palma) según el nivel de miedo a hablar en público previo al entrenamiento.	100
FIGURA 27	Confianza para hablar en público antes y después del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería (Palma) según el nivel de experiencia previa en hablar en público.	103
FIGURA 28	Aprensión comunicativa ante la tarea de hablar en público antes y después del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería (Palma) según el nivel de experiencia previa en hablar en público.	104
FIGURA 29	Competencia oral percibida en los diferentes momentos del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería (Palma) según el nivel de experiencia en hablar en público.	105
FIGURA 30	Miedo percibido durante el discurso antes y después del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería Palma según el nivel de experiencia en hablar en público.	106

FIGURA 31	Autocalificación de la actuación antes y después del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería Palma según el nivel de experiencia en hablar en público.	106
FIGURA 32	Confianza para hablar en público antes y después del entrenamiento en los grupos de Enfermería (Palma) que asistieron y no asistieron a la tutoría de apoyo.	109
FIGURA 33	Competencia oral percibida en los grupos de Enfermería (Palma) que asistieron y no asistieron a la tutoría de apoyo.	110
FIGURA 34	Miedo percibido antes y después del seminario en los grupos de Enfermería (Palma) que asistieron y no asistieron a la tutoría de apoyo.	111
FIGURA 35	Miedo percibido antes y después del seminario en los grupos de Enfermería (Palma) que asistieron y no asistieron a la tutoría de apoyo.	111
FIGURA 36	Valores de la competencia oral observada (CNV) en la tutoría de apoyo y en la sesión evaluativa del entrenamiento en el subgrupo de alumnos/as que asistieron a dicha tutoría.	112
FIGURA 37	Valores de la competencia oral observada en el entrenamiento según la asistencia a la tutoría de apoyo.	113
FIGURA 38	Valores de la competencia oral observada en la sesión evaluativa del entrenamiento en las muestras del alumnado de Enfermería (Palma) y alumnado de Enfermería (Ibiza-Menorca).	114
FIGURA 39	Valores de la competencia oral observada en el grupo del alumnado de Enfermería (Palma) que no realizó la tutoría de apoyo y el alumnado de Enfermería (Ibiza-Menorca).	114
FIGURA 40	Pregunta 1.	117
FIGURA 41	Pregunta 2.	117
FIGURA 42	Pregunta 3.	118
FIGURA 43	Pregunta 4.	118
FIGURA 44	Pregunta 5.	119
FIGURA 45	Pregunta 6.	119
FIGURA 46	Autoeficacia de la competencia oral antes del entrenamiento.	120
FIGURA 47	Autoeficacia de la competencia oral tras varias semanas de finalizar el entrenamiento.	120
FIGURA 48	Expectativas de Autoeficacia de la competencia oral.	120
FIGURA 49	Principales categorías de respuesta sobre la utilidad del entrenamiento.	126
FIGURA 50	Patrón de habituación: puntuaciones medias de ansiedad en los grupos con tratamiento a lo largo de las fases del discurso.	157
FIGURA 51	Esquema de la propuesta entrenamiento para el desarrollo de la competencia oral en el contexto universitario.	164
FIGURAS 52-53	Ejemplo de aula para realizar la primera sesión del entrenamiento.	166
FIGURAS 54-55	Ejemplo de aula para realizar los ensayos tutorizados.	167-168
FIGURAS 56-57-58	Ejemplo de aula para realizar la sesión evaluativa del entrenamiento.	169

1. INTRODUCCIÓN.

Comunicarse eficazmente ante un auditorio es una destreza necesaria en las profesiones sanitarias puesto que el/a profesional se puede encontrar en escenarios donde sea preciso hablar ante un grupo más o menos numeroso de personas. Un ejemplo muy claro es la intervención en escuelas o institutos donde el/a profesional debe realizar intervenciones de educación para la salud. Otra situación que requiere esta destreza de hablar eficazmente en público aparece en la reuniones formales en el caso de aquellos/as profesionales que se dedican a la gestión sanitaria. Por otra parte, hay que destacar que la principal vía de crecimiento científico de las diversas disciplinas sanitarias es la comunicación de los hallazgos de los trabajos de investigación que, por tanto, se debe exponer ante un auditorio experto.

No obstante, hablar en público es una situación ante la cual muchas personas muestran reticencia y/o falta de destrezas. Ello es especialmente evidente para el profesorado universitario al constatar, año tras año, que muchos/as alumnos/as tienen serias dificultades en cuanto deben defender públicamente los trabajos de las diferentes asignaturas, así como el Trabajo Fin de Grado o, en su caso, el Trabajo Fin de Máster. Una parte de ellos/as cuenta con un diagnóstico de fobia social específica, sin embargo, la mayoría siente rechazo ante la situación de enfrentarse al público porque simplemente no sabe cómo hacerlo.

En este trabajo se tiene en cuenta únicamente el aspecto oral de la competencia comunicativa, siendo este concepto más amplio que el de competencia oral pues abarca también la habilidad para comunicarse por escrito. Así, el objeto de estudio que ha impulsado la presente investigación es el diseño de una metodología didáctica eficaz que favorezca el aprendizaje la competencia oral en los futuros profesionales de la Salud. En enfoque del proceso de enseñanza-aprendizaje por competencias, preconizado desde el Espacio Europeo de Estudios Superiores (EEES), el mayor desafío que nos encontramos es con la evaluación de las mismas. Al ofrecer un programa educativo, una tarea ineludible es incorporar un método de evaluación y seguimiento del desarrollo de la competencia en cuestión.

Teniendo en cuenta que la competencia oral se manifiesta a través de conductas verbales y no verbales, es necesario abarcar ambos aspectos en la evaluación. Si bien es cierto que la experiencia y el juicio del profesorado tienen un valor incuestionable, la evaluación mediante técnicas que hagan más objetivas las

cualificaciones es fundamental. Ello es así sobre todo de cara a completar el aprendizaje del alumnado, puesto que, si conoce las variables tenidas en cuenta para su evaluación de forma transparente y anticipada, podrá realizar un continuo proceso de reflexión e interiorización acerca de todos los aspectos que ha logrado y aquello que puede mejorar en futuros discursos. Con ese fin, se ha construido y pilotado una herramienta de observación sistemática que, junto con medidas de autoinforme, nos puede indicar el aumento y evolución de competencia oral en el alumnado y, a la vez, facilitar la emisión del feedback correctivo tras la actuación de cada alumno/a.

El entrenamiento psicoeducativo de la competencia oral aquí propuesto está muy relacionado con el entrenamiento de las habilidades sociales, puesto que, al fin y al cabo, comunicarse ante un auditorio se puede considerar como una habilidad social de tipo avanzado. El programa que se ha elaborado en este trabajo va dirigido a alumnos y alumnas que inician sus estudios universitarios y que deberán realizar discursos públicos durante los sucesivos cursos académicos así como en su vida laboral posterior. Dicho programa se fundamenta en el análisis de diversos seminarios impartidos a alumnos/as durante varios cursos académicos así como a un grupo del colectivo profesional. Una revisión de la literatura sobre el tema y la aportación del alumnado, complementan las bases sobre las que se apoya el programa propuesto en un punto posterior del trabajo.

Las intervenciones educativas llevadas a cabo a lo largo de esta investigación han presentado datos interesantes en relación con determinadas variables a tener en cuenta durante los entrenamientos. Así, un factor fundamental para incrementar la motivación del aprendizaje de la competencia oral, y ayudar a superar el miedo durante los ensayos, es el grado de cercanía del profesorado hacia el alumnado. Otro factor igualmente imprescindible es organizar las actividades de forma graduada a lo largo del entrenamiento, de forma que se fomente la habituación entre las sesiones y minimizar así el malestar que puede suponer esta tarea para buena parte del alumnado.

Después de analizar las experiencias en las distintas muestras entrenadas, creemos que el entrenamiento propuesto resulta enriquecedor para el alumnado universitario. Además, también es un programa que podría beneficiar a todos/as aquellos/as profesionales que por sus condiciones laborales han de intervenir en público con cierta frecuencia, tanto en el ámbito de la salud como en otras ramas del conocimiento.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 Las competencias del Espacio Europeo de Educación Superior.

Hace más de una década, el Proyecto Tuning inició su primera línea de trabajo dentro del marco de convergencia europea cuya finalidad era encontrar un sistema de titulaciones comparables y comprensibles. Ante la necesidad emergente de homogeneizar los estudios superiores en el área europea, se promovió este proyecto comenzando por definir los perfiles profesionales de cara a compatibilizar las titulaciones. La forma de establecer un lenguaje común a la hora de expresar los perfiles se hizo a través de la incorporación de las competencias. Se pueden comparar las capacidades que desarrollan las personas a lo largo de sus estudios desde este enfoque competencial, además, *“las competencias contribuyen también al desarrollo de unos títulos mejor definidos y al perfeccionamiento de sistemas de reconocimiento «simples, eficientes y justos»”* (González Ferreras y Wagenaar, 2003, p.77).

En este contexto, desde el Proyecto Tuning se destaca la definición de competencia según Levy-Levoyer (1997, p. 80):

“las competencias y las destrezas se entienden como conocer y comprender (conocimiento teórico de un campo académico), saber cómo actuar (la aplicación práctica y operativa del conocimiento a ciertas situaciones) y saber cómo ser (los valores como parte interesante de la forma de percibir y vivir en un contexto social)”.

Para las competencias académicas o profesionales se establece en ese mismo documento la siguiente definición (González Ferreras y Wagenaar, 2003, p. 280):

“las competencias representan una combinación dinámica de atributos —con respecto al conocimiento y su aplicación, a las actitudes y a las responsabilidades— que describen los resultados del aprendizaje de un determinado programa, o cómo los estudiantes serán capaces de desenvolverse al finalizar el proceso educativo. En particular, el Proyecto se centra en las competencias específicas de las áreas (específicas de cada campo de estudio) y competencias genéricas (comunes para cualquier curso).”

Ante la gran diversidad de definiciones de competencia, se podrían resaltar los siguientes aspectos comunes a todas ellas (Corominas Rovira et al., 2006):

- Las competencias se actualizan y desarrollan continuamente, son dinámicas y giran en torno a la acción.

- Se relacionan en contextos y situaciones determinados.
- Se componen de diferentes elementos como saberes, procedimientos, actitudes,...etc.
- Proporcionan formas de actuar y toma de decisiones resolutorias ante determinadas situaciones que se pueden presentar dentro del ámbito profesional.
- Son adquiridas, desarrolladas y educables.

En la Tabla 1 se muestra un resumen de los principales elementos que componen las competencias.

Tabla 1. Componentes y subcomponentes de las competencias. Tomado de Miguel (2005, p. 30).

COMPONENTES	SUBCOMPONENTES
1. Conocimientos. Adquisición sistemática de conocimientos, clasificaciones, teorías, etc. relacionados con materias científicas o área profesional.	1.1. Generales para el aprendizaje 1.2. Académicos vinculados a una materia 1.3. Vinculados al mundo profesional
2. Habilidades y destrezas. Entrenamiento en procedimientos metodológicos aplicados relacionados con materias científicas o área profesional (organizar, aplicar, manipular, diseñar, planificar, realizar,...).	2.1. Intelectuales 2.2. De comunicación 2.3. Interpersonales 2.4. Organización/gestión personal
3. Actitudes y valores. Actitudes y valores necesarios para el ejercicio profesional: responsabilidad, autonomía, iniciativa ante situaciones complejas, coordinación,...	3.1. De desarrollo profesional 3.2. De compromiso personal

Asimismo, en el ámbito universitario, este concepto ha sufrido una transformación ya que como señalan Montañó Moreno, Palmer Pol y Palou Oliver (2008, p. 13):

*“El terme competència professional s’ha transformat en competències transversals. La utilització d’aquest terme implica l’adaptació d’un enfocament purament professional a un enfocament que conjuga les necessitats acadèmiques amb les necessitats del món professional”.*¹

Se trata, en definitiva, de garantizar la calidad en la formación y su inmersión en el mundo laboral enseñando a través de competencias que aquello que se aprende en el sistema educativo tiene su vinculación y consolidación en el terreno productivo.

¹ “El término de competencia profesional se ha transformado en competencias transversales. La utilización de este término implica la adaptación de un enfoque puramente profesional a un enfoque que conjuga las necesidades académicas con las necesidades del mundo profesional”.

Ya en el informe Reflex (ANECA, 2007) se evidenció la tendencia de los países europeos a destacar la formación de los/as profesionales en base a sus competencias. Así, una de las conclusiones de dicho informe es que las competencias requeridas por el mercado laboral en los distintos países europeos son muy semejantes lo que supone *“un hecho relevante que muestra cómo los mercados laborales se han unificado mucho antes que los propios sistemas educativos”* (p.43).

A la hora de elaborar los perfiles profesionales se han tenido en cuenta dos clases de competencias: las competencias genéricas o transversales y las competencias específicas de cada titulación.

Las competencias específicas de una titulación hacen referencia al manejo de conceptos y destrezas que deberían poseer los/as profesionales y/o investigadores/as de ese campo, pudiéndose distinguir dos ámbitos (Montaño Moreno, Palmer Pol y Palou Oliver, 2008): el académico (pensamiento analítico, habilidades de investigación,...) y el profesional (resolución de problemas, toma de decisiones, acción reflexiva,...) .

Las competencias genéricas, en cambio, se incorporan a la totalidad de las titulaciones ponderándose de distinta forma. En el proyecto Tuning se dividen de la siguiente forma (González Ferreras y Wagenaar, 2003):

1. Competencias instrumentales:

- Capacidad de análisis y síntesis.
- Capacidad de organizar y planificar.
- Conocimientos generales básicos.
- Conocimientos básicos de la profesión.
- Comunicación oral y escrita en la propia lengua.
- Conocimiento de una segunda lengua.
- Habilidades básicas de manejo del ordenador.
- Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de fuentes diversas).
- Resolución de problemas.
- Toma de decisiones.

2. Competencias interpersonales:

- Capacidad crítica y autocrítica.
- Trabajo en equipo.
- Habilidades interpersonales.
- Capacidad de trabajar en un equipo interdisciplinar.
- Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas.
- Apreciación de la diversidad y multiculturalidad.
- Habilidad de trabajar en un contexto internacional.
- Compromiso ético.

3. Competencias sistémicas:

- Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.
- Habilidades de investigación.
- Capacidad de aprender.
- Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.
- Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad).
- Liderazgo.
- Conocimiento de culturas y costumbres de otros países.
- Habilidad para trabajar de forma autónoma.
- Diseño y gestión de proyectos.
- Iniciativa y espíritu emprendedor.
- Preocupación por la calidad.
- Motivación de logro.

En España se han diseñado las adaptaciones de las titulaciones al grado siguiendo las directrices de la ANECA. Si se atiende al área de Ciencias de la Salud se pueden comprobar los valores que se han otorgado a las distintas competencias por parte de varios sectores profesionales. Por ejemplo, en la Figura 1 se puede apreciar la homogeneidad de criterios sobre las competencias genéricas entre los/as profesionales, académicos/as y directivos/as en cuanto a la valoración del perfil de los fisioterapeutas. Rebollo Roldán (2004) destaca la excepción del conocimiento de una lengua extranjera, a la que los directivos le confieren una mayor puntuación.

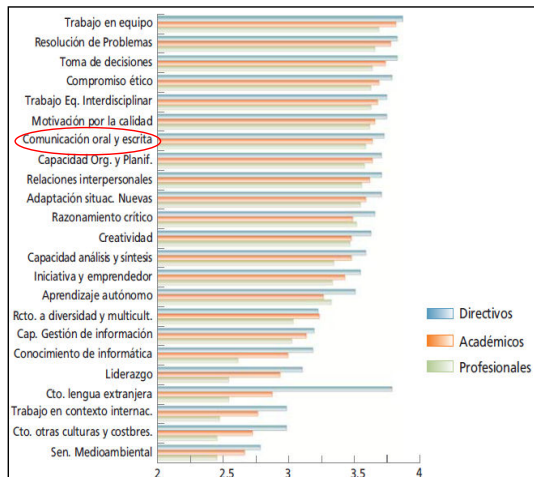


Figura 1. Valoración media de las competencias transversales por los sectores directivos, académicos y profesionales en la titulación de Fisioterapia Tomada del Libro Blanco de Fisioterapia (ANECA, 2004, p. 55).

En el Libro Blanco de Enfermería, se aprecian diferencias significativas en casi todas las competencias transversales en cuanto a la importancia que se les concede por parte del grupo docente frente a la atribuida por los profesionales asistenciales (Figura 2).

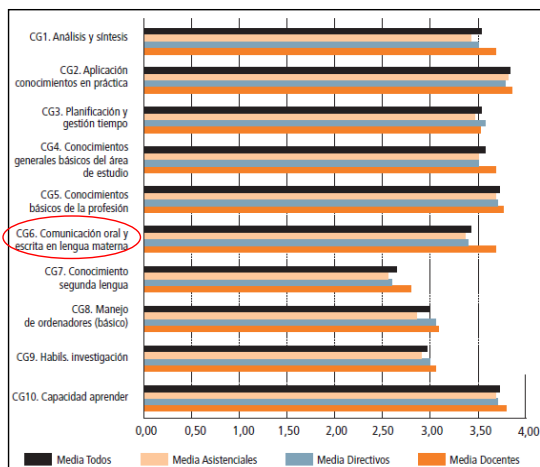


Figura 2. Valoración media de las competencias transversales por los sectores directivos, académicos y profesionales en la titulación de Enfermería Tomada del Libro Blanco de Enfermería (ANECA, 2004, p.74).

Centrándonos en la competencia genérica “Comunicación oral y escrita en lengua materna” (Tabla 2) vemos que existen diferencias significativas entre los diferentes grupos de encuestados/a. El colectivo docente atribuye mucha importancia a esta competencia, superando en un 15% a los asistenciales y en 12% a los directivos.

Tabla 2. Valoración de la competencia comunicativa según los sectores asistencial, directivo y docente. Tomada del Libro Blanco de Enfermería (ANECA, 2004, p. 162).

		TABLA DE CONTINGENCIA					TOTAL
		CG6. Comunicación oral y escrita en lengua materna					
		Nada	Poco	Bastante	Mucho		
Ocupación	Asistencial	Recuento	18	98	390	500	1006
		% de Ocupación	1,8%	9,7%	38,8%	49,7%	100,0%
		% del total	,9%	4,8%	19,2%	24,6%	49,5%
		Residuos corregidos	3,6	3,4	2,8	-5,2	
	Directivo	Recuento	2	33	124	183	342
		% de Ocupación	,6%	9,6%	36,3%	53,5%	100,0%
		% del total	,1%	1,6%	6,1%	9,0%	16,8%
		Residuos corregidos	-,8	1,5	,2	-,8	
	Docente	Recuento	0	26	212	445	683
		% de Ocupación	,0%	3,8%	31,0%	65,2%	100,0%
		% del total	,0%	1,3%	10,4%	21,9%	33,6%
		Residuos corregidos	-3,2	-4,7	-3,2	6,2	
TOTAL	Recuento	20	157	726	1128	2031	
	% de Ocupación	1,0%	7,7%	35,7%	55,5%	100,0%	
	% del total	1,0%	7,7%	35,7%	55,5%	100,0%	

La investigación llevada a cabo en la UIB (Universitat de les Illes Balears) sobre la introducción del modelo de competencias, comparte el objetivo de conocer la importancia que el profesorado otorga a las competencias transversales. Para ello, Montañó Moreno, Palmer Pol y Palou Oliver (2008) elaboraron una lista de 42 competencias, derivadas de las 30 establecidas por proyecto Tuning, y encuestaron a una muestra de 173 académicos de 18 titulaciones impartidas en la UIB.

En este listado de competencias se destacan 5 que están relacionadas con la competencia CG6 (comunicación oral y escrita en lengua materna) del proyecto Tuning:

- Capacidad para hacerse entender.
- Capacidad para presentar en público ideas, productos o informes.
- Capacidad para redactar informes o documentos.
- Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia.
- Comunicación oral y escrita en la propia lengua.
- Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas.

En el cuestionario proporcionado al profesorado se presentaban escalas tipo Likert en formato numérico (1= *ninguna importancia*, 4= *muy importante*) para evaluar la importancia atribuida por parte del/a docente a la competencia en cuestión. Por otra parte, se evaluaba el nivel de realización o grado de consecución de la competencia (1= *ninguno*, 4=*alto*). En la Tabla 3 se resumen los resultados obtenidos en el citado estudio.

Tabla 3. Importancia atribuida por parte del profesorado de la UIB a las competencias transversales y nivel de realización de las mismas. (Resumido de Montaña Moreno et al., 2008).

CAPACIDAD PARA:	IMPORTANCIA DE LA COMPETENCIA (%)				NIVEL DE REALIZACIÓN (%)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
HACERSE ENTENDER	0.6	1.7	27.7	69.9	9.4	44.4	37.4	8.8
PRESENTAR EN PÚBLICO IDEAS, PRODUCTOS O INFORMES	2.3	12.1	41.6	43.9	16.6	48.5	28.4	6.5
REDACTAR INFORMES O DOCUMENTOS	0	6.4	31.2	62.4	7.0	52.0	3.6	9.4
COMUNICARSE CON PERSONAS NO EXPERTAS EN LA MATERIA	4.1	17.4	43.0	35.5	17.2	48.5	25.4	8.9
COMUNICACIÓN ORAL Y ESCRITA EN LA PROPIA LENGUA	0.6	4.1	32.6	62.8	4.7	37.3	40.8	17.2
COMUNICARSE CON EXPERTOS EN OTRAS ÁREAS	2.3	12.8	51.7	33.1	21.6	49.1	25.1	4.2

Como señalan estos autores, el profesorado considera bastante o muy importantes la mayoría de estas competencias. Así, aproximadamente la mitad de ellas son consideradas muy importantes por más del 60% de los/as docentes encuestados/as. Sin embargo, estos mismos docentes apuntan al mismo tiempo que el nivel de realización de las competencias en general en la UIB es bajo. Considerando estos datos se hace evidente la necesidad de poner en marcha nuevas estrategias metodológicas que ayuden a aumentar el nivel de competencia oral en el alumnado universitario.

Finalmente, en esta misma investigación, se ordenaron las competencias según la importancia concedida a cada una de ellas por la muestra del profesorado de la UIB, indicada por el porcentaje que representa la suma de frecuencias en las categorías “bastante” y “mucho”. El ranking se presenta en la Tabla 4 y, como puede observarse, todas las competencias relacionadas con la capacidad comunicativa aparecen en lugares destacados de ese ranking.

Tabla 4. Ranquing sobre la importancia de las competencias transversales en la UIB.
Tomada de Montañó Moreno et al. (2008, p. 51-52).

COMPETENCIA	PORCENTAJE
Dominio de vuestra área o disciplina académica	98,3
Capacidad para hacerse entender	97,7
Resolución de problemas	96,0
Pensamiento analítico	95,4
Capacidad de análisis y síntesis	95,4
Capacidad para aplicar los conocimientos a la práctica	94,8
Comunicación oral y escrita en la propia lengua	94,8
Habilidad para trabajar de forma autónoma	94,2
Predisposición para cuestionar ideas propias o ajenas	93,6
Capacidad para redactar informes o documentos	93,6
Capacidad para encontrar nuevas ideas y soluciones	91,3
Habilidades de gestión de la información	90,8
Capacidad para organizar y planificar	90,2
Capacidad para utilizar herramientas informáticas	89,6
Conocimientos básicos sobre la profesión	89,6
Capacidad para trabajar en equipo	87,3
Preocupación por la calidad	87,3
Capacidad para adquirir con rapidez nuevos conocimientos	86,1
Capacidad para utilizar el tiempo de forma efectiva	86,1
Capacidad para coordinar actividades	85,5
Capacidad para presentar en público productos, ideas o informes	85,5
Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas	84,4
Conocimientos generales básicos	82,7
Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones	82,7
Habilidades en las relaciones interpersonales	80,9
Conocimientos de otras áreas o disciplinas académicas	79,2
Capacidad para diseñar y gestionar proyectos	78,6
Capacidad para comunicarse con personas no expertas	78,0
Compromiso ético y social	75,1
Habilidades de investigación	74,6
Iniciativa y espíritu emprendedor	74,6
Capacidad para escribir, hablar y redactar informes en idiomas extranjeros	72,8
Capacidad para detectar nuevas oportunidades	69,4
Habilidades para trabajar en un contexto internacional	69,4
Habilidad de integración en la empresa	68,8
Tener motivación para alcanzar el éxito	68,8
Capacidad para movilizar las capacidades de los/as otros/as	65,3
Sensibilidad en temas del medioambiente	63,6
Capacidad para negociar de forma eficaz	58,4
Capacidad para trabajar eficazmente bajo presión	56,6
Capacidad para hacer valer vuestra voluntad	46,8
Conocimiento de la cultura y costumbres de otros países	35,8

En definitiva, podemos considerar, junto a Ezeiza Ramos (2008), que desarrollar las competencias comunicativas es un objetivo fundamental en el contexto académico actual ya que:

“Las competencias comunicativas académico-profesionales aparecen valoradas en los puestos más altos de los listados de competencias transversales que se documentan en los Libros Blancos para las titulaciones del nuevo Espacio Europeo para la Educación Superior” (p.131).

En este sentido, a partir de la reforma de los planes de estudios para adaptarlos al Espacio Europeo de Educación Superior, y al hacerse más consciente por parte del profesorado la necesidad de desarrollar la capacidad para comunicarse efectivamente, han emergido nuevas asignaturas relacionadas directamente con esta competencia. Por ello, continuamente se están desarrollando las metodologías necesarias para su enseñanza, aprendizaje y evaluación. Sin embargo, en cuanto a la evaluación de las competencias aún hay trabajo pendiente. Así, por ejemplo, el estudio llevado a cabo por Cano García e Ion (2012) en las universidades catalanas pone de manifiesto que sólo un bajo porcentaje del profesorado encuestado utiliza estrategias evaluativas centradas en las competencias, siendo aún predominante el modelo centrado en el aprendizaje. Raramente se utilizan técnicas específicas para una evaluación diagnóstica y esta es, señalan estas autoras, imprescindible para evaluar la progresión de las competencias. Además, en la muestra de profesores/as analizada no se manifestó el uso de procesos de autorregulación de los aprendizajes que favorecen el aprendizaje reflexivo. Este tema se abordará en el apartado 2.2.1 del presente trabajo.

2.2 Comunicación y competencia oral.

La comunicación ha sido definida desde diversos puntos de vista a través del tiempo, no es fácil llegar a una concepción que los englobe a todos. El punto de partida del concepto de comunicación más ampliamente aceptado hasta el día de hoy es el que concibió Aristóteles, quien destacó en *La Retórica* los tres elementos básicos y de la comunicación persuasiva o retórica eran: el interlocutor, el discurso y el oyente, el objetivo básico de un buen orador era el de persuadir a su/s oyente/s. De acuerdo con ello, desarrolló la división y los tipos de discurso para facilitar al *rethor* los medios de persuasión en la práctica de la oratoria en el ámbito político. Así, como plasma Reyes Moreno (2003, p. 442):

“Hace más de veinticinco siglos otras personas empezaron a estudiar cómo había que ser y actuar ante un público con derecho a intervenir y decidir en la cuestión de la que el orador les hablaba.”

Es en la segunda mitad del siglo XX cuando se profundiza en la dimensión relacional de la comunicación interpersonal. Reyes Moreno (2003) señala que en ese momento se empieza a advertir el intercambio y el proceso de influencias que desencadena la comunicación.

En 1948 surgió una acepción de la comunicación considerablemente aceptada de la mano del sociólogo Lasswell. Con su fórmula «*¿Quién dice qué, a quién, por qué canal y con qué efecto?*» planteó un modelo procesal de comunicación enfatizando el contenido y la unidireccionalidad del mensaje hacia el receptor, este queda relegado a un plano meramente pasivo. Sin embargo, Lasswell incluyó en su modelo los elementos contextuales, salvándose de las críticas recibidas por el modelo conductual mecanicista.

Beltrán Salmón (1981) realizó un repaso a la evolución de los modelos que surgieron en base a esta acepción de la comunicación como proceso de transferencia:

- Los modelos que enfatizan la comunicación como la transmisión de información (Berelson y Steiner, 1964; Lasswell y Nixon, 1963; Osgood, 1961).
- Los modelos matemáticos cuyo máximo exponente es el de Shannon y Weaver (1971) quienes hablaron en términos de fuentes que codifican y decodifican señales.
- El modelo cibernético de Wiener (1950), donde se incorpora el elemento de retroalimentación.

Resumiendo en palabras del propio Beltrán Salmón (1981, p.18):

“La definición tradicional de comunicación es aquella que la describe como el acto o proceso de transmisión de mensajes de fuentes a receptores a través del intercambio de símbolos (pertenecientes a códigos compartidos por ellos) por medio de canales transportadores de señales. En este paradigma clásico, el propósito principal de la comunicación es el intento del comunicador de afectar en una dirección dada el comportamiento del receptor; es decir, producir ciertos efectos sobre la manera de sentir, pensar y actuar del que recibe la comunicación o, en una palabra, persuasión. La retroalimentación se considera instrumental para asegurar el logro de los objetivos del comunicador”.

A partir de todas estas aportaciones apareció una perspectiva más global sobre la comunicación social que incluye los siguientes elementos: fuente, codificador, mensaje, canal, decodificador, receptor y efecto (Haroldsen, 1975; Hovland, 1948; Smith, 1966).

Las principales críticas al modelo transferencial proponen que el receptor es un componente activo en el proceso comunicativo. Algunos modelos que marcan esta línea son los de Newcomb (1953), Schramm (1973) y Westley-McLean (1957).

Para concluir este repaso, cabe destacar la Teoría de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967), elaborada por los seguidores de Weiner quienes constituyeron posteriormente el equipo de Palo Alto. Este grupo de autores entendió la comunicación humana desde un enfoque pragmático como un acto integrado en el contexto. Para ello tuvieron en cuenta las diferentes modalidades de mensajes y de canales de transmisión, yendo más allá de la comunicación como un mero proceso de influencia o persuasión. La aplicación de la teoría general de sistemas en el contexto de la comunicación resulta crucial para entender la globalidad del proceso comunicativo. Este enfoque supera las críticas antes expuestas y es el más ampliamente aceptado hoy en día. Por estas razones el concepto de comunicación aportado por el equipo de Palo Alto es el que se ha tomado como base en el presente trabajo.

Una vez clarificado el concepto de comunicación, es importante señalar que es más amplio que el concepto de expresión lingüística puesto que la comunicación verbal abarca tanto la expresión oral como la expresión escrita. A su vez, la comunicación oral incluye la expresión lingüística, paralingüística y no verbal.

Una persona competente en el discurso oral percibe los signos del ambiente y la situación en la que se debe establecer la comunicación, clasifica la información, desarrolla argumentos pertinentes, utiliza recursos expresivos oportunos, observa a los oyentes,... En palabras de Ramírez Martínez (2002), un/a buen/a comunicador/a posee las siguientes características:

- Tiene en cuenta al auditorio y si está relacionado con el tema.
- Planifica y entrena el discurso.
- Centra el tema y adecua el tono.
- Atiende a los principios de textualidad.
- Cuida los principios de cooperación comunicativa.
- Cuida su la imagen, la gesticulación así como aquellos signos que forman el discurso.
- Es ético/a y sincero/a.

- Evita la monotonía.
- Cuida los principios de cortesía.

Como se comentó anteriormente, en los currículos de las diversas titulaciones universitarias actuales, se encuentran numerosas asignaturas donde la comunicación oral es considerada como una competencia fundamental para el desarrollo del futuro/a profesional. La competencia transversal relacionada con esa materia propuesta en el proyecto Tuning hace referencia a la capacidad para comunicarse oralmente y por escrito en la lengua propia. En este contexto, se puede definir la competencia oral y escrita como “*Comunicarse oralmente y por escrito sobre temas de su especialidad de forma original y creativa, adaptándose al auditorio o a los destinatarios (audiencias expertas y no expertas)*” (Casellas Codina, Espunya i Danés y Juandó Bosch, 2012, p.5).

2.2.1 Estrategias de enseñanza-aprendizaje de la competencia oral.

Como ya hemos avanzado al comentar los resultados de Montañó Moreno et al. (2008), la comunicación oral es deficitaria en un amplio número de universitarios/as. En este mismo sentido, Baños Díez y Pérez Sánchez (2005) indican que los/as alumnos/as:

“están poco habituados a hablar en público y explicar sus puntos de vista con un lenguaje adaptado al registro lingüístico de la situación. La organización de actividades donde puedan aprender a hacerlo es esencial e igualmente debe evitarse la tortura psicológica de exponer a los estudiantes a un examen oral para el que nunca han sido preparados.” (p. 219).

El trabajo llevado a cabo por De Miguel Díaz (2005) analiza las estrategias didácticas más adecuadas para poner en marcha los nuevos planes de estudios universitarios. Este autor propone que la dimensión práctica del proceso de enseñanza-aprendizaje se relaciona con el fomento de habilidades transversales, interpersonales y de aprendizaje cooperativo. Todo ello a su vez se relaciona con la organización y compromiso por parte del alumnado, punto fundamental para el

desarrollo académico y personal. Este marco pedagógico se debe tener en cuenta a la hora de programar, desarrollar y evaluar la enseñanza de las competencias genéricas.

Las modalidades de enseñanza-aprendizaje que propone De Miguel Díaz (2005) son los “*distintos escenarios donde tienen lugar las actividades a realizar por el profesorado y el alumnado a lo largo de un curso*” (p.31). Además de la localización y la temporalidad, también se tiene en cuenta si las actividades a realizar serán conjuntas con otros/as alumnos/as, individuales, en presencia o ausencia del/a profesor/a, por ello es útil a nivel organizativo. Las principales modalidades de enseñanza-aprendizaje se reflejan en la Figura 3.








MODALIDADES			
P/A	Modalidad	Escenario	Finalidad/Descripción
HORARIO PRESENCIAL	Clases Teóricas		<i>Hablar a los estudiantes</i> Sesiones expositivas, explicativas y/o demostrativas de contenidos (las presentaciones pueden ser a cargo del profesor, trabajos de los estudiantes, etc.).
	Seminarios-Talleres		<i>Construir conocimiento a través de la interacción y la actividad</i> Sesiones monográficas supervisadas con participación compartida (profesores, estudiantes, expertos, etc.).
	Clases Prácticas		<i>Mostrar cómo deben actuar</i> Cualquier tipo de prácticas de aula (estudio de casos, análisis diagnósticos, problemas de laboratorio, de campo, aula de informática).
	Prácticas Externas		<i>Poner en práctica lo que han aprendido</i> Formación realizada en empresas y entidades externas a la universidad (prácticas asistenciales...).
	Tutorías		<i>Atención personalizada a los estudiantes</i> Relación personalizada de ayuda en la que un profesor-tutor atiende, facilita y orienta a uno o varios estudiantes en el proceso formativo.
TRABAJO AUTÓNOMO	Estudio y trabajo en grupo		<i>Hacer que aprendan entre ellos</i> Preparación de seminarios, lecturas, investigaciones, trabajos, memorias, obtención y análisis de datos, etc. para exponer o entregar en clase mediante el trabajo de los alumnos en grupo.
	Estudio y trabajo autónomo, individual		<i>Desarrollar la capacidad de autoaprendizaje.</i> Las mismas actividades que en la modalidad anterior, pero realizadas de forma individual, incluye además, el estudio personal (preparar exámenes, trabajo en biblioteca, lecturas complementarias, hacer problemas y ejercicios, etc.), que son fundamental para el aprendizaje autónomo.

Figura 3. Modalidades de enseñanza-aprendizaje. (De Miguel Díaz, 2005, p.34).

Con el fin de enseñar la competencia comunicativa oral se pueden adoptar todas estas modalidades y de especial importancia pueden ser los seminarios y talleres, las clases prácticas y el trabajo grupal.

Respecto a las estrategias metodológicas, se pueden definir de la siguiente forma (De Miguel Díaz, 2005, p.36):

“como un conjunto de decisiones sobre los procedimientos a emprender y sobre los recursos a utilizar en las diferentes fases de un plan de acción que, organizados y secuenciados coherentemente con los objetivos pretendidos en cada uno de los momentos del proceso, nos permiten dar una respuesta a la finalidad última de la tarea educativa”

Las principales estrategias metodológicas propuestas por este autor aparecen en la Figura 4.

MÉTODOS DE ENSEÑANZA		
	Método	Finalidad
	Método Expositivo/Lección Magistral	Transmitir conocimientos y activar procesos cognitivos en el estudiante.
	Estudio de Casos	Adquisición de aprendizajes mediante el análisis de casos reales o simulados.
	Resolución de Ejercicios y Problemas	Ejercitar, ensayar y poner en práctica los conocimientos previos.
	Aprendizaje Basado en Problemas	Desarrollar aprendizajes activos a través de la resolución de problemas.
	Aprendizaje orientado a Proyectos	Realización de un proyecto para la resolución de un problema, aplicando habilidades y conocimientos adquiridos.
	Aprendizaje Cooperativo	Desarrollar aprendizajes activos y significativos de forma cooperativa.
	Contrato de Aprendizaje	Desarrollar el aprendizaje autónomo.

Figura 4 Estrategias metodológicas de enseñanza-aprendizaje. (De Miguel Díaz, 2005, p. 40).

Los métodos que se pueden ser útiles para el desarrollo de la comunicación oral son:

- El método expositivo, utilizado sobre todo para instruir al alumnado sobre las habilidades de la comunicación verbal y no verbal durante la exposición y para elaborar el feedback después de los ensayos.
- La práctica de ejercicios cuyo objetivo es el desarrollo progresivo de la competencia adquiriendo autoconfianza y destreza.
- El aprendizaje cooperativo mediante la preparación y coevaluación de los/as compañeros/as que tienen el mismo objetivo.

En referencia a la evaluación, lejos de ser el último elemento a planear en el proceso de enseñanza-aprendizaje, se propone como guía de todo el proceso. El aprendizaje de competencias requiere, entonces, un enfoque distinto para evaluar no solamente contenidos sino también actitudes y procedimientos.

Siguiendo a Medina Rivilla (2012, p.134), podemos definir la evaluación como:

“Una tarea docente de gran implicación personal y profesional que nos cuestiona sobre la pertinencia de los procesos formativos a la vez que nos aporta numerosos datos para mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje. Al evaluar hemos de emitir un juicio de valor, pero evaluar las competencias discentes es estimar el valor acerca del proceso formativo, el nivel de logro y lo alcanzado por cada estudiante en las dimensiones de cada competencia”.

En otro trabajo, este autor señala que es necesario diseñar y adaptar las modalidades de pruebas de evaluación para que el profesorado pueda identificar el avance del alumnado en su adquisición competencial (Medina Rivilla, 2010).

De Miguel Díaz (2005), por su parte, clarifica la diferencia entre el sistema de evaluación tradicional y el sistema centrado en la evaluación de contenidos. Un aspecto que resulta fundamental es la valoración de las competencias adquiridas en función de un criterio establecido a priori, siendo claro que el alumnado debe adquirir un cierto nivel de la competencia. Por ello, es necesario disponer del referente como guía durante todo el proceso educativo y para cualquiera de las competencias.

Por otro lado, al ser el alumnado y el proceso de aprendizaje los ejes centrales de la educación, se otorga un papel relevante al propio/a discente a la hora de la evaluación. De hecho, la evaluación está intrínsecamente ligada al aprendizaje y el alumnado forma parte activa en el transcurso de la evaluación.

La cualidad formativa de la evaluación propicia una retroalimentación continua entre docentes y discentes. El alumno/a puede tomar conciencia de su desarrollo competencial y a la vez el/a profesor/a conoce hasta qué punto es efectivo su método de enseñanza teniendo en cuenta posibles alternativas para modificarlo y mejorarlo.

Por último, dado que los componentes de las competencias son de diversa naturaleza, otra característica referente a su evaluación es la complementariedad de estrategias, técnicas y métodos utilizados. Es decir, se tendrá en cuenta tanto la coevaluación y la autoevaluación como la heteroevaluación; la evaluación formativa como la evaluación sumativa; los exámenes tradicionales sobre el contenido como las nuevas técnicas para evaluar actitudes, valores, destrezas y procedimientos.

Un resumen de los puntos que diferencian los dos enfoques evaluativos se puede ver en la Tabla 5.

Tabla 5. Elementos diferenciales entre la Evaluación Tradicional y la Evaluación centrada en Competencias. Tomada de De Miguel Díaz (2005, p. 43).

EVALUACIÓN TRADICIONAL	EVALUACIÓN CENTRADA EN COMPETENCIAS
Evaluación limitada	Evaluación auténtica
Evaluación referida a la norma	Evaluación referida al criterio
El/la profesor/a monopropietario/a de la evaluación	Los/as alumnos/as "se apoderan" de la evaluación
Evaluación final sumativa	Evaluación continua y formativa
Evaluación mediante un único procedimiento o estrategia	Mestizaje en estrategias y procedimientos evaluativos

La calidad de la evaluación de la competencia oral es muy importante puesto que, además de obtener una calificación mediante el sistema evaluativo, se pretende que el/a alumno/a conozca los logros obtenidos y aquellas conductas que debe tener en cuenta para mejorar su comunicación. En este sentido, se ha comprobado que la retroalimentación inmediata es altamente efectiva para el aprendizaje de la habilidad de hablar en público (Smith y King, 2004). Por todo ello, se considera necesario disponer de instrumentos que sean fiables, válidos, sensibles y fáciles de utilizar en el momento en que se emite la conducta a evaluar.

Así, tras la puesta en marcha de las nuevas asignaturas, se han ido desarrollando diversas estrategias y metodologías evaluativas respecto a la competencia oral (Fernández García et al., 2008; Gracia Morán, 2011; Herranz Torres y Morranchel Pocaterra, 2011; Martos Montes et al., 2010; Orejudo Hernández y

Fernández Turrado, 2008). Los distintos enfoques aplican novedosas estrategias evaluativas que favorecen la reflexión e interiorización del aprendizaje en el alumnado (autoevaluación, coevaluación, rúbricas, escalas de valoración...). En este sentido, a nivel internacional, y en contextos con mayor tradición en cursos de comunicación dedicados al desarrollo de la oratoria, Carlson y Smith-Howell (1995) ya comprobaron que los discursos pueden ser evaluados de forma válida y fiable, tanto en el contenido como en la actuación, utilizando una gran variedad de instrumentos elaborados por los/as propios instructores/as. Además, estos autores concluyeron que la evaluación puede ser realizada de forma efectiva tanto por individuos mínimamente entrenados, como por aquellos que cuentan con una extensa formación en la materia.

2.2.2 La competencia oral en Ciencias de la Salud.

Es indudable que en Medicina, Psicología, Fisioterapia, Enfermería, Farmacia, Odontología y Veterinaria es necesario desarrollar todas competencias genéricas descritas, incluida la comunicativa. Hasta hace unos años se daba por hecho que la competencia oral era una parte fundamental de los estudios de ciertas titulaciones como Periodismo o Filología. Actualmente, al incluirse la comunicación oral como competencia genérica en todas las titulaciones universitarias, en todas ellas se incluye alguna asignatura donde aparece el desarrollo de esta capacidad como objetivo.

A pesar de ello, muchos científicos y científicas han desarrollado mediante ensayo y error las habilidades para comunicar en público, han tenido que superar su miedo escénico enfrentándose directamente al auditorio en reuniones científicas, mesas redondas, congresos,...etc (Muñoz Seco, 2010). Se puede pensar, entonces, que la formación es insuficiente pese a la dirección tomada desde la universidad para el desarrollo de esta competencia. De hecho, continuamente aparecen cursos de formación para profesionales de la salud que tratan de ayudar para mejorar sus habilidades de comunicación.

Aunque es una cuestión tradicionalmente más desarrollada por el área médica, cada vez más profesionales de otras especialidades del ámbito sanitario tienen la inquietud de dar a conocer sus hallazgos, avances y experiencias profesionales. De hecho, son temas que ya se contemplan de forma explícita en las normas que regulan

las diferentes profesiones. Por ejemplo, en el BOE 174, Orden CIN/2134/2008 se establecen las competencias que deben adquirir los/as estudiantes de Enfermería. En el apartado tres del anexo de dicho documento se formulan como objetivos las competencias plasmadas en dieciocho puntos. En el punto número once consta la siguiente competencia: *“Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud”* (BOE 174, p. 31681).

En el contexto de este trabajo se plantea la importancia de saber comunicar los conocimientos científicos, tanto a los/as expertos/as en la materia como al público en general. De Semir Zivojnovic y Revuelta de la Poza (2010, p.2-3) se plantean el grado de complejidad para comunicar la ciencia, lo que les lleva a la siguiente reflexión:

“Obviamente, hay personas que parece que han nacido con un don: son buenos oradores, convencen, entusiasman, seducen, se ganan las audiencias y las cámaras. Pero la mayoría de las personas carecemos de ese don así que no nos queda otro remedio que aprender cómo mejorar nuestras habilidades comunicativas”.

Por otra parte, señalan estos autores, los motivos que otorgan importancia a comunicar eficazmente los estudios científicos se relacionan con los beneficios obtenidos por el público al que se dirige:

- Cada sujeto que constituye la sociedad, ya que aumenta sus conocimientos y capacidad para tomar decisiones.
- La sociedad en general, tomando el conocimiento científico como un elemento que contribuye al bienestar de la población y al desarrollo económico.
- Las comunidades científicas y culturales, puesto que al compartir el conocimiento, éste se expande generando nuevas vías de investigación.

Finalmente, dado que las diversas profesiones sanitarias se desarrollan en el ámbito comunitario, también es importante tener en cuenta que los mensajes de salud irán dirigidos a amplios colectivos sociales. En el ámbito de gestión, las personas en determinados puestos se comunican habitualmente durante las reuniones en grupo. Muñoz Seco (2010, p.9) destaca que la comunicación es

“una competencia transversal que mejora y hace más relevantes los resultados de nuestro trabajo, no solamente si trabajamos con pacientes sino en especial si tenemos que comunicarlos oralmente en sesiones clínicas, congresos, mesas redondas y reuniones científicas en general”.

2.3 Habilidades sociales.

2.3.1 Concepto y componentes de las habilidades sociales.

Siguiendo a Caballo Manrique (1991), se puede afirmar que el concepto de habilidades sociales (HHSS en adelante) nace con Salter en 1949 ligado a la terapia conductual. Será durante las dos siguientes décadas cuando se desarrolle el constructo de HHSS de la mano de grandes autores de la Psicología conductista. Se produce en esos momentos un gran auge que, en algunos casos, lleva al uso masivo del término desde diversas perspectivas lo cual conduce a una gran confusión terminológica y conceptual.

Se advierten dos orientaciones desde sus orígenes (Gil Rodríguez y García Saiz, 1993); por un lado, la vertiente clínica que se centra en aspectos metodológicos, prácticos y situacionales, y por otro lado, una visión psicosocial que progresivamente ha ido focalizando la práctica hacia el grupo atribuyendo importancia al contexto sociocultural.

En la actualidad, aunque no existe una definición unánimemente aceptada, la mayoría de autores/as mantiene un enfoque comprensivo que tiene en cuenta tanto la conducta habilidosa propiamente dicha, como sus consecuencias sociales. Así, Caballo Manrique (1991, p.6) propone la siguiente definición:

“La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que normalmente resuelve los problemas inmediatos de las situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.

Tres dimensiones caracterizan las conductas socialmente habilidosas (Ballester Arnal y Gil Llarío, 2002):

1. **Consenso social:** mediante el cual una conducta es considerada como adecuada por un grupo de personas. Es, por tanto, una dimensión socio-cultural ya que lo que es aceptado en un grupo determinado puede no serlo en otro.
2. **Efectividad:** una conducta es habilidosa en la medida en que conduce hacia el propósito perseguido. Hay que tener en cuenta que para lograr un objetivo de forma habilidosa es fundamental el control emocional que lleve a la persona a expresar sus emociones, a defenderse, a realizar peticiones,...etc sin menoscabar el respeto hacia la otra persona.
3. **Carácter situacional.** Las variables situacionales determinan la adecuación o no de la conducta y se requiere una capacidad de discriminación de la situación puesto que no existe una habilidad social universal.

Las conductas habilidosas socialmente son una interacción entre variables ambientales, socio-culturales y personales, que está mediada por procesos de aprendizaje a lo largo de toda la vida. En este sentido destacan algunos enfoques teóricos que intentan explicar estos factores relacionados y su importancia en relación a la eficacia para un buen funcionamiento psicosocial y emocional: la Teoría del aprendizaje Social (Bandura, 1986), el modelo psicosocial básico de las habilidades sociales de Argyle y Kendon (1967) o los modelos interaccionistas como el de Mc Fall (1982) y el modelo de Trower (1982).

Teniendo en cuenta este cúmulo de variables que explican la competencia social, no sorprende el hecho de que sea tan complicado encontrar una definición, un sistema de operativización y unos instrumentos de evaluación unánimemente aceptados por todos/as los/as autores/as.

Con objeto de clarificar la situación, diversos/as psicólogos/as han categorizado las HHSS en elencos de conductas específicas que configuran el constructo. El "catálogo" de HHSS elaborado por Caballo Manrique (1983) es uno de los más utilizados a la hora elaborar programas de entrenamiento e incluye:

1. *La capacidad de hacer cumplidos.*
2. *La capacidad de recibir cumplidos.*
3. *La capacidad de hacer peticiones.*

4. *La capacidad de expresar amor, agrado y afecto.*
5. *La capacidad de iniciar y mantener conversaciones.*
6. *La capacidad de defender los derechos legítimos.*
7. *La capacidad de rechazar peticiones.*
8. *La capacidad de expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo.*
9. *La capacidad de manejar críticas.*
10. *La capacidad de solicitar satisfactoriamente un trabajo.*
11. *La capacidad de expresar justificadamente disgusto y desagrado.*
12. *La capacidad de expresar ira justificada.*

A este listado se incorporaron la capacidad para hablar en público y el desarrollo de entrevistas de trabajo (Caballo Manrique, 1983). Estas situaciones implican un alto nivel de HHSS puesto que la persona se enfrenta a situaciones públicas como puede ser un tribunal, una comisión de entrevistadores/as o un auditorio, en la que debe poner al uso toda una serie de recursos para poder presentar de forma exitosa opiniones, ideas y/o conocimientos.

Por otra parte, gran cantidad de autores han desarrollado modelos explicativos de las habilidades sociales, también se han planteado numerosas exposiciones de los componentes o factores que las integran. En el presente trabajo se tomará como referencia el modelo de Caballo Manrique (1995) quien plantea los siguientes componentes de la conducta socialmente habilidosa:

- **Componente conductual:** se divide en elementos verbales y no verbales. Los elementos verbales se refieren al contenido del mensaje. Se incluyen aspectos como ciertos elementos del habla (instrucciones, preguntas, comentarios, charla informal, estados emocionales y actitudes,...) así como elementos de la comunicación (duración del habla, retroalimentación, turno de habla...). Entre los elementos no verbales se incluyen: la mirada, la dilatación pupilar, la expresión facial, las sonrisas, la postura corporal, los gestos, la proxemia, la apariencia personal, los movimientos de cabeza y ciertos componentes paralingüísticos como la latencia, el volumen, el timbre y tono del habla, la fluidez, el tiempo del habla, la claridad y la velocidad.

- Componente cognitivo: algunos de ellos son la competencia cognitiva (empatía, capacidad en la solución de problemas), estrategias de codificación y constructos personales (la atención, la interpretación, la percepción social e interpersonal, fenómenos de percepción, traducción y ejecución de conductas sociales), las características personales (motivación, metas, creencias, valores) y las expectativas conducta-resultados. Especial énfasis hace el autor sobre las autoverbalizaciones y autoinstrucciones entendidas como mediadoras de los estímulos ambientales *“cuando el ambiente no puede cambiarse físicamente (cambiándolo o abandonándolo y yendo a otro lugar), puede ser factible el transformarlo psicológicamente por medio de las autoinstrucciones y la imaginación”* (Caballo Manrique, 1995, p. 94).
- Componente fisiológico: los componentes fisiológicos de las HHSS son aquellas señales corporales que se manifiestan al activarse el sistema nervioso, respiratorio, digestivo, circulatorio, etc. Han sido muy poco empleados en la evaluación de HHSS. La variable de más fácil medición y más utilizada ha sido la tasa cardíaca. Otros parámetros susceptibles de ser medidos son el flujo sanguíneo, respuestas electrodérmicas, presión sanguínea y frecuencia respiratoria.
- Componente situacional: la conducta social se produce en un contexto cuyas características repercuten directamente sobre ella e incluso la pueden determinar. Se destacan las variables ambientales propuestas por Fernández Ballesteros (1986): físicas, organizativas, sociodemográficas,...

2.3.2 Entrenamiento y evaluación de habilidades sociales.

Actualmente el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) se encuentra entre las técnicas más potentes y más frecuentemente utilizadas para el tratamiento de problemas psicológicos, mejorando la efectividad interpersonal y la calidad de vida (Caballo Manrique, 2002; García Vera et al., 1998; Gil Rodríguez y García Saiz, 2000). Se entiende el EHS como *“un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia interpersonal en clases específicas de situaciones sociales”* (Curran, 1985, p. 122).

Los programas de EHS se fundamentan básicamente en los principios del aprendizaje y cuentan con la contribución de diversas disciplinas científicas. Estos programas, dadas las características de las habilidades sociales, consideran tanto a la interacción entre factores intrínsecos como factores ambientales y los distintos componentes conductuales (motores, cognitivos y fisiológicos).

Gil Rodríguez y García Saiz (2000) destacan las siguientes características del EHS:

- En primer lugar, el modelo en el que se basan los entrenamientos se orienta hacia la ampliación del conjunto de las capacidades y conductas adaptativas del sujeto, lo que conlleva el desarrollo de habilidades nuevas y conductas alternativas.
- En segundo lugar, los sujetos son los agentes activos del cambio. El EHS no será productivo sin la colaboración activa de las personas, su intención de cambiar, así como la aceptación y comprensión del procedimiento.
- En tercer lugar, más que técnicas terapéuticas para problemas psicológicos, los EHS se consideran procedimientos psicoeducativos de formación.
- En cuarto lugar, las ventajas de los EHS son múltiples, especialmente en lo referido a la existencia de una amplia evidencia sobre su eficacia, así como por la posibilidad de realizarlos en grupo, lo que potencia esta eficacia.

La aplicación del entrenamiento sigue unos objetivos fundamentales (Curran, 1985):

- a) Adquirir y llegar a dominar conductas de interacción en la secuencia correcta.
- b) Analizar adecuadamente la situación social real.
- c) Reproducir HHSS en momentos adecuados y ante las diferentes situaciones de la vida real de forma espontánea.

En el ámbito de la Enfermería, y en Ciencias de la Salud en general, se han realizado trabajos que contrastan la eficacia de EHS. Algunos ejemplos se presentan a continuación.

En España Negrillo Durán, Tirado Barragán, y León Rubio (1994) marcan una línea de investigación que se reproduce en los trabajos de Marín Sánchez y León Rubio (2001) y Marqués Andrés (2006). Todos ellos seleccionan muestras universitarias en función del resultado en la escala *EMES* (Escala Multidimensional de expresión social, Caballo Manrique, 1987) dividiéndola en dos grupos; control y experimental y a este último se le aplica un EHS. Tras la intervención, el alumnado cumplimenta de nuevo la escala *EMES* encontrándose en los tres estudios diferencias significativas de tal forma que tras el EHS los alumnos/as puntúan más alto en dicha escala, es decir, presentan un mayor nivel HHSS. Se concluye que el EHS mejora la competencia social en los/as alumnos/as de Enfermería.

Pades Jiménez (2003) en su tesis doctoral se propuso evaluar la eficacia de un programa de EHS dirigido a alumnos/as de tercero de Enfermería y a personal de Enfermería (enfermeras/os y auxiliares de Enfermería) de atención primaria y especializada. Siguiendo también la metodología empírica, demostró que los dos grupos a los que se aplicó el seminario de EHS incrementaron su nivel de HHSS, utilizando como sistema de medida la escala de Habilidades sociales (Gismero González, 2000).

McCabe y Timmins (2003) -profesoras del *Trinity College* (Irlanda)- recalcan la importancia de enseñar habilidades interpersonales y asertivas en los estudios de Enfermería. Describen su entrenamiento destacando la realización de *role playing* como elemento principal que logra proporcionar un contexto de aprendizaje

significativo para el alumnado. Tras cada ejercicio establecen “una atmósfera de discusión informal” en la cual el alumnado puede expresarse de forma distendida. Estas autoras no evaluaron el efecto de su entrenamiento; no obstante, cada vez que aplicaban el entrenamiento comprobaban, mediante un breve cuestionario, la actitud positiva y la importancia atribuida por parte del alumnado a la enseñanza de estos aspectos durante la carrera.

Un estudio realizado en Taiwan por profesores/as de Enfermería y Medicina (Yen-Ru et al., 2004) puso de manifiesto que la asertividad y la autoestima aumenta en estudiantes de ambas disciplinas tras practicar un entrenamiento de asertividad. La metodología utilizada en estas sesiones incluyó el uso de las técnicas más comunes en EHS: instrucciones, *role-playing*, *feedback*,...

En el ámbito profesional, un equipo de investigadores españoles (Cebrià Andreu et al., 2006) realizó un estudio que relaciona el aprendizaje de habilidades comunicativas con el estrés y *burnout*. Se trata de un estudio observacional-transversal donde se encontró que el grupo de médicos que tenían una formación estándar presentaba mayor nivel de cansancio emocional y despersonalización, a la vez que menor realización personal en relación a otro grupo de médicos/as que habían recibido entrenamientos específicos de habilidades comunicativas. Estos autores mostraron así la función preventiva que tiene el trabajo con este tipo de habilidades.

Para finalizar, puede mencionarse una revisión sistemática publicada por la Cochrane. En ella, Fellowes, Wilkinson, y Moores (2003) evaluaron, a través de la recopilación y el análisis de estudios basados en la evidencia, el entrenamiento en habilidades comunicativas para mejorar la interacción por parte de los profesionales sanitarios con los pacientes oncológicos y sus familiares. Las habilidades comunicativas se pueden entender como un componente de las HHSS y su entrenamiento se basa en una metodología similar a la expuesta anteriormente. Estos autores recopilaron 2824 referencias, entre las cuales incluyeron tres ensayos con profesionales de la salud: uno (Fallowfield, Saul y Gilligan, 2001) proporcionaba un curso intensivo de tres días y después evaluaba a los/as oncólogos/as en su intervención con los pacientes; en el segundo (Razavi, 1993), enfermeros/as experimentados/as en oncología realizaron un curso de dos módulos tras el cual fueron evaluados a través de representación de roles; en el tercero (Razavi, 2002) también se aplicaron módulos de entrenamiento y se evaluó a los/as participantes mediante entrevistas clínicas y simuladas, así como con cuestionarios completados

por los pacientes. Dos de los programas de entrenamiento de habilidades comunicativas (Fallowfield, Saul y Gilligan, 2001; Razavi, 2002) sí generaron un efecto positivo en la conducta comunicativa de los/as enfermeros/as y médicos/as experimentados en el área de oncología. El otro ensayo (Razavi, 1993) mostró algunos efectos, pero el valor de algunas diferencias está menos claro. Los autores de la revisión apuntan que es preciso realizar más investigación sobre la eficacia a largo plazo, así como comparaciones entre los diversos tipos de entrenamiento. Señalan, además, que se desconoce si el nivel de mejora en la comunicación es suficiente como para ser percibido por los pacientes, lo que se podría tener presente para investigaciones futuras.

Respecto al tema de la evaluación de las habilidades sociales, se deben abarcar todos los factores y dimensiones que aparecen en el apartado anterior. Aunque surge cierta dificultad para establecer las unidades y los criterios de análisis, es posible afirmar que la metodología evaluativa es básicamente la que se utiliza en las áreas de terapia conductual; entrevistas, autorregistros, observación directa, *role-playing*, autoinformes conductuales, test de personalidad....La mayoría de estas técnicas son medidas de autoinforme, es decir, se basan en el proceso de introspección por el que el sujeto se autoevalúa.

Sin descartar la importancia de la autoevaluación, se considera muy interesante el hecho de poder evaluar estas habilidades también de forma más objetiva. En el ámbito educativo el/la profesor/a que guía el entrenamiento establece el *feed-back* correctivo, lo cual implica una evaluación en base a un criterio externo. Esta información que se administra al alumnado tras la exposición oral le hace consciente de su propia evolución y le proporciona la base para la mejora de las conductas involucradas en el discurso.

Para evaluar de forma objetiva hay que tener en cuenta aquellos elementos conductuales manifiestos verbales, no verbales y paralingüísticos.

También es importante introducir la cuestión de los niveles de concreción que se pueden utilizar para medir este tipo de destrezas. Por una parte, existen las categorías *molares*, cada una de las cuales abarcan un amplio segmento comportamental, con un gran número de conductas a observar (p.ej: conducta asertiva, habilidad de autoafirmación). Por otro lado, las categorías *moleculares* son unidades más específicas de conducta y suponen la segmentación de la conducta interpersonal (p. ej: duración de la charla, porcentaje de silencio). El grado de

subjetividad que implica el primer nivel (molar) dificulta el rigor metodológico en la observación aunque, por otra parte, la conducta es valorada o estimada de forma más próxima a la realidad. En cuanto al uso del nivel molecular, si bien se trata de una medición más objetiva pero, al desfragmentarse tanto, la conducta social se aleja de la situación real.

Según Van der Hofstad (2005) *“la clave del problema estriba, por tanto, en la forma de relacionar el tipo y el número de componentes moleculares que forman parte de una categoría molar, algo difícil de concretar”* (p.6). La solución que proponen algunos/as autores/as a mitad de la década de los 80 es la formación de habilidades sociales de *“nivel intermedio”* (Caballo Manrique y Buela Casal, 1988; Farrell, Rabinowitz, Wallander y Curran, 1985; Wallander, Conger y Conger, 1985). Estas son las categorías con las que se han elaborado algunos instrumentos de observación más rigurosos y objetivos como la *Social Performance Rating Scale* (SPRS; Fydich et al., 1997), el Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (SECHS; Caballo, 1987) y el *Behavioral Referenced Rating System of Intermediate Social Skills* (BRISS; Wallander, Conger y Conger, 1985) o, más recientemente, el *Communication Skills Questionnaire* (CSQ; Takahashi, Katsutoshi y Miyaoka, 2005).

2.3.3 Una habilidad social avanzada: hablar en público.

Hablar en público es un acto de comunicación social mediante el cual el/a ponente transmite un discurso por el canal verbal y no verbal al grupo de oyentes. Entre la persona que emite el discurso y el público se establece una interacción e influencia mutuas. Al exponer ideas entran en juego las destrezas lingüísticas, persuasivas, habilidades de argumentación, reglas básicas de cortesía...etc, es decir una serie de aspectos pragmáticos y retóricos que son los que conforman la competencia comunicativa (Reyes Moreno, 2003).

La comunicación interpersonal, en general, incluye el aspecto de la copresencia, es decir, las personas que se comunican comparten el mismo espacio físico y se influyen mutuamente. El grado de interacción viene determinado en buena parte por la proximidad física, así la comunicación cara a cara supone el grado máximo de interacción, en cambio, en aquellas comunicaciones que están mediadas

por recursos de telecomunicación existe un mínimo grado de interacción (Baylon y Mignot, 1996).

Teniendo en cuenta las aportaciones anteriores, definimos la competencia oral como:

la capacidad de una persona para comunicarse e interactuar a través de la conducta verbal y no verbal con un grupo oyentes que comparten un mismo contexto ya sea físicamente o haciendo uso de la tecnología de la comunicación.

Se ha utilizado el término competencia oral y no el término competencia comunicativa puesto que hacemos alusión únicamente al hecho de exponer oralmente el mensaje, excluyendo la comunicación escrita. A su vez, la competencia oral es un término global que abarca el conocimiento de cómo se elabora un discurso adecuado al contexto y la habilidad para hablar en público.

Existen distintos factores extrínsecos e intrínsecos a la persona que propician o modulan el desarrollo de la competencia oral, algunos/as autores/as enfatizan unos factores sobre otros. Sin embargo, al manifestarse en el ámbito social y por tanto ser una conducta de naturaleza interactiva, tales factores se deben considerar de forma complementaria. Ello implica necesariamente la relación e interdependencia entre la dimensión personal, tanto rasgos de personalidad como pautas comportamentales aprendidas, variables emocionales y cognitivas como la dimensión contextual, donde se engloban las características del público como variable ambiental relevante.

Así entendida la competencia oral, esta se puede encuadrar en el marco de las habilidades sociales. Si atendemos a los componentes de la conducta socialmente habilidosa explicados por Caballo Manrique (1995) podemos describir la naturaleza de las conductas que constituyen la competencia oral en los componentes conductual, fisiológico, cognitivo y situacional.

- Componente conductual.

La exposición oral de un mensaje implica la emisión de conducta verbal y conducta no verbal. Autores de gran prestigio en esta materia (Knapp, 1992; Mehrabian, 1970) afirman que estos dos tipos de comunicación se deben tratar como una unidad.

Las investigaciones de Ekman y Friesen (1969) hallaron que los mensajes no verbales enfatizan, regulan, contradicen, repiten o reemplazan al mensaje verbal, por lo general, de forma no intencional. En algunas ocasiones, añaden, la persona puede conscientemente comunicar algo a través del acto. Estos autores clasificaron la conducta no verbal emitida durante la comunicación interpersonal en las siguientes categorías:

- *Emblemas*: actos no verbales que podrían tener una traducción literal, conocida y compartida por los miembros de un grupo, clase o cultura. Suele reemplazar al mensaje verbal.
- *Ilustradores*: movimientos que se relacionan directamente con el contenido del discurso y se utilizan para ilustrarlo.
- *Reguladores*: son movimientos que regulan el curso de la conversación facilitando el turno de habla y escucha.
- *Adaptadores*: son conductas que resultan del aprendizaje evolutivo. Durante la etapa adulta se manifiestan solo pequeños fragmentos de la conducta que surgieron en relación con emociones, motivaciones, expectativas... Cuando dicho patrón conductual aparece es debido a que en la situación hay algún estímulo evocador como una emoción o una interacción. No poseen valor informativo relacionado con el discurso, pero transmiten mayor significado psicológico personal que los emblemas, ilustradores y reguladores.

Esta clasificación es relevante cuando tratamos de hablar en público puesto que aparecerán durante el discurso toda una serie de conductas que pueden interferir negativamente o bien enriquecer la comunicación. Como se analizará posteriormente, la situación de hablar en público suele suscitar temor en gran parte de la población. El temor es una emoción intensa y en muchas ocasiones provoca el uso de adaptadores que resultan inadecuados en contextos de comunicación formal, como puede ser el ámbito de la comunicación oral científica.

Los componentes de la comunicación que resultan imprescindibles a la hora de realizar un discurso de forma exitosa son las conductas no verbales propiamente dichas, los elementos paralingüísticos o vocalizaciones no lingüísticas y el mensaje verbal (Caballo Manique, 2007).

Elementos no verbales.

- Contacto ocular: se trata de abarcar la totalidad de las personas que hay en el auditorio. La mirada es un recurso importante para implicar a los/as oyentes.
- Expresión facial: los movimientos de la cara manifiestan el estado emocional, proporcionan retroalimentación sobre la comprensión del mensaje e indican actitudes (Argyle, 1983). La sonrisa, por ejemplo, forma parte de la comunicación interpersonal poniendo demanifiesto una actitud agradable (Gambrell y Richey, 1985) y abriendo canales de comunicación (Knapp, 1982).
- Expresión, postura y orientación corporal: en el contexto social supone acercamiento y relajación (Mehrabian, 1972).
- La apariencia personal o autopresentación es la imagen que la persona ofrece de sí misma hacia la sociedad y resulta un elemento que ejerce mucha influencia y provoca reacciones en los otros (Argyle, 1975). Por ello se considera que la adecuación de la apariencia personal al contexto de la comunicación es también un elemento no verbal a tener en cuenta para el éxito de esta.

Elementos paralingüísticos: son señales vocales que pueden alterar el significado del mensaje y la percepción del mismo (latencia, timbre, volumen, fluidez, tono,...etc). La fluidez se ha relacionado especialmente con el nivel de competencia de los/as conversadores/as (Argyle, 1975). En cuanto a la entonación, junto con el volumen, sirven para comunicar sentimientos y emociones (Caballo Manique, 2007).

Elementos verbales: las palabras y expresiones empleadas sirven para argumentar, mostrar sentimientos, razonar, comunicar ideas,...etc. En la comunicación oral, el estilo del discurso está en función del grado de formalidad del evento y el contexto en el que se emite. Aquí entran en juego las capacidades lingüísticas y retóricas adquiridas por la persona. Hay que tener en cuenta que la estructura y la ilación argumental del mensaje es tan importante como el contenido.

Un estudio llevado a cabo por Romano y Bellack (1980) concluyó que la postura, la expresión facial y la entonación eran los componentes no verbales más relacionados con la evaluación de las habilidades sociales. En esta misma dirección, otros estudios demuestran que el hecho de eliminar gestos o movimientos corporales repercute de forma directa sobre el acto de comunicarse socialmente (Graham y Heywood, 1975; Krauss et al., 1995; Kendon, 1970).

- **Componente fisiológico.**

Numerosas investigaciones que buscan el correlato fisiológico del estrés o la ansiedad toman como paradigma de situación estresante la exposición oral ante otras personas. La revisión de Moya Albilol y Salvador Fernández-Montijo (2001) delimitó los principales estresores psicológicos de laboratorio para estudiar la respuesta psicofisiológica al estrés, entre los que se encuentra la tarea de hablar en público.

En la actualidad hay trabajos en el ámbito de la neurobiología que utilizan dicho paradigma para evaluar los efectos de medicamentos (Bergamaschi et al., 2011; de Oliveira et al., 2012; Soravia et al., 2006) o estudiar variables neurológicas y fisiológicas del estrés (Crippa et al., 2008; Gray y McNaughton, 2000; Hilmert et al., 2010; Johnston, Tuomisto y Patching, 2008).

En el terreno de la psicología social y clínica también surgen gran cantidad de investigaciones relacionadas con situaciones de estrés inducido con la tarea de hablar en público, tanto para evaluar la eficacia de diversos tratamientos (Hazlett-Stevens y Borkovec, 2001; Woods et al., 2000) como para estudiar relaciones entre variables comportamentales, cognitivas, situacionales, etc, en población clínica y normal (Beidel et al., 2010; Fydrich et al., 1998; Jones, Briggs y Smith, 1985; Rapee y Abbot, 2007).

Hablar ante un auditorio es una situación que activa el organismo, esto es, lo prepara cognitiva y físicamente para hacer frente a dicha situación. Se trata, en definitiva, de una activación normal del sistema nervioso autónomo. Las medidas fisiológicas que se han tomado en los estudios realizados en este campo, usualmente han considerado la frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria y el nivel de conductancia de la piel. Rohrman, Henning y Netter (1999) señalan en su trabajo que sólo la frecuencia cardíaca está relacionada con la situación de hablar en público propiamente dicha.

A la hora de describir las fases de activación que se desencadenan en la situación de hablar en público, la propuesta más conocida es la de Behnke y Sawyer (1999, 2000). Estos autores hallaron fases de activación diferentes en función de las etapas del proceso de comunicación oral:

- Fase de anticipación, es la fase previa al discurso, comienza en el momento de la asignación de la tarea hasta el momento en que empieza el discurso.
- Confrontación, comprende el comienzo del discurso y dura los primeros minutos del mismo.
- Adaptación, los minutos posteriores a la fase de confrontación.
- Fase de liberación al terminar el discurso.

Posteriormente Behnke y Sawyer (2001, 2004) llegaron a la conclusión de que estas fases se pueden incluir en dos subpatrones de activación generales:

- La habituación: patrón que muestra el pico de ansiedad inicial en la fase de anticipación previa al discurso a partir del cual la disminuye de forma monótona hasta el final del discurso.
- La sensibilización: el estado de ansiedad crece desde la fase de anticipación presentando el pico máximo de ansiedad en la confrontación que irá disminuyendo a lo largo del discurso.

Se ha podido evidenciar (Kusserow, Amft y Tröster, 2008) que los primeros momentos de la confrontación se caracterizan por un aumento muy notable de la tasa cardíaca. En su estudio detectaron hasta 170 pulsaciones por minuto (ver Figura 7). Todas las personas que se enfrentan a la situación de hablar en público manifiestan en mayor o menor medida un cambio en esta medida fisiológica. La recuperación de la actividad cardíaca a valores normales se producirá dependiendo del patrón de sensibilización o habituación de la persona. La diferencia en la respuesta autonómica es en términos temporales más que de magnitud (Mauss, Wilhelm y Gross, 2003).

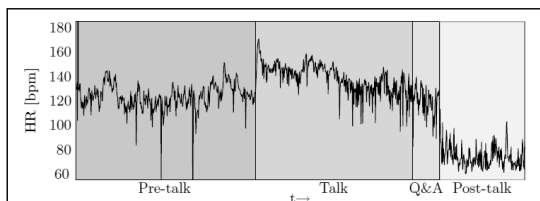


Figura 5. Señal de frecuencia cardíaca durante el discurso de un/a conferenciante representativo/a. Tomado de Kusserow, Amft y Tröster (2008, p. 330).

En cuanto a la activación a nivel neuroendocrino frente a eventos estresores, en general, parecen estar involucradas dos hormonas: el cortisol, cuyo aumento es la manifestación de la respuesta hipotalámica y que se puede detectar veinte minutos antes del evento estresante (Nicolson, 2008), por lo que puede considerarse un parámetro fisiológico de la ansiedad anticipada. Por otra parte, otras investigaciones han detectado aumentos de los niveles de alfa-amilasa en el momento en que se produce la situación estresante (Granger et al., 2007), lo que se podría interpretar como el correlato de la ansiedad en la fase de confrontación. En estudios posteriores, se han hallado resultados en la misma dirección en la situación de laboratorio de hablar en público (Sumter et al., 2010).

Finalmente, es interesante mencionar la dicotomía existente entre la reactividad del eje hipotalámico y la reactividad del sistema simpático ante situaciones repetidas de estrés psicosocial. Schommer, Hellhammer y Kirsbaum (2003) mostraron que tanto las medidas neuroendocrinas como la respuesta cardíaca aumentaban en cada una de las tres sesiones en las que los sujetos se enfrentaban a estresores psicosociales (emitir un discurso y hacer cálculos aritméticos delante de otras personas). Sin embargo, aunque los niveles de cortisol en plasma, la hormona adrenocorticotropa (eje hipotalámico) y la frecuencia cardíaca iban disminuyendo significativamente entre sesiones, no ocurría lo mismo con los niveles de adrenalina y noradrenalina (sistema simpático). Los/as autores/as de este estudio concluyen que la actividad del eje hipotalámico se habitúa rápidamente frente a estresores repetidos. No ocurre lo mismo con el sistema autónomo simpático ya que a nivel endocrino se observa un patrón uniforme de actividad en el mismo contexto y en repetidas exposiciones.

- **Componente cognitivo.**

Los procesos cognitivos y las percepciones sobre el contexto de comunicación social juegan un papel fundamental en el acto comunicativo. Hace varias décadas quedó demostrado que la habilidad para procesar adecuadamente los estímulos sociales es esencial en la actuación social efectiva (Morrison y Bellack, 1981). Los procesos cognitivos que se adquieren mediante el aprendizaje social propuestos por Mischel (1973) son:

- *Competencias cognitivas y conductuales* basadas en el aprendizaje observacional. El autor enfatiza el carácter constructivo de dichas competencias, de modo que las diferencias competenciales entre individuos tienen su origen en los distintos potenciales de construcción.
- *Estrategias de codificación y constructos personales*. El procesamiento de los estímulos sociales varían de unos sujetos a otros en función de la focalización selectiva hacia aspectos diversos de esos estímulos.
- *Expectativas*. Es un variable que el autor propone como factor clave para pasar de la capacidad a la conducta en una situación específica. La expectativa hace referencia al grado de predicción de las consecuencias de dicha conducta, que se van modificando en función de las nuevas experiencias.
- *Valores subjetivos de los estímulos*. La atracción o aversión hacia ciertas situaciones pueden ser modificadas, mediante las instrucciones, la observación de experiencias o la experiencia directa.
- *Sistemas y planes de autorregulación*. Aparte de las influencias externas de la propia situación social, las personas regulan sus conductas adoptando estrategias propias para alcanzar los objetivos, las cuales incluyen: reglas de actuación, autoinstrucciones y consecuencias positivas o negativas según se alcancen o no los criterios seleccionados. Estos planes de autorregulación son individuales y tienen que ver con la historia de cada persona.

Bados López (1991, 2005) considera que las habilidades fundamentales requeridas para hablar en público son de tipo cognitivo y motor, por ejemplo: adecuar la charla al auditorio y a la situación, captar la atención, uso de material de apoyo, expresar con claridad las ideas, mantener el contacto ocular con el público, modular la voz,...etc.

La percepción de la activación fisiológica inherente a esta situación, las propias capacidades y el contexto pueden dar lugar a la aparición de pensamientos positivos o negativos. Estas cogniciones aumentarán o disminuirán la confianza respectivamente para hablar en público, aunque algunas personas, a pesar de sentir un intenso miedo a nivel cognitivo y somático, son capaces de hablar en público mostrando una adecuada actuación (Bados López, 2005).

En el terreno clínico, Ashbaugh y Radomsky (2009) hallaron que las personas que atribuyen mayor importancia a las sensaciones corporales durante la emisión del discurso creen que estas sensaciones se relacionan con la calidad en el desempeño

de la tarea. En esta línea, hay diversas investigaciones que explican la diferencia en la interpretación de estímulos ambiguos en situaciones sociales según el nivel de ansiedad. Así, la persona puede distorsionar la evaluación que los demás hacen sobre su actuación, sus consecuencias. De igual modo, puede interpretar las sensaciones corporales experimentadas etiquetándolas de discomfort, lo que daría lugar a una autoevaluación negativa (Clark y Wells, 1995; Constans et al., 1999).

Un fenómeno cognitivo relacionado con lo anterior y con grandes implicaciones para la enseñanza de la competencia oral, es la denominada ilusión de transparencia (Gilovich y Medvec, 1998; Savitsky y Gilovich, 2003). Este término se refiere a la falta de correspondencia que existe entre la ansiedad autoinformada por parte de la persona que emite la exposición y la ansiedad evaluada por observadores/as externos/as. Es un proceso por el cual la persona amplía su percepción de manifestaciones fisiológicas y cree que son percibidas del mismo modo por las personas que le observan, cuando realmente no es así. Se ha demostrado que esta cognición tiene repercusiones negativas puesto que puede ser asociada a una evaluación externa negativa de la comunicación oral (Goberman, Hughes y Haydock, 2011).

- **Componente situacional.**

Para estudiar la influencia del ambiente físico sobre la conducta interpersonal es bien conocida la clasificación de variables elaborada por Fernández-Ballesteros (1986): físicas, sociodemográficas, organizativas, interpersonales y conductuales.

Una de las variables más estudiadas ha sido el ambiente físico. En relación con él, Argyle, Furnham y Graham (1981) destacan los siguientes componentes:

- Los límites o recinto en el que se da la conducta social.
- Los apoyos u objetos que se hallan en el recinto, cada uno con su función específica.
- Los modificadores, aspectos físicos como la temperatura o el ruido.
- Espacios, que están creados de forma diferente según la actividad o interacción que vaya a desarrollarse en ellos.

Por su parte, Trower (1986) desde un enfoque interaccionista, observa que entre la persona y la situación debe existir un ajuste para que se produzca la conducta

de forma exitosa. En este sentido, existen unas situaciones más amenazantes que otras que requerirán mayores habilidades. Entre los listados de situaciones con estas características que aportan algunos autores/as, o los inventarios de situaciones temidas, aparecen de forma consistente actuar o hablar en público.

La proxémica, o modo en que se utilizan las distancias a la hora de comunicarnos y relacionarnos con otras personas, implica la evaluación de las variables ambientales. En el caso de la comunicación ante un auditorio, las distancias están normalmente predeterminadas (atril, mesa redonda, tarima) y el/a ponente dispone de poco margen para modificarlas, de modo que básicamente, debe adaptarse a las condiciones establecidas. Estas condiciones influyen sobre la comunicación oral y concretamente, el/a ponente debe diferenciar (Reyes Moreno, 2003):

- la disposición espacial y disposición de los asientos relacionada con el flujo de información, liderazgo y la tarea manual.
- la influencia de los elementos arquitectónicos en los espacios que se habitan.
- las relaciones espaciales en las multitudes y en situaciones de gran intensidad humana.
- la orientación espacial personal en el contexto de la distancia conversacional y sus variaciones en función de variables socioculturales que definen el intercambio.

Esta autora indica que, al tratarse de una conducta en un ambiente muy específico, es fundamental tener en cuenta en la fase de preparación del discurso *“el aquí y ahora en el que se va a intervenir, lo que le lleva a identificar las principales variables que van a condicionar la comunicación”* (p. 434). Además, hace hincapié en las características del público *“hay tantos públicos como intervenciones”* (p.437) y por tanto hay que cultivar la capacidad para adaptarse a la situación.

2.4 Dificultad para hablar en público.

La dificultad para hablar en público es un fenómeno que se manifiesta continuamente en muchos ámbitos de nuestra sociedad. Tal y como se ha venido comentando, un colectivo diana ampliamente estudiado es el alumnado universitario. La tarea de hablar en público en el ámbito universitario es, junto con los exámenes, uno de los estresores académicos reconocido por el alumnado. (González Cabanach et al., 2010a, 2010b). La dificultad para hablar en público se manifiesta por la incapacidad o deficiencia para realizar las conductas implicadas en la comunicación, lo que lleva al alumnado a problemas para intervenir en los trabajos de equipo, participar en discusiones o exponer opiniones en clase. Las repercusiones personales que conlleva evitar hablar en público o la falta de competencia comunicativa pueden tener serias repercusiones dentro y fuera de la universidad, y también en el desarrollo de la carrera profesional (Allen y Bourhis, 1992; Arquero Montaña et al., 2003; Bados López, 1986; Dodge Kelsey, 2000; McCroskey, 2009).

Como ya se ha señalado, existe una serie de elementos relacionados con el contexto del discurso, incluso con el discurso propiamente dicho, que deben ser tenidos en cuenta ya que pueden repercutir en los resultados. Además de los ya mencionados en el apartado anterior podemos destacar aquí los siguientes:

- La naturaleza del discurso asignado, resultando más dificultosos aquellos que son de tipo persuasivo que los de tipo informativo, o los discursos improvisados más que los que se preparan con anterioridad puesto que producen un mayor temor (Witt y Behnke, 2006).
- El respeto, el interés y las reacciones afectivas manifestadas por el público son variables que pueden afectar potencialmente a la comunicación del/a ponente (MacIntyre y MacDonald, 1998; MacIntyre, Thivierge y MacDonald, 1997; MacIntyre y Thivierge, 1995).
- La presencia de evaluadores/as y la grabación de la actuación suelen aumentar la reacción de estrés en el orador/a (Beatty, Behnke y McCallum, 1978).

2.4.1. Modelos que explican la dificultad para hablar en público.

Antes de exponer los principales modelos, cabe prestar atención a la diferenciación de términos relacionados con la dificultad y el miedo a hablar en público con el fin de concretar posteriormente el objeto de estudio.

Pánico escénico, miedo a hablar en público, ansiedad ante la situación de hablar en público, ansiedad ante el discurso,...todos estos términos hacen referencia a un mismo fenómeno por el cual una persona que debe comunicarse en un auditorio presenta un gran discomfort, lo que repercute en la calidad de su actuación (Beatty, 1988). Harper, Wiens y Matarazzo (1978) hallaron que las personas con niveles elevados de ansiedad o miedo a hablar en público cometían más errores durante el discurso que aquellas con niveles de ansiedad normales. Según los enfoques que adopten los/as autores/as, se hará más énfasis en palabras como miedo, temor o ansiedad.

Existen otros constructos que están relacionados con este temor y conviene distinguirlos:

- Fobia social, se caracteriza por *"la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo por lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación"* (American Psychiatric Association, 2002, pág. 477). Existen discrepancias entre algunos grupos de autores/as sobre la conveniencia o no de asignar un subtipo de fobia social circunscrita a hablar en público².
- Timidez. Este concepto ha suscitado gran diversidad de definiciones y clasificaciones sin llegar a una acepción realmente consensuada. Una definición muy extendida es la que presentó Pilkonis (1977) *"Tendencia a evitar interacciones sociales y a fracasar a la hora de participar apropiadamente en situaciones sociales"* (pág. 585). Este autor plantea dos tipos de timidez según la persona enfatice los aspectos de la conducta privados (sentimiento de discomfort ante situaciones sociales y miedo a la evaluación negativa) o públicos (evitación de situaciones sociales, fracasos y muestra de conductas torpes al intentar dar respuesta).

² Aunque la última edición del DSM fue publicada en 2013, aún no ha llegado a España por lo que no ha podido ser consultado antes de cerrar este trabajo de investigación.

Numerosos autores definen la timidez como un rasgo de personalidad que se caracteriza por la preocupación ansiosa ante la presencia de otros (Crozier, 1979). Sin embargo, desde otro enfoque, se ha propuesto que la timidez es un fenómeno social que se manifiesta por conductas y aparece solo en relación con otras personas (Jones y Briggs, 1984; Jones, Briggs y Smith, 1986).

En el metaanálisis realizado por Olivares et al. (2002) se encuentran algunos estudios que muestran el impacto de la timidez sobre el funcionamiento psicológico, la calidad de las relaciones sociales, el rendimiento académico, la depresión o el abuso de sustancias tóxicas, por lo que es de esperar que una persona tímida tenga problemas a la hora de hablar en público.

Fobia social y timidez se consideran dos constructos relacionados (Chavira, Stein y Malcare, 2001; Heiser, 2004): aquellas personas que sufren fobia social suelen ser tímidas. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la gran mayoría de personas tímidas no alcanzan los criterios diagnósticos de la fobia social.

Otros grupos de investigadores/as (Olivares Rodríguez, Piqueras Rodríguez y Rosa Alcázar, 2006; Heiser, Turner y Beidel, 2003; Turner, Beidel y Townsley, 1990) establecen la relación entre timidez y fobia social en forma de continuum en el que la timidez representa un estado de menor nivel de ansiedad y, en el extremo opuesto, aparece la fobia social con un nivel máximo de ansiedad que resulta incapacitante. En ambos casos se puede producir una afectación funcional que podría ser invalidante en función de la ansiedad manifestada. Por el contrario, otros autores (Carducci, 1999; Stein, Walker y Forde, 1996) consideran que la timidez es un rasgo normal de la personalidad no debiéndose confundir con la fobia social, es decir, se trataría según este punto de vista, de conceptos cualitativamente diferentes.

En cuanto a la relación entre el miedo a hablar en público y la timidez, Bados López (1986) establece una comparación entre grupos con mucho y poco miedo a hablar en público. Aquellas personas con mucho miedo a hablar en público presentan mayor ansiedad social y se describen como tímidas, cohibidas o con falta de habilidad. A pesar de ello, ciertas características individuales frecuentes en las personas con fobia social, por ejemplo la timidez o la introversión, se dan en menor medida en las personas con miedo a hablar en público.

A continuación se resumen los modelos que han tratado de explicar la dificultad para hablar en público en base a las revisiones de Bados López (1986) y Bodie (2010).

En último lugar, se plantea un enfoque explicativo del fenómeno, incorporando las aportaciones de diversos teóricos.

1. Modelo de déficit de habilidades.

Según este modelo, la persona no ha aprendido un repertorio integrado de las habilidades necesarias para hablar en público. Aunque haya adquirido los componentes verbales y no verbales básicos, no ha aprendido a secuenciarlos y combinarlos de forma adecuada. Esta falta de destreza hace que, al enfrentarse a la tarea, el sujeto se sienta inseguro, dando lugar a consecuencias negativas. En muchos casos esta carencia de habilidad viene determinada por las escasas oportunidades de exposición a la situación.

Bados López (1986, 2005) señala que este modelo ha limitado la carencia de habilidades al sistema motor de la conducta de hablar en público. No obstante, señala, también se puede considerar que el hecho de hablar en público requiere la habilidad de mantener la activación fisiológica en un nivel óptimo y las destrezas cognitivas para valorar las situaciones, planificar la tarea, autoevaluarse o evaluar al auditorio, por ejemplo.

2. Modelo de ansiedad condicionada.

En este caso, se considera que la persona sí posee las destrezas requeridas para hablar en público pero no las manifiesta debido a la ansiedad condicionada a dicha situación. Las experiencias vividas u observadas, seguidas de estímulos aversivos, podrían haber causado una asociación a la situación que previamente era neutral.

3. Modelo de valoración cognitiva defectuosa.

De acuerdo con este modelo, las respuestas emocionales ante una situación vienen determinadas por la evaluación que realiza la persona sobre esa situación. Similarmente, la evaluación realizada sobre la propia actuación y la expectativas de evaluación negativa por parte del público pueden provocar miedo o ansiedad.

4. Modelo de rasgos cognitivos predisponentes.

El rasgo cognitivo al que se hace referencia desde este modelo es la aprensión comunicativa, constructo nacido para investigar el pánico escénico y que ha ido

evolucionando a lo largo de las décadas. Desde este punto de vista, la aprensión comunicativa se entiende como el temor o ansiedad asociado a la comunicación real o anticipada en cuatro contextos sociales: grupos, reuniones, conversaciones y hablar en público (McCroskey, 1977). Puede distinguirse la aprensión comunicativa como rasgo o estado. Entendida como rasgo cognitivo, el autor explica que este se configura mediante la suma de experiencias, es decir, es una pauta de acción aprendida fundamentalmente por experiencias negativas que predisponen a la persona a tener pensamientos negativos tanto de sus habilidades como de la situación (McCroskey, 1982a, 1984).

Un concepto paralelo es el rasgo de ansiedad de hablar en público (Beaty y Andriate, 1985; Beaty y Behnke, 1980). Como señala Bodie (2010), la mayor parte de trabajos sobre el rasgo de ansiedad en la situación de hablar en público han utilizado la escala construida por McCroskey para evaluar la aprensión comunicativa, *Personal Report of Communication Apprehension* (McCroskey, 1982b).

5. Modelo biológico ("Communiobiological theory").

Desde este enfoque se explica que la predisposición a la ansiedad ante la comunicación en situaciones sociales está ligada a factores de personalidad biológicamente determinados. Beaty, McCroskey y Heisel (1998) propusieron este modelo biológico, que tiene sus bases en la teoría de la personalidad de Eysenk y Eysenk (1985) y en la teoría neuropsicológica del temperamento de Gray (1990). Así, la aprensión comunicativa se reconceptualiza en términos de neuroticismo e introversión. Según esto, existen unos sistemas neuronales de inhibición y activación que son activados en función de los estímulos contextuales y un bajo umbral de estimulación del sistema inhibitorio es característico de las personas con altos niveles de aprensión comunicativa.

6. Modelo cognitivo-emocional-conductual de la dificultad para hablar en público.

Todos los modelos anteriores (excepto el primero) tienen en cuenta la emoción experimentada por la persona como una de las variables más importantes involucradas en el discurso. Siguiendo a Bados López (1986, 2005), la dificultad para hablar en público se puede entender desde una doble perspectiva: el déficit de recursos, habilidades o destrezas interpersonales y el miedo que la persona experimenta. En ambos casos, que podrían darse conjuntamente, hay una repercusión negativa sobre la actuación produciendo, en ocasiones, la evitación de la misma.

Para explicar el miedo a hablar en público, Bados López (1986) planteó la relación de las variables cognitivas y emocionales a partir de la demanda contextual de emitir un discurso público. Todas las variables cognitivas y afectivas involucradas tienen repercusiones mutuas (Figura 6).

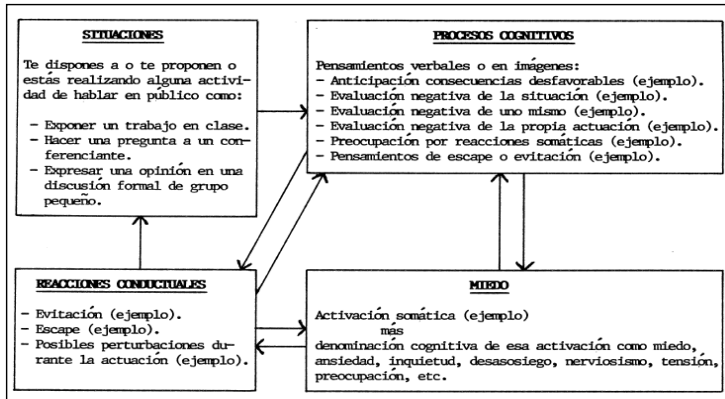


Figura 6. Variables relacionadas con miedo a hablar en público. Tomado de Bados López (1986, p. 476).

Por lo general, la mayoría de personas que no han adquirido la competencia de hablar en público experimentan una sensación subjetiva displacentera cuando tienen que dar un discurso. El resultado es una elevada activación emocional para hacer frente a las demandas del contexto. Esta respuesta emocional es de naturaleza multifactorial e implica los siguientes componentes (Fernández-Abascal, 2010):

- Sentimientos y sensaciones en términos de placer o displacer, que hacen referencia a la experiencia subjetiva elicitada por la situación. Las emociones están reguladas por el sistema neuroendocrino.
- Exteriorización de las emociones mediante la expresión corporal y facial.
- Afrontamiento o cambios cognitivo-conductuales que preparan a la persona para la acción.
- Soporte fisiológico, conjunto de cambios producidos en el sistema nervioso central y periférico.

Para cada emoción existe un patrón de activación propio. Así, por ejemplo, la reacción emocional del miedo se puede describir de la siguiente forma:

- Los sentimientos asociados son la aprensión, desasosiego y malestar.
- La expresión facial de esta emoción se caracteriza por la contracción de las cejas y párpados y la contracción de la comisura labial. El tono del habla se eleva y se emiten las palabras de forma más rápida.
- El afrontamiento típico es la evitación o la huida.
- La activación del sistema nervioso autónomo eleva la tasa cardíaca, la presión arterial, la fuerza de contracción del corazón, la conductancia de la piel y genera una respiración rápida y superficial. Al inicio, se produce una acusada reducción del volumen sanguíneo periférico lo que se manifiesta en palidez y sensación de frío, posteriormente se recupera el tono muscular para que se produzca la conducta de huida o escape. Si el miedo es muy acentuado se puede experimentar una sobreactivación fisiológica que llega a bloquear a la persona produciendo hiperventilación, temblores, taquicardia y el sentimiento extremo de falta de control sobre la situación.

Desde las teorías cognitivas de la valoración (*appraisal*) se puede entender porqué el acto de hablar en público resulta una demanda amenazante o un reto motivador. Fernández-Abascal y Jiménez Sánchez (2010, p. 64) lo explican en los términos siguientes:

“La valoración por parte del sujeto de diversos aspectos del ambiente sería un elemento clave del proceso emocional que permitiría entender qué hace a una emoción diferente de otra y por qué se dan diferencias individuales en respuesta a idénticas situaciones”.

Una de las teorías más reconocidas desde esta perspectiva es la teoría cognitivo-motivacional-relacional de las emociones de Lazarus (1966), donde analiza el papel de la emoción en el estudio del estrés. Las personas se diferencian en la vulnerabilidad, interpretación y formas de reaccionar frente a los acontecimientos, puesto que las variables mediadoras subyacentes son los procesos cognitivos. La actividad cognitiva es un prerequisite indispensable para que aparezcan las emociones. De hecho, la emoción es el resultado de la valoración cognitiva de la situación, de los recursos de afrontamiento y de los posibles resultados que se producirán al emplearlos. Otro aspecto que destaca en su teoría es la importancia del contexto interpersonal: la emoción refleja los constantes cambios en la interacción persona-ambiente.

Otro autor, Scherer (1984), sostiene que para evaluar la situación se establecen dos filtros. Por una parte, la evaluación afectiva por la que el sujeto determina la valencia afectiva de la situación. Por otra, la valoración de la situación, condicionada a su vez por el afecto que es un proceso más consciente y menos automatizado que el anterior que otorga significado y relevancia motivacional a la demanda ambiental.

En resumen, los componentes del procesamiento de las emociones que caracterizan el enfoque cognitivo son (Fernández-Abascal y Jiménez Sánchez, 2010):

1) La novedad y agrado intrínseco subjetivo asociados a la situación en el proceso primario de evaluación de la situación.

2) La significación de la meta, el afrontamiento, las normas y el contexto cultural en el proceso secundario de valoración de la situación.

Dentro del contexto universitario, un grupo de investigadores (González Cabanach et al., 2010a) hallaron que las situaciones manifestadas por el alumnado como más estresantes son en primer lugar los exámenes y, en segundo, las intervenciones en público. El factor que destacan en relación con el afrontamiento efectivo de estas demandas académicas es la autoeficacia (González Cabanach et al., 2010b). La autoeficacia es un concepto cognitivo-social, aportado por Bandura en la década de los 70 del pasado siglo, hace referencia a las creencias que pueden influir en la estrategia de afrontamiento, el malestar experimentado y el resultado de la ejecución de la tarea. De acuerdo con esta teoría, aquellos/as alumnos/as que se consideran capaces de cumplir con la demanda situacional no la evalúan como perturbadora, sino que supone un reto estimulante ante el cual se esfuerzan, utilizando las estrategias que consideran más eficaces. En el caso opuesto, si una persona se cree carente de habilidades, percibirá la situación como algo amenazante lo que le provocará un malestar intenso. Ante estas demandas que exceden sus capacidades o así lo perciben, algunas personas eligen incluso un afrontamiento ineficaz como la evitación o la falta de esfuerzo por conseguir la meta. Con todo ello, se puede entender la relación que se establece entre factores contextuales, cognitivos y emocionales, motivación, autoeficacia, conductas de afrontamiento y resolución de la tarea.

Es cierto que la autoeficacia es una de las variables que tienen una clara repercusión sobre la respuesta que el sujeto da ante la demanda situacional. Sin

embargo, no se deben dejar de lado otros factores que intervienen de forma conjunta en todo el proceso. Podemos encontrar numerosos estudios que señalan otras variables mediadoras o intervinientes, como las variables internas del sujeto. Así, se ha concretado mediante metaanálisis la importancia del propio nivel de habilidad que se pone en juego, las destrezas mentales generales, la experiencia y los rasgos de personalidad (Judge et al., 2007) y se pueden añadir variables como intereses vocacionales, autoestima, autoconcepto y habilidades motivacionales (Ackerman, Kanfer y Goff, 1995; Phillips y Gully, 1997). En otros trabajos se ha encontrado que el papel de mediación de la autoeficacia sobre los resultados en una determinada tarea depende del grado de complejidad de dicha tarea, siendo más influyente la autoeficacia en tareas no demasiado complejas (Chen, Casper y Cortina, 2001).

El miedo a hablar en público y la falta de autoeficacia de la competencia oral son dos puntos clave que suelen acompañar a una ejecución pobre del discurso. Estas dos variables, cognitiva y emocional, pueden ser resultado de un bajo nivel adquirido en la competencia oral, de la vivencia u observación de experiencias con consecuencias negativas o de la falta de exposición a esta situación.

Resumiendo, desde este enfoque globalizador consideramos todo el conjunto de factores internos y externos que repercuten sobre la ejecución de la competencia oral. En base a los estudios comentados, creemos que existe una relación clara entre los procesos internos, los elementos ambientales y el desempeño de la tarea. Por ello, ponemos el acento en un adecuado entrenamiento y exposición graduada para conseguir un mejor rendimiento y una adecuada adquisición de la competencia oral lo cual conducirá, en la mayoría de casos, a reducir el miedo y mejorar la percepción de la competencia oral.

Teniendo en cuenta lo anterior podemos explicar el proceso que lleva a una persona a realizar de forma exitosa o no un discurso público mediante el siguiente mapa conceptual (Figura 7):

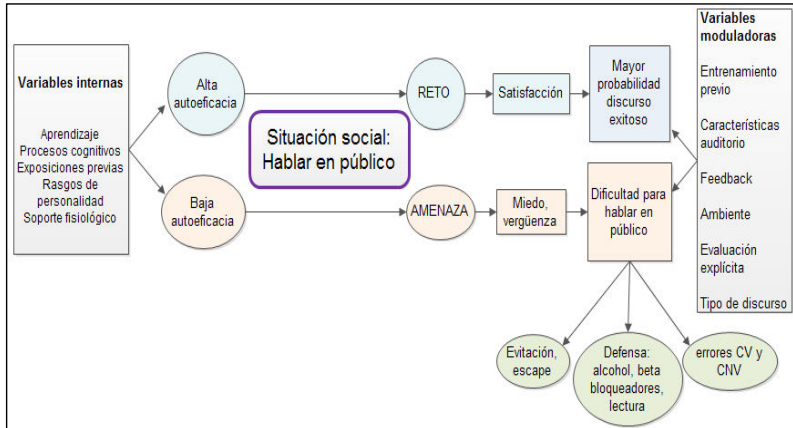


Figura 7. Modelo cognitivo-emocional-conductual de la dificultad para hablar en público. (Elaboración propia).

Siguiendo este modelo, se podría explicar la dificultad para hablar en público de la siguiente forma:

Los factores internos y educativos del sujeto que obstaculizan el éxito en la emisión de un discurso en público pueden ser:

- Bajo o nulo nivel de aprendizaje competencial.
- Escaso número de exposiciones a la situación de hablar en público.
- Observación de la frustración o ansiedad manifestada por personas que fracasan al realizar una comunicación.
- Excesiva focalización cognitiva en la reacción simpática de activación ante la tarea (Ilusión de transparencia).
- Carácter inhibido, timidez, ...etc.

La persona que cumpla con alguno o todos estos factores predisponentes seguramente poseerá un bajo nivel de autoeficacia de la competencia oral. Fruto de todo ello será la percepción negativa de la situación que suele acompañarse de miedo intenso. Dependiendo del compromiso para realizar la tarea, el sujeto podrá optar por evitarla o bien enfrentarse a ella utilizando recursos como ansiolíticos, inhibidores de la respuesta simpática, ingesta de alcohol previa al discurso o simplemente realizando una lectura sin comunicarse con el público. El resultado final será una pobre ejecución, lo cual vendrá a reforzar la cadena de procesos cognitivos-emocionales-conductuales previos.

Sin embargo, existe una serie de condiciones que pueden intervenir, aumentando el rendimiento y minimizando estas consecuencias negativas descritas.

Así, podemos imaginar que esta persona con dificultad para hablar en público deba forzosamente realizar la charla ante un grupo, pero se den las siguientes condiciones:

- Pueda seleccionar el tema que desarrollará ante el público, escogiendo uno del que posea grandes conocimientos.
- Decida entrenar con persistencia la charla porque recibe apoyo, instrucciones y feedback adecuados.
- El ambiente en el auditorio sea tranquilo, sin la presencia de “habladores compulsivos” y en un contexto con el que esté familiarizado.
- El feedback recibido por los oyentes sea de atención y respeto.
- No vaya a ser evaluado/a explícitamente ni filmado con videocámara.

Probablemente, una persona poco habilidosa o con dificultades realizará un discurso más exitoso estando presentes estas variables amortiguadoras.

Todos estos factores se han contemplado a la hora de elaborar el diseño del programa de entrenamiento para desarrollar la competencia oral que se propone en la parte final de este trabajo.

2.4.2. Tratamientos psicológicos del miedo a hablar en público.

Desde los diferentes modelos explicativos de la dificultad para hablar en público se programan diferentes tipos de intervención acordes con el análisis realizado. Así, por ejemplo, el objetivo a conseguir desde el modelo de déficit de habilidades es el aprendizaje de las secuencias conductuales en las que falla la persona. Es importante que se enseñen gradualmente desde los aspectos más sencillos hasta los más difíciles y utilizar una serie de técnicas combinadas como las instrucciones, ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento y práctica en ambiente natural.

Según el modelo de ansiedad condicionada a la situación de hablar en público el objetivo de cualquier intervención debe ser reducir, eliminar o controlar la activación fisiológica condicionada. La persona quedará de esta manera desinhibida y podrá

exhibir el repertorio conductual y las destrezas ya adquiridas anteriormente. Las técnicas tradicionalmente más utilizadas para este fin son la desensibilización sistemática (Wolpe, 1973) y técnicas de relajación progresiva (Bernstein y Borkovec, 1973, 1983), o de inundación (Emmelkamp, 1982)

Desde el modelo de valoración cognitiva defectuosa se pretende modificar las evaluaciones, autoverbalizaciones y/o creencias disfuncionales de la persona para que las sustituya por evaluaciones y cogniciones más realistas. Las técnicas más destacadas en este ámbito son la reestructuración racional sistemática (Golfried y Golfried, 1980), el entrenamiento en autoinstrucciones (Meichembaum, 1977) y la terapia racional-emotiva (Ellis, 1980).

En cuanto al modelo biológico, a pesar de considerar la existencia de una causa genética que determina el nivel de ansiedad en el contexto de comunicación interpersonal, se propone que, aunque las terapias no van a cambiar el temperamento básico de la persona, sí pueden controlar algunos aspectos negativos que de él se desprenden (McCroskey y Beatty, 2000). Se recomienda como mejor tratamiento la desensibilización sistemática y también se consideran importantes las intervenciones cognitivas antes mencionadas, como la reestructuración cognitiva o la terapia racional-emotiva.

Tras la revisión de los trabajos de investigación sobre la diversidad de tratamientos para reducir el temor de hablar en público llevado a cabo por Bados López (1986), este autor concluye que todos los tratamientos reducen la ansiedad o el temor a hablar en público respecto al no tratamiento. Incluso las intervenciones donde únicamente se practica la conducta verbal y no verbal producen un descenso significativo del temor. Este autor encontró que la desensibilización sistemática es uno de los tratamientos más utilizados, combinándose en muchos casos con el entrenamiento de la habilidad para hablar en público y diversos tratamientos cognitivos. En otra revisión más reciente (Gallego Pitarch, 2007) se destacan la exposición y el entrenamiento en hablar en público como componentes fundamentales para tratar el miedo a hablar en público.

Una última línea de tratamientos que ha evolucionado notablemente durante los últimos 15 años está relacionada con las nuevas tecnologías, la realidad virtual y los paquetes de autoayuda online, con o sin contacto directo con terapeutas. De hecho, ha surgido un neologismo en este contexto, la telepsicología, que hace referencia a las tecnologías utilizadas para proveer atención psicológica a distancia.

Trabajos pioneros en nuestro país (Botella Arbona et al., 2007, 2008; Gallego Pitarch, 2007) ponen de manifiesto la alta efectividad que pueden llegar a tener los tratamientos tradicionales incorporando los avances tecnológicos. Una de las patologías más trabajadas desde esta perspectiva es la fobia social y en general los trastornos de ansiedad. Los trabajos en este sentido muestran resultados prometedores.

Por su parte, Duff et al. (2007) en su trabajo sobre tratamientos para reducir el miedo a hablar en público llegaron a unas conclusiones que llaman la atención. Agruparon a los/as alumnos/as que acudieron a un curso de comunicación en cuatro grupos según el tratamiento a recibir: desensibilización sistemática, tratamiento combinado, control sin tratamiento y placebo creíble. El placebo consistía en escuchar música new age que supuestamente contenía mensajes subliminales. Los resultados le llevan a estos/as autores/as a criticar la literatura previa puesto que el grupo placebo mostró una reducción de ansiedad de la misma magnitud que los tratamientos considerados como los mejores.

2.4.3. Enfoque educativo para el aprendizaje de la competencia oral.

En el contexto americano existe una larga tradición en la enseñanza universitaria de la habilidad para hablar en público, considerando que es una pieza clave para conseguir el éxito y prestigio social. Puede destacarse la Asociación Nacional de Comunicación (*National Communication Association*), organización norteamericana que se mantiene viva desde 1914 y, desde entonces, ha generado una cantidad ingente de publicaciones e investigaciones relacionada con la enseñanza y el desarrollo de la habilidad para hablar en público. Prueba de ello es el hecho de que la plataforma on line de *Taylor & Francis* arroja casi 200.000 publicaciones al introducir el término "*public speaking courses*"; si se excluyen los trabajos relacionados con la ansiedad este resultado se reduce a 158.779 publicaciones; y si, además, retiramos aquellos estudios relacionados con la aprensión comunicativa se encuentran 155.973 documentos. Esta plataforma es la que actualmente ha asumido la edición y publicación de todas las revistas ligadas a la asociación americana antes citada.

A nivel europeo y nacional han aflorado desde hace una década trabajos que plantean y describen programas educativos cuyo fin es aumentar la competencia oral. Sin embargo, el desarrollo de estos programas educativos para mejorar la competencia oral ha sido objeto de menos publicaciones que el abordaje del miedo a

hablar en público o patologías relacionadas. Por ello, podemos ver que a la hora de evaluar la comunicación oral existen numerosas medidas validadas de déficit conductual o ansiedad ante el discurso, sin embargo, no se encuentran herramientas consensuadas para evaluar la competencia oral de forma directa. Lo cierto es que, como consecuencia del nuevo modelo de estudios, están emergiendo interesantes aproximaciones para la evaluación de la competencia oral y su evolución durante los cursos académicos (Briz Villanueva, 2003; Estrella Cañada y Lasa Aristu, 2013; Martos Montes et al., 2010).

Esto no quiere decir que la competencia oral haya sido hasta ahora un factor olvidado pues, a nivel divulgativo, existen desde hace muchos años publicaciones sobre consejos prácticos para tener éxito en la presentación de trabajos en reuniones científicas.

En el contexto nacional, se han establecido diversas líneas de trabajo sobre la adquisición, práctica y desarrollo de la competencia oral en la universidad. Sobresalen las publicaciones del Instituto de Ciencias de la Educación de Zaragoza y de la aparición las Jornadas de Innovación Docente, donde el tema de la enseñanza de la competencia oral está muy presente (Castejón Fernández, 2011; Fernández García, 2008; Herranz Torres y Moranchel Pocater, 2011; Orejudo Hernández, Briz Villanueva y Fernández Turrado, 2008).

En los estudios del área de conocimiento de Ciencias de la Salud han surgido en los últimos años asignaturas que abordan el tema de la comunicación. Algunos ejemplos son las universidades de Burgos, Autónoma Barcelona, Girona, Tarragona, Alcalá y Baleares, donde se han implantado en la titulación de grado de Enfermería asignaturas relacionadas con la comunicación. En los programas docentes de estas asignaturas se explicita el desarrollo de la competencia oral en la guía como uno de los objetivos fundamentales, se proponen ejercicios prácticos y se describe el sistema de evaluación del aprendizaje.

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1 Objetivos e hipótesis.

Las preguntas a las que se intenta dar respuesta en esta tesis son las siguientes: ¿Qué estrategias deben adoptar los/as docentes para favorecer el desarrollo de la competencia oral en los futuros profesionales de la salud? ¿Cómo se puede entrenar y evaluar esta competencia de manera eficiente, reduciendo el miedo y el rechazo inicial a hablar en público en el alumnado universitario?

El objetivo general es el siguiente:

Ofrecer a la comunidad universitaria un programa psicoeducativo eficaz, que dote al alumnado de conocimientos y destrezas necesarias para desarrollar la competencia oral y que minimice, en lo posible, el temor suscitado ante la tarea de hablar en público.

En cuanto a los objetivos específicos, estos son:

1. Analizar entrenamientos en competencia oral puestos en práctica en las diferentes muestras.
2. Evaluar la eficacia de dichos entrenamientos en relación con la competencia observada, la competencia oral percibida por parte del alumnado, el temor y la confianza para hablar en público.
3. Diseñar y analizar una herramienta de evaluación de la competencia oral capaz de detectar las variaciones de esta competencia en el alumnado entrenado.
4. Conocer la valoración y el grado de aceptación del entrenamiento por parte del alumnado.

En base a la información disponible sobre el tema (presentado en la primera parte de este trabajo) y en respuesta a estos objetivos, se formulan las siguientes hipótesis:

1. *El entrenamiento en comunicación oral aumentará significativamente el nivel de confianza para hablar en público de los/as participantes.*

2. *El entrenamiento en comunicación oral disminuirá significativamente el nivel de aprensión comunicativa de los/as participantes.*
3. *El entrenamiento en comunicación oral aumentará significativamente el nivel de competencia oral percibida de los/as participantes.*
4. *Tras realizar el entrenamiento en comunicación oral, los/as alumnos/as disminuirán significativamente el miedo experimentado al hablar en público respecto al miedo experimentado en discursos anteriores al entrenamiento.*
5. *El entrenamiento de comunicación oral mejorará significativamente la autocalificación de la actuación de los/as participantes, respecto a las autocalificaciones de los discursos previos al entrenamiento.*
6. *Aquellos/as alumnos/as que, además de asistir a las sesiones del entrenamiento, realicen la tutoría de apoyo, mejorarán su nivel de competencia oral al finalizar el entrenamiento respecto a la competencia manifestada en la tutoría de apoyo.*
7. *Aquellos/as alumnos/as que, además de asistir a las sesiones del entrenamiento, realicen la tutoría de apoyo, mejorarán su nivel de competencia oral significativamente más que quienes no la realicen.*
8. *Aquellos/as alumnos/as que, además de asistir a las sesiones del entrenamiento, realicen la tutoría de apoyo, mejorarán su confianza para hablar en público significativamente más que quienes no la realicen.*

3.2. Diseño de la investigación.

En este trabajo se presenta una investigación orientada a la aplicación puesto que su finalidad primordial se enfoca hacia la toma de decisiones en cuanto a una práctica educativa (Río Sardonil, 2003). El diseño de investigación es cuasiexperimental, se analiza el efecto de una intervención psicoeducativa (en este caso un entrenamiento para el desarrollo de la competencia oral) en diferentes grupos midiendo las variables dependientes antes y/o después de la intervención.

En estos diseños no se han incluido grupos de control por razones de tipo ético. Es decir, no era posible dejar sin intervención a una proporción de alumnos/as, ya que dicha intervención está inmersa en una asignatura cuyo objetivo es aprender y desarrollar la competencia oral.

A pesar de las numerosas amenazas a la validez interna que suelen presentar este tipo de diseños,

“son de gran utilidad en la evaluación de programas de intervención psicológica o social, para mejorar su planificación y control. Asimismo sirven para evaluar la efectividad y eficacia de los programas en diversos ámbitos como salud, educación, bienestar y otros servicios sociales” (García Gallego, 2012; pg. 192).

3.3. Caracterización de las muestras.

El entrenamiento para el desarrollo de la competencia oral se viene aplicando en la UIB desde el curso académico 2010. En este contexto, se han recogido datos en 5 muestras de alumnado, 3 grupos de alumnos/as de Grado (Enfermería y Fisioterapia) y 2 grupos de alumnos/as de Máster. Estos 5 grupos son de formación natural y no se les ha ofrecido ningún incentivo adicional al aprendizaje de la competencia oral. Aunque la asistencia al seminario aportaba un porcentaje de nota a la calificación final de la asignatura en la que estaba integrado, las exposiciones orales ante el resto de compañeros/as no eran de carácter obligatorio.

Finalmente se realizó una adaptación del entrenamiento en formato taller que se impartió en el Colegio Oficial de Enfermeras/os de las Islas Baleares (COIBA). El grupo de profesionales acudió al taller tras ser anunciado en la página web del COIBA

(ver ANEXO 1) por lo tanto su la participación ha sido voluntaria y, presumiblemente, dirigida por una alta motivación.

A continuación se describen las características de estas 6 muestras.

MUESTRA 1: ALUMNADO DE FISIOTERAPIA.

En este caso el entrenamiento en competencia oral se realizó en noviembre del curso académico 2010-11, la asignatura en la que estaba integrado el programa se denominaba "Fisioterapia en enfermedades crónicas". Empezaron el seminario 17 alumnos/as y lo acabaron 15. De ellos/as sólo 13 respondieron completamente los autoinformes. Las edades estaban comprendidas entre los 20 años y 41 años ($M=25.85$, $DT=7.05$). En cuanto al sexo, la muestra se componía por 9 alumnas y 4 alumnos.

MUESTRA 2: ESTUDIANTES DE MÁSTER (1).

En este caso el entrenamiento en competencia oral se impartió el seminario en enero del curso 2011-2012 y estaba inserto en la asignatura "Entrenamiento en habilidades sociales" del "Máster Oficial en Ciencias Sociales aplicadas a la atención sociosanitaria". Asistieron 22 alumnos/as de los cuales 18 respondieron a los cuestionarios, 16 eran mujeres y 2 eran hombres. Las edades estaban comprendidas entre 22 y 55 años ($M=31.78$, $DT=11.02$). Las titulaciones universitarias de los/as participantes eran las siguientes: Psicología, Ciencias Empresariales, Relaciones Laborales, Derecho, Antropología Social, Enfermería, Pedagogía, Psicopedagogía, Trabajo Social y Magisterio Infantil.

MUESTRA 3: ESTUDIANTES DE MÁSTER (2).

En este caso el entrenamiento en competencia oral se realizó en enero 2013, inserto en la "Entrenamiento en habilidades sociales" del "Máster Oficial en Ciencias Sociales aplicadas a la atención sociosanitaria". Cumplimentaron los cuestionarios los 10 alumnos/as matriculados/as, de los cuales 8 eran mujeres y 2 eran hombres. Las edades estaban comprendidas entre 23 años y 51 años ($M=32.90$, $DT=11.47$). Las titulaciones universitarias de los/as participantes eran las siguientes: Trabajo social,

Ciencias empresariales, Magisterio Infantil, Psicología, Pedagogía, Educación social, Enfermería y Fisioterapia.

Tabla 6. Variables sociodemográficas. Muestra de estudiantes de Máster (2).

		FRECUENCIA
OTROS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	Sí	4
	No	6
AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL*	0	2
	0-1	2
	1-5	2
	>10	4
EXPERIENCIA HABLAR EN PÚBLICO	Moderada	3
	Mucha	7

* Rango de experiencia laboral=0-32 años.

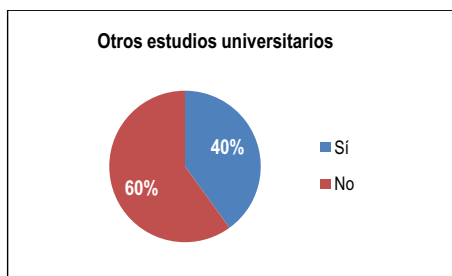


Figura 8. Otros estudios universitarios. Muestra de estudiantes de Máster (2).

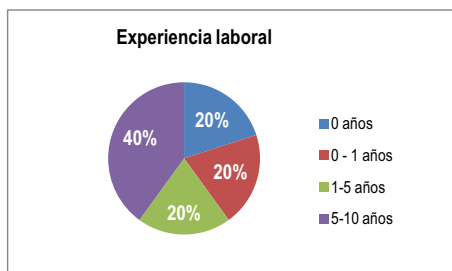


Figura 9. Experiencia laboral (rango 0-32 años). Muestra de estudiantes de Máster (2).

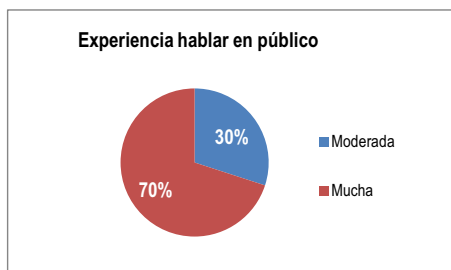


Figura 10. Experiencia en hablar en público. Muestra de estudiantes de Máster (2).

MUESTRA 4: ENFERMEROS/AS PROFESIONALES.

En septiembre de 2011 se matricularon 26 personas a un taller ofrecido por el COIBA, de las cuales 22 acabaron el entrenamiento y cumplimentaron los autoinformes. Las edades estaban comprendidas entre 20 años y 53 años ($M=33.18$, $DT=12.37$). En cuanto a la variable sexo, la muestra estaba formada por 21 mujeres y 1 hombre.

Tabla 7. Variables sociodemográficas. Muestra de enfermeras/os.

		FRECUENCIA	Ns/Nc
OTROS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	Sí	2	-
	No	20	
		2	
AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL*	0-1	4	4
	1-5	4	
	>10	8	
EXPERIENCIA HABLAR EN PÚBLICO	Poca/ninguna	11	
	Moderada	1	4
	Mucha	6	

* Rango de experiencia laboral=0-33 años.

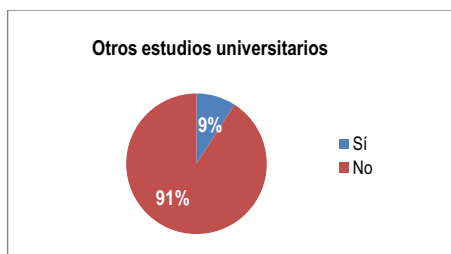


Figura 11. Otros estudios universitarios. Muestra de enfermeras/os profesionales.

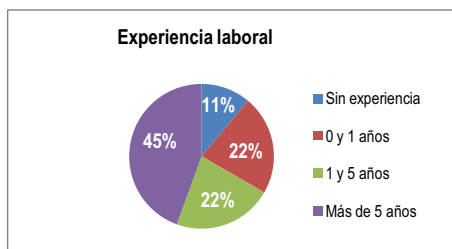


Figura 12. Experiencia laboral. Muestra de enfermeras/os profesionales.

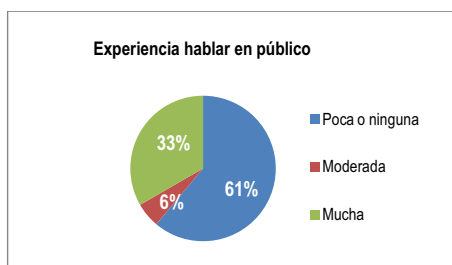


Figura 13. Experiencia en hablar en público. Muestra de enfermeras/os profesionales.

MUESTRA 5: ALUMNADO DE ENFERMERÍA-PALMA.

Grupo formado por 112 alumnos/as matriculados en la asignatura “Comunicación y salud” en primero de Grado de Enfermería, impartido entre febrero y junio de 2013. Las edades estaban comprendidas entre 18 años y 51 años ($M=23.66$, $DT=8.12$). Participaron en esta muestra 23 hombres y 89 mujeres.

Tabla. 8. Variables sociodemográficas. Muestra del alumnado de Enfermería Palma.

		FRECUENCIA
OTROS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	Sí	5
	No	99
AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL*	0	45
	0-1	16
	1-5	16
	5-10	13
EXPERIENCIA HABLAR EN PÚBLICO	>10	14
	Poca/hinguna	57
	Moderada	34
	Mucha	13

* Rango de experiencia laboral=0-33 años.



Figura 14. Otros estudios universitarios. Alumnado de Enfermería Palma.

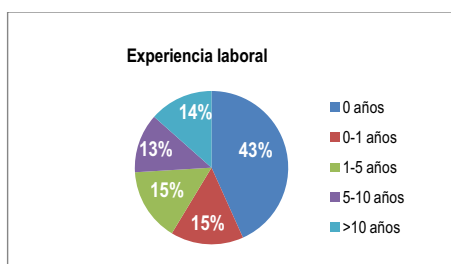


Figura 15. Experiencia laboral. Alumnado de Enfermería Palma.

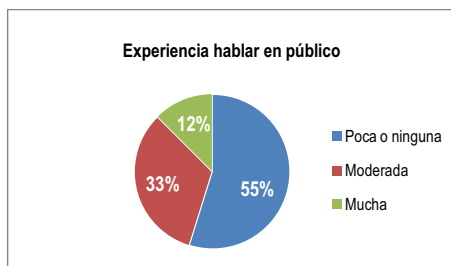


Figura 16. Experiencia en hablar en público. Alumnado de Enfermería Palma.

MUESTRA DE ALUMNADO 6: ALUMNADO DE ENFERMERÍA-IBIZA-MENORCA.

Grupo compuesto por los/as alumnos/as de Ibiza y Menorca que se matricularon en la asignatura “Comunicación y salud” en primero de Grado de Enfermería, impartido entre febrero y junio de 2013. Las edades estaban comprendidas entre 18 años y 51 años ($M=25.21$, $DT=8.50$). Participaron en esta muestra 5 hombres y 28 mujeres.

Tabla. 9. Variables sociodemográficas. Muestra del alumnado de Enfermería Ibiza.-Menorca.

		FRECUENCIA
OTROS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	Sí	1
	No	28
AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL*	0	13
	0-1	5
	1-5	6
	5-10	2
	>10	3
EXPERIENCIA HABLAR EN PÚBLICO	Poca/ninguna	18
	Moderada	9
	Mucha	2

* Rango de experiencia laboral=0-25 años.



Figura 17. Otros estudios universitarios. Alumnado de Enfermería Ibiza-Menorca.

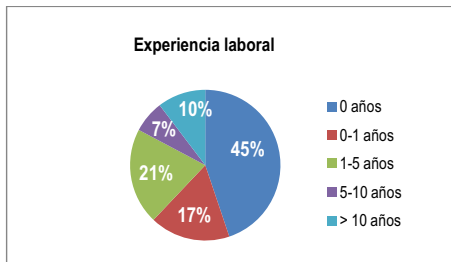


Figura18. Experiencia laboral. Alumnado de Enfermería Ibiza-Menorca.

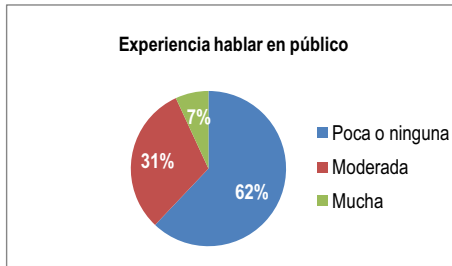


Figura 19. Experiencia en hablar en público. Alumnado de Enfermería Ibiza-Menorca.

3.4. Variables de la investigación.

En este trabajo se han contemplado las variables descriptivas, la variable independiente y las variables de resultado.

Las variables descriptivas de carácter sociodemográfico y académico son las siguientes: la edad, el sexo del alumnado (hombre, mujer), las titulaciones universitarias adquiridas, los años de experiencia laboral y la experiencia en hablar en público previa entrenamiento en competencia oral. Estas variables han servido para caracterizar a las diferentes muestras del estudio. La experiencia en hablar en público, además, se ha incorporado al análisis estadístico por el hecho de considerarse una variable que puede influir en los resultados obtenidos tras la aplicación del entrenamiento.

La variable independiente es el programa de entrenamiento en competencia oral que se ha impartido en las diversas muestras antes especificadas. El entrenamiento ha sufrido diversas modificaciones desde la primera intervención en los primeros grupos, esta evolución se detalla en el apartado 3.6. Es relevante destacarlo debido a que se aprecian diferencias de una edición a otra, lo cual muestra la evolución y mejora del mismo.

Las variables de resultado han sido seleccionadas en base a la revisión de la literatura referida tanto a la evaluación de la competencia oral propiamente dicha como a la medición del miedo a hablar en público. Así, las variables tenidas en cuenta para

analizar el efecto del entrenamiento e intentar dar respuesta a las hipótesis del estudio son las siguientes:

1. Competencia oral medida de forma externa por observación.
2. Competencia oral percibida y autoinformada por los/as participantes.
3. Expectativas de autoeficacia de la competencia oral.
4. Confianza para hablar en público.
5. Miedo a hablar en público.
6. Miedo experimentado durante el discurso.
7. Autocalificación del discurso emitido.
8. Aprensión o temor ante la comunicación interpersonal en general y la comunicación ante el público en particular.
9. Consideraciones por parte de los/as participantes sobre el entrenamiento recibido.

3. 5. Instrumentos de medida.

Antes de describir los instrumentos con los que se han medido las variables mencionadas, cabe hacer una anotación sobre algunas consideraciones metodológicas que se desprenden de las investigaciones revisadas.

La competencia oral se manifiesta a través de la conducta de hablar en público, adecuada a un contexto y un auditorio. Al analizar esta conducta según el triple sistema de respuesta (Lang, 1968), se ha comprobado que existen diferencias en las mediciones de cada una de estas modalidades, y, según los casos, se han establecido moderadas o bajas correlaciones entre las medidas observacionales, fisiológicas y cognitivas (Bados López, 1986). Estos hallazgos son congruentes si tenemos en cuenta que cada dimensión de la respuesta puede verse influenciada de distinta forma por los factores ambientales, sociales, cognitivos y biológicos (Kazdin, 1980).

Otra cuestión importante a la hora de elegir los instrumentos de medida en el estudio, es que se han encontrado diferencias entre las distintas técnicas de medición relativas a una misma dimensión conductual. Así, es interesante destacar que el momento de mayor intensidad en la respuesta fisiológica, medida objetivamente a través de la frecuencia cardíaca, no coincide con el momento de mayor activación autoinformada por el sujeto que ofrece el discurso (Witt et al., 2006).

Igualmente pueden existir discrepancias en las medidas realizadas por observadores/as y las medidas autoinformadas en relación con la conducta de hablar en público. Así, por ejemplo, Rapee y Lim (1992) comprobaron que esta diferencia se hace más evidente cuanto mayores son los niveles de ansiedad que presentan los/as oradores/as, siendo las autoevaluaciones más negativas que las evaluaciones realizadas por observadores/as externos/as.

A la hora de investigar el miedo a hablar en público las medidas que se han utilizado más frecuentemente han sido los autoinformes, en segundo lugar las medidas observacionales y finalmente las fisiológicas (Bados López, 1986). Para establecer la efectividad del programa del entrenamiento de la competencia oral en la presente investigación se han considerado suficientes y apropiadas las medidas observacionales y de autoinforme. Al ser un trabajo donde se pretende evaluar la eficacia de un entrenamiento y no la conducta de hablar en público propiamente dicha no se ha creído necesario medir las variables fisiológicas.

3.5.1. Medidas observacionales.

En general, la evaluación de competencias es una cuestión que debe plantearse desde la mayor objetividad posible. En relación con la competencia de hablar en público, es necesario observar tanto la conducta verbal como la no verbal de la persona que desarrolla el discurso. Sabemos que, en el proceso de la percepción, intervienen muchos factores y procesos internos los cuales ayudan a interpretar la información recogida por los órganos sensoriales. En este sentido, creemos imprescindible basar nuestro juicio en una observación meticulosamente sistematizada. Por este motivo, al poner en marcha el entrenamiento en competencia oral en la universidad, el equipo docente consideró esencial la creación de una herramienta de evaluación. Esta herramienta debía cumplir una doble misión: por una parte, proporcionar de forma inmediata la calificación de la ejecución del discurso sin necesidad de grabarla en vídeo y, por otra, facilitar al/a docente las claves concretas para dar el feedback personalizado a los/as participantes. Seguidamente se presenta la revisión efectuada sobre escalas para la evaluación de la competencia oral que ha servido de base para crear la medida observacional empleada en el presente trabajo: **la escala de evaluación de la competencia oral** (*Escala ECO* en adelante).

Como se ha comentado en un apartado anterior, hasta hace poco en nuestro contexto educativo, la evaluación de la competencia para hablar en público ha sido abordada de forma mayoritaria mediante herramientas clínicas. Concretamente, suelen evaluarse el miedo, la ansiedad y las carencias de habilidades durante el discurso mediante registros de observación o bien mediante autoinformes. En muchas ocasiones se concluye que un entrenamiento es efectivo si rebaja el miedo o la persona manifiesta que ha disminuido su ansiedad en esta situación. Ello, sin duda, ayuda a que el/a orador/a pueda desenvolverse y ponga en uso todos los conocimientos y habilidades adquiridas. Sin embargo, la disminución del miedo a hablar en público no garantiza por sí misma el desempeño óptimo del discurso público.

Situándonos en el contexto norteamericano, ante la gran variedad de métodos de evaluación utilizados en las clases de hablar en público, Carlson y Smith-Howell (1995) se cuestionaron cómo se puede evaluar el desempeño de la tarea de hablar en público del alumnado de forma precisa y objetiva. Tras realizar una revisión, estos autores hallaron que, desde hacía varias décadas, se había prestado atención a los posibles sesgos relacionados con el/a evaluador/a enfatizando el entrenamiento en observación como método de control. Sin embargo, no se había dedicado suficiente investigación ante la recurrente crítica sobre la falta de validez y fiabilidad de los distintos instrumentos elaborados. Por este motivo, los autores arriba citados, desarrollaron una investigación que merece la pena resumir.

Tabla 10. Resumen de Carlson, R.E. y Smith-Howell, D. (1995). Classroom public speaking assessment: reliability and validity of selected evaluation instruments. *Communication education*, 44, 87-97.

Dos alumnas ganadoras de competiciones de comunicación oral fueron elegidas para emitir dos tipos de discurso que serían grabados y, posteriormente, evaluados por los sujetos del estudio. El discurso 1 se grabó en su forma original. El discurso 2 se manipuló con las siguientes instrucciones: hablar más rápido, no mantener contacto ocular con la totalidad del público, limitar gestos y movimientos, hablar con voz vacilante y manifestar algunas disfluencias durante la charla. Los dos discursos fueron evaluados por 58 individuos utilizando cada uno dos formas de evaluación, en total se probaron 4 instrumentos diferentes de evaluación. De los sujetos evaluadores, 18 eran instructores de comunicación con diferentes grados de experiencia universitaria, 19 eran profesionales de la comunicación sin experiencia en educación, por último, 11 eran estudiantes universitarios de primer año que habían asistido a un curso de comunicación impartido por los investigadores.

Los instrumentos de evaluación fueron los siguientes:

A. Una escala de 100 puntos donde se asigna un porcentaje de puntuación a los diferentes aspectos del contenido y la presentación del discurso.

B. Una escala que evalúa la introducción, organización, desarrollo, conclusión y presentación del discurso en una escala de 5 puntos donde 1=pobre, 2=justo, 3=medio, 4=bueno, 5=excelente.

C. Un instrumento elaborado y utilizado por los autores de este estudio de 17 ítems, con 7 categorías de presentación verbal y no verbal (apariciencia, entusiasmo, calidad de la voz, ...), 7 categorías de contenido (interés, desarrollo lógico, ayuda visual,...) y 3 categorías de estructuración del discurso (introducción, desarrollo y conclusión).

D. Múltiples instrumentos de elaboración propia que utilizaban los/as docentes en sus cursos de comunicación.

Cada grupo evaluó los dos discursos de forma consistente sin encontrarse diferencias significativas entre ellos, independientemente del orden de presentación de los discursos y del método de evaluación. Los instrumentos mostraron una elevada consistencia interna, excepto la escala C con un valor más bajo. En cuanto a la validez de constructo, se observa que para la elaboración de estas escalas se tuvieron en cuenta los componentes más comunmente utilizados en la descripción del discurso efectivo tanto en la forma como en el contenido. Por último, los autores expresan que los instrumentos poseen validez de contenido puesto que los diferentes sujetos del estudio pudieron evaluar los discursos de acuerdo con los valores esperados.

Las principales conclusiones a las que llegaron son:

- Las presentaciones orales pueden ser evaluadas de forma válida y fiable siempre que se utilice un sistema de medición que incorpore las categorías aceptadas tradicionalmente en la descripción del discurso efectivo.
- Se puede detectar la presencia o ausencia de los criterios de calificación en las presentaciones orales independientemente de la experiencia del/a evaluador/a.

En el ANEXO 2 se muestran las escalas de evaluación a las que se hace referencia en este trabajo.

Por su parte, la NCA (National Communication Association, Estados Unidos), diseñó un sistema de evaluación que denominó *The competent speaker speech evaluation form* (Morreale et al., 2007). Este instrumento está estandarizado en población norteamericana y se diseñó para evaluar la competencia de hablar en público en educación superior. Está compuesto por 4 competencias relacionadas con la preparación del discurso y 4 competencias relacionadas con la actuación durante el discurso. Cada competencia se califica con 3 niveles: satisfactorio, insatisfactorio y excelente (ANEXO 3).

En un trabajo publicado en nuestro país recientemente, se hace uso de una escala de evaluación semejante al instrumento C citado por Carlson y Smith-Howell (1995). Concretamente, Martos Montes et al. (2011) asumen la tarea del discurso improvisado de Beidel et al. (1989) para entrenar y evaluar de forma sistemática las

presentaciones orales. Estos/as autores/as han elaborado una rúbrica o escala de evaluación con 8 categorías, entre las cuales figuran todas las mencionadas en el estudio de Carson y Smith-Howell (1995). Estas categorías son puntuadas de 1 (bajo dominio) a 4 (grado de mayor dominio) y ponderadas en función de su relevancia. Aunque no se ofrecen las características psicométricas de la escala, los/as autores/as destacan la utilidad de la misma pudiendo ser utilizada en el momento de la exposición oral. En el ANEXO 4 se incluye esta escala.

Además de todas estas aportaciones, para la construcción de la Escala ECO se tomaron como base la SPRS y el SECHS:

La *SPRS* (Social Performance Rating Escala, Frydrich et al., 1998) o Escala de calificación de la actuación social, es la modificación del sistema de calificación de competencias sociales de Trower, Bryant y Argyle (1978). El objetivo de la escala es evaluar la adecuación de la conducta social en población con fobia social. Contiene cinco ítems: mirada, calidad vocal, longitud del discurso, malestar manifestado durante el discurso y flujo de la conversación. El/a observador/a mide la conducta emitida por los sujetos con fobia social durante dos situaciones de interacción de *rol play*.

Posteriormente, Harb et al. (2003) adaptaron el *SPRS* para medir el desempeño de la habilidad de hablar en público en personas diagnosticadas de fobia social. En este caso, se cambió el ítem longitud del discurso por duración de la intervención. La conducta social se evaluaba con la escala *SPRS* modificada durante la ejecución por parte de los sujetos del Test conductual de asertividad (*BAT*; Eisler, Miller y Hersen, 1973) que consiste en escenificar diversas situaciones sociales donde interactúan dos personas.

En ambas medidas, *SPRS* y *SPRS* modificado, la puntuación va de 1 a 5 y la suma de las puntuaciones permite obtener la calificación global de la actuación social. En la *SPRS* se asigna una calificación positiva a los niveles apropiados de conducta y una calificación negativa a un exceso de conducta (contacto ocular permanente) o una conducta pobre (evitación del contacto ocular). Estas escalas están pensadas para aplicarse en conversaciones en vivo o grabaciones, en situación real o simulada.

El *SECHS* (Sistema de evaluación conductual de las habilidades sociales; Caballo Manrique y Buela Casal, 1987). Es una guía de observación que permite evaluar las habilidades sociales. Está compuesto por 21 ítems en total, divididos según conductas manifestadas por el sujeto durante la interacción social simulada o real: componentes verbales (contenido, preguntas, preguntas a respuestas, etc),

componentes paralingüísticos (volumen, entonación, claridad, etc.) y componentes no verbales (expresión facial, sonrisas, mirada, etc.). El comportamiento del sujeto se puntúa en una escala Likert de 5 puntos (de 1 a 5). Una puntuación de 3 o superior en un ítem indica que dicha conducta es adecuada. Una puntuación inferior a 3 indica la necesidad de una intervención para mejorar y hacer más adecuada la conducta. Estos autores utilizaron una prueba de interacción de 4 minutos. Las actuaciones fueron grabadas y calificadas posteriormente. Para los coeficientes de fiabilidad, calculados en base a la ocurrencia/no ocurrencia (automanipulaciones, gestos, etc.), se obtuvieron valores a partir de .95. Resultados similares se obtuvieron en aquellos componentes evaluados a partir del monto de conducta (tiempo de mirada, latencia de respuesta, duración del habla, etc.). También se calculó la correlación entre los elementos del *SECHS* y la habilidad social autoinformada por universitarios/as mediante la Escala de autoexpresión universitaria (Galassi et al., 1974) obteniéndose una correlación baja-moderada.

Tanto la *SPRS* como el *SECHS* evalúan la conducta manifestada durante la interacción social; analizan conductas molares, intermedias y/o moleculares; han sido diseñados en un marco clínico; y evalúan la adecuación de la respuesta a la conducta emitida por el/a interlocutor/a que posee ansiedad o fobia social.

Para configurar la escala aquí propuesta, se han recogido y sintetizado algunas de las variables de nivel intermedio contenidas en ambas escalas, incorporando parámetros verbales, no verbales y paralingüísticos. Sin embargo, y a diferencia de ellas, la Escala ECO se plantea como medida de la competencia oral en un contexto de aprendizaje de competencias, es decir, no pretende ser una medida para el diagnóstico de los diversos trastornos de ansiedad social, entre los que se encuentra la fobia específica de hablar en público (APA, 2002).

La Escala ECO se compone de 7 categorías: expresión corporal, expresión facial, mirada, fluidez, volumen, entonación y contenido. El/a docente registra la puntuación de 1 (bajo nivel de competencia oral) a 5 (alto nivel de competencia oral) en cada categoría después de observar la exposición oral de los/as participantes. La puntuación global se obtiene hallando la media de las 7 categorías. Teniendo en cuenta la clasificación de los niveles de medida en la observación (Andersen y Andersen, 1982), las categorías que componen esta escala son en su mayor parte del nivel intermedio, calificándose las conductas en escalas Likert que reflejan el grado de adecuación. En dos categorías se ha considerado pertinente incluir un nivel molecular: la categoría *fluidez* en la que, además de otros aspectos, se hace el recuento de

bloqueos, y la categoría *contenido* en la que se valora la adecuación midiendo la duración de la charla.

Como se ha señalado antes, la puntuación global es la media de las puntuaciones en cada una de las escalas. Los resultados se pueden interpretar de la siguiente forma:

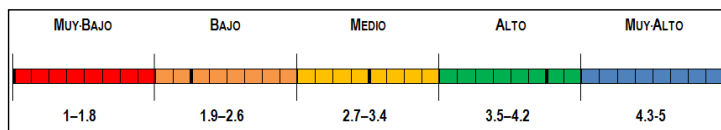


Figura 20. Puntuación y baremo de la Escala ECO.

Una de las ventajas que presenta esta herramienta de evaluación es el reducido número de categorías, lo que hace que el registro y el entrenamiento de los observadores sean procedimientos muy sencillos. Otra característica importante es que su formato facilita la retroalimentación correctiva, puesto que presenta en cada extremo de las subescalas información resumida sobre aquellos aspectos conductuales positivos y negativos a tener en cuenta durante la observación. Este aspecto es muy relevante puesto que la retroalimentación inmediata es altamente efectiva para el aprendizaje de la habilidad de hablar en público (Smith y King, 2004).

A continuación se describen las fases en la construcción de la Escala ECO:

1. Establecimiento de los objetivos. Se pretendía elaborar un sistema evaluativo de la competencia oral de los/as participantes en un entrenamiento para mejorar esta competencia. Tal sistema evaluativo debía ser un método práctico y ágil. Además de aportar la calificación la competencia en el momento de la exposición (de manera que no sea necesaria la video grabación), debía simplificar y ayudar en la tarea de retroalimentación a los/as participantes.

2. Revisión de la literatura relacionada con evaluación de competencias y el método de observación sistemática.

3. Intercambio de ideas sobre las conductas que se observarían durante la emisión de los discursos (número de categorías, relevancia de las mismas,...) y posibles sistemas de registro para tal fin.

4. Realización de una primera observación sin protocolo, con el fin de recapacitar sobre las categorías discutidas anteriormente y apreciar de otras que no se habían tenido en cuenta. Tras ella se realizó una nueva puesta en común sobre las categorías a observar, cómo se pueden consignar, su importancia y discriminación, la dificultad del registro. En este punto surgió una primera versión del instrumento de medida, un registro de observación en forma de checklist de 9 categorías moleculares.

5. Primera prueba piloto. Durante el curso académico 2007-2008, se utilizó la evaluación con el checklist de 9 categorías para evaluar a 60 alumnos/as de tercer curso de Diplomatura de Enfermería de la UIB que realizaban un entrenamiento en habilidades sociales (Pades Jiménez, 2003). La tarea consistía en realizar un discurso improvisado, teniendo que hablar un minuto delante de los/as compañeros/as. Previo consentimiento firmado por el alumnado, las exposiciones se grabaron para facilitar su análisis posterior.

La utilización de este registro por parte de 3 observadores/as (profesorado asociado que colaboraba en el desarrollo del entrenamiento) mostró la existencia de diversos problemas metodológicos. Así, por ejemplo, a la hora de valorar la mirada, se puntuaba en positivo el hecho de mantener un contacto ocular continuo y en negativo la ausencia de contacto ocular, cuando ambas conductas son inapropiadas durante la charla. Por otra parte, el registro se mostró como un instrumento poco sensible ya que al observar se tendía a valorar con puntuaciones intermedias. Igualmente, algunas categorías fueron difíciles de diferenciar conductualmente, con tendencia a confundir la fluidez con la velocidad del habla, o los silencios con los bloqueos producidos por los nervios.

Tras esta sesión de observación, se realizó una amplia discusión sobre la experiencia de cada observador/a, evidenciando los puntos fuertes y débiles del instrumento y qué dificultades surgieron durante el registro. Posteriormente, se amplió la revisión de la literatura sobre el tema. De todo ello surgió una nueva versión del registro que pasó a ser una escala de valoración con 5 categorías de nivel intermedio.

6. Segundo ensayo piloto. Dos observadoras (también profesoras asociadas que colaboraban en el entrenamiento) aplicaron la Escala ECO de 5 categorías a 34 alumnos/as de tercer curso de la diplomatura de Enfermería de la UIB (curso 2008-2009). La asignatura y el ejercicio eran los mismos descritos para el primer pilotaje del instrumento de evaluación. En este caso también se grabaron las actuaciones del alumnado previo consentimiento firmado.

Se procedió a la evaluación de este instrumento, calculando la consistencia interna y la concordancia entre observadores/as. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20 para analizar la consistencia interna. Los resultados muestran que existe una elevada consistencia interna global en las dos observaciones ($\alpha_{obs1}=.896$; $\alpha_{obs2}=.913$). La matriz de correlaciones ítem-total también muestra resultados satisfactorios, siendo todas las correlaciones positivas y superiores a .5. En cuanto al coeficiente de correlación de concordancia (CCC en adelante), los resultados obtenidos para *gesticulación facial*, *fluidez* y *volumen* fueron excelentes; en *mirada* el nivel puede considerarse bueno; mientras que en la variable *expresión corporal* puede considerarse pobre, no llegando a alcanzar el umbral de significación práctica (Cicchetti, 2001). Las tablas relativas a estos cálculos y resultados se presentan en el ANEXO 5.

7. Tras estos resultados, se volvieron a discutir las facilidades y dificultades que ofrecía el segundo registro pilotado y se consideró necesario perfeccionarlo. Después de una nueva revisión, se incorporaron dos categorías (*entonación* y *contenido*). Autores destacados en la materia subrayan que los elementos fundamentales de la conducta habilidosa socialmente son el contacto ocular y la duración del habla, sin embargo puntualizan que elementos paralingüísticos como entonación, fluidez, volumen y aspectos verbales como el humor y el contenido, están significativamente relacionados con las características globales de las habilidades sociales (Caballo Manrique y Buela Casal, 1988). El registro aumentó, pues, de 5 a 7 categorías de nivel intermedio, que incluyen los componentes verbal y no verbal de la comunicación oral.

9. Tercera prueba piloto. Dos observadoras (profesoras asociadas que colaboraban en el entrenamiento como en los casos anteriores) aplicaron el registro de 7 categorías durante el curso académico 2009-2010 para evaluar a 26 alumnos/as. En este caso la exposición oral a realizar difería sustancialmente de los casos anteriores. Aquí el alumnado disponía de varias semanas para preparar una exposición oral de entre 4 y 8 minutos sobre un artículo científico proporcionado por las profesoras. Se comenzaba a observar tras los dos primeros minutos de la exposición oral y se registraba la puntuación inmediatamente después de finalizar el discurso. Las exposiciones se realizaron en el salón de actos de la Facultad de Enfermería, disponiendo de todos los apoyos técnicos necesarios para simular una comunicación en el contexto de una reunión científica (cañón de proyección, ordenador, sistema de audio, micrófonos,...). Esta actividad formaba parte del seminario "Bases de la comunicación oral" incluido en la asignatura "Comunicación y salud" del primer curso del Grado de Enfermería.

Los resultados de la consistencia interna global fueron $\alpha_{\text{obs1}}=.812$ y $\alpha_{\text{obs2}}=.837$ lo que indica una buena consistencia entre los ítems que la componen. En este caso, las correlaciones ítem-total son moderadas con dos excepciones, las variables *fluidez* y *contenido* presentan una índice de correlación bajo, siendo la correlación de la variable *contenido* casi nula con el conjunto de la escala. En cuanto al CCC entre las dos observadoras, para el ítem *entonación* (CCC=.774) el valor puede ser considerado como excelente; fue bueno en el caso de la *expresión corporal* (CCC=.708) y *mirada* (CCC=.737), y finalmente, para *gesticulación facial* (CCC=.593), *volumen* (CCC=.495) y *contenido* (CCC=.540) el valor puede ser considerado como justo, aunque en los tres casos se supera el umbral de significación práctica (Cicchetti, 2001). No ocurre lo mismo, sin embargo, con la variable *fluidez* cuyo CCC puede ser considerado como pobre (.192) lo que expresaría una concordancia casi inexistente. Las tablas relativas a estos cálculos y resultados se presentan en el ANEXO 6.

Por lo que se refiere a la consistencia interna de la Escala ECO, los resultados obtenidos muestran que tanto la Escala ECO de 5 categorías como la de 7 categorías cuentan con una elevada consistencia interna. Es decir, los ítems que componen la escala de evaluación miden el mismo objeto de estudio, en este caso, los elementos del discurso oral considerados relevantes y necesarios en la literatura. La variable *contenido* es la única que correlaciona pobremente con la puntuación global de la escala. El hecho de englobar en un mismo registro distintas dimensiones de la misma conducta puede disminuir el índice de consistencia interna de la prueba, como se demuestra al comprobar que el alfa de Cronbach aumenta si se elimina este elemento de la escala. En el estudio de Carlson y Smith-Howell (1995) sucedía exactamente lo mismo en relación con las categorías del contenido del discurso incorporadas en la misma escala compuesta por conductas verbales y no verbales. Esto puede ser debido a que la variable *contenido* es cualitativamente diferente a las otras 6 categorías puesto que *expresión corporal*, *gesticulación facial*, *mirada*, *fluidez*, *volumen* y *entonación* son un conjunto de componentes no verbales y paralingüísticos del discurso oral, mientras que la variable *contenido* hace referencia a la relevancia, estructura y adecuación del mensaje verbal emitido en el discurso. Debido a la naturaleza de estos dos tipos de variables (verbal-no verbal), la observación de esta última categoría no hace referencia a la percepción propiamente dicha de la conducta observable sino que se trata de una interpretación del contenido y su organización, así como la apreciación de la congruencia con el aspecto no verbal del discurso.

Los niveles de acuerdo entre las dos observadoras fueron aceptables (>.4) para todas las variables observadas excepto *expresión corporal* en el caso de la

Escala ECO de 5 categorías y *fluidez* en el caso de la Escala ECO de 7 categorías. En cuanto a la expresión corporal, al redefinir con mayor minuciosidad esta variable en la Escala ECO de 7 categorías (en relación a cómo se había descrito en la Escala ECO de 5 categorías) se aumentó considerablemente el grado de acuerdo alcanzado. En cuanto a la *fluidez*, es llamativo el pobre grado de concordancia obtenido en la Escala ECO de 7 categorías con respecto al que se obtuvo en la Escala ECO de 5 categorías. Este resultado puede ser debido a que, habiéndose entrenado adecuadamente y especificado en las definiciones del instrumento, en la hoja de registro de la Escala ECO de 7 categorías no se explicitó la necesidad de incluir el recuento de bloqueos (cosa que sí se hizo en la Escala ECO de 5 categorías). Contar el número de bloqueos es una medida molecular de la variable *fluidez*, lo cual hace que sea más objetiva. A la vista de este resultado, se considera adecuado incluir en la versión final de la *Escala ECO* de 7 categorías tanto el punto de vista molar como molecular para registrar la puntuación en la categoría *fluidez*. Este enfoque ha sido utilizado por diversos autores/as para el estudio de las habilidades sociales (Caballo Manrique y Buena Casal, 1988; Conger y Conger, 1982; Conger y Farrell, 1981).

Considerando las características psicométricas descritas, se ha utilizado la Escala ECO en el presente trabajo como instrumento para calificar el grado de adecuación tanto de la conducta verbal como no verbal durante la emisión del discurso público en el contexto de aprendizaje de la competencia oral. En el ANEXO 7 se puede ver la Escala ECO y las definiciones de las categorías que la componen.

Cada observador/a que debía utilizar el registro de evaluación realizó previamente un entrenamiento. El objetivo de esta preparación era centrar a los/as observadores/as en determinados aspectos de las conductas a observar y familiarizarse en el manejo del registro. Han sido de mucha utilidad las fases recomendadas por Heyns y Zander (1959) y utilizadas en otros trabajos recientes (Delgado Noguera y Medina Casaubón, 1999; Landa Navarro, 2009). Seguidamente se describe este entrenamiento adaptado a nuestro estudio.

- **Primera sesión de entrenamiento:**

- Explicación de las bases teóricas de la competencia oral, los componentes verbales, paralingüísticos y verbales del discurso.
- Revisión del instrumento de medida, procedimiento de recogida de datos, características del registro de cada categoría.

- Primera aproximación a la observación visualizando de las grabaciones de los/as participantes en entrenamientos anteriores. Comentarios y discusión sobre el manejo del registro.
 - Tarea de prácticas de observación individuales: visualización y registro de las conductas verbales y no verbales de charlas de determinados personajes públicos, para ello se ofreció un listado de charlas accesibles en internet.
- **Segunda sesión de entrenamiento:**
 - Discusión sobre las experiencias de observación en privado con las charlas visualizadas en internet.
 - Visualización y registro de varias exposiciones de participantes grabadas. Puesta en común sobre los resultados de las observaciones.

3.5.2. Medidas de autoinforme.

Además de la medida observacional descrita, se emplearon como instrumentos de evaluación de las diferentes variables analizadas, las siguientes medidas de autoinforme:

***PERSONAL REPORT OF CONFIDENCE AS A SPEAKER*-CUESTIONARIO DE CONFIANZA PARA HABLAR EN PÚBLICO VERSIÓN ABREVIADA, (PRCS-12, MÉNDEZ CARRILLO, INGLÉS SAURA E HIDALGO MONTESINOS, 1999).**

Fue diseñado originalmente por Gilkinson (1942) para medir las reacciones afectivas y conductuales en situaciones de hablar ante el público que constaba de 101 ítems. En 1966 Paul reduce el número de ítems en 30, con respuesta verdadero-falso. Varios estudios han comprobado su alta consistencia interna. En España, Bados López (1986) modificó el formato de respuesta en escala tipo Likert de 6 puntos (1=completamente de acuerdo; 6=completamente en desacuerdo), comprobando que mantenía la fiabilidad y validez en población adulta. Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en estudios sobre el aprendizaje de habilidades comunicativas.

Méndez Carrillo, Inglés Saura, e Hidalgo Montesinos (1999) constataron que también es un instrumento útil en población adolescente y crearon en 2004 la versión abreviada de 12 ítems (PRCS-12) compuesta por 6 ítems positivos y 6 ítems negativos. Esta versión correlaciona con la anterior y mantiene sus propiedades

psicométricas. Finalmente, Gallego Pitarch et al. (2009) realizaron los análisis psicométricos en una muestra clínica española obteniendo resultados acordes con los anteriores estudios.

El análisis factorial confirmatorio realizado por Méndez Carrillo, Inglés Saura, e Hidalgo Montesinos (2004) establece un único factor, la confianza para hablar en público. Esta se conceptualiza como una dimensión con un polo positivo, la seguridad para hablar en público, que indica el afrontamiento satisfactorio de la tarea, incluso llegando a disfrutar durante su ejecución, y un polo negativo, el miedo a hablar en público, que incluye variables psicofisiológicas, motoras y cognitivas indicadoras del temor al enfrentarse al público.

La puntuación mínima del PRCS-12 es 12 y la puntuación máxima es 72, siendo su valor central 42. Se corrige invirtiendo la puntuación de los ítems positivos (1, 6, 8, 10, 11 y 12) y sumándola a la de los ítems negativos. A mayor puntuación menor confianza para hablar en público y mayor miedo a hablar en público. En el ANEXO 8 se muestra el PRCS-12.

PERSONAL REPORT OF COMMUNICATION APPREHENSION (PRCA-24)-AUTOINFORME DE TEMOR A LA COMUNICACIÓN O APRENSIÓN COMUNICATIVA. MCCROSKY (1982),

Este autoinforme, traducido al castellano por Comeche Moreno, Díaz García y Vallejo Pareja (1995), mide el grado de temor o malestar que se produce en los siguientes contextos de comunicación interpersonal: interacción diádica, en grupo, reuniones formales y comunicaciones orales ante público.

En su origen (McCroskey, 1970) el autoinforme constaba de 20 ítems, pero posteriormente se remodelaron y quedó constituido por 24 ítems. La estructura de este autoinforme es la siguiente (Comeche Moreno, Díaz García y Vallejo Pareja, 1995):

- Subescala "Situaciones de grupo": ítems 1 a 6 se refieren a situaciones de discusión en grupo.
- Subescala "Reuniones": ítems 7 a 12.
- Subescala "Conversaciones": ítems 13 a 18 referidos a la situación de interacción diádica.
- Subescala "Hablar en público": ítems 19 a 24 en situación de discursos ante auditorios.

Según los datos normativos (Leary, 1991), la puntuación total ofrece una media de 65.2; 15.5 para la subescala "Situaciones en grupo"; 16.4 "Reuniones"; 14.5 para la subescala "Conversaciones" y 18.7 para la subescala "Hablar en público". Los puntos de corte sugeridos por el autor para la puntuación total son 52 y 75, si la puntuación es inferior a 52 indica un escaso temor ante las situaciones de comunicación interpersonal, si es superior a 75 indica temor elevado. Los coeficientes alfa para la puntuación total son superiores a .90 y .75 para todas las subescalas. La validez convergente con diversas medidas de ansiedad social es mayor para el total que para las subescalas. Otros trabajos (Bline et al., 2003; Levine y Mc Croskey, 1990) arrojan resultados igualmente favorables sobre la fiabilidad de este instrumento. No se dispone de datos normativos adaptados a la población española. En el ANEXO 9 se muestra el PRCA-24.

ÍNDICE DE COMPETENCIA-ESTADO PERCIBIDA (SPIC, STATE PERCEIVED INDEX OF COMPETENCE. MACDONALD Y MACINTYRE, 1999)

Esta escala trata de medir el la competencia percibida ante la tarea de hablar en público. Está compuesta por 15 ítems y los autores enunciaron dos versiones: la formulación en tiempo futuro que se cumplimenta previamente al discurso y la formulación en tiempo pasado a cumplimentar inmediatamente después del discurso. Las respuestas son tipo Likert en una escala de 7 puntos que van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Ocho ítems son positivos y 7 son negativos, se deben tener en cuenta las siguientes conversiones: 7=1, 6=2, 5=3, 3=5, 2=6, 1=7. La puntuación total resulta del sumatorio de las respuestas en los 15 ítems, siendo 15 la puntuación mínima y 105 la máxima, la media teórica se sitúa en 60. MacIntyre y MacDonald (1998, 1999) construyeron estas escalas para comprobar si el nivel de percepción de competencia oral aumentaba tras asistir a un curso introductorio de comunicación donde la tarea que se evalúa es una charla de 5 minutos. El análisis psicométrico reveló resultados positivos tanto en consistencia como en validez lo que les llevó a concluir que la escala es una buena herramienta para el estudio de la comunicación en el ámbito educativo.

El SPIC se ha introducido en el presente trabajo dadas las características de la investigación donde surgió esta escala y los fines perseguidos por los autores que la construyeron. Ha sido necesario traducirla y adaptar los tiempos verbales, proceso realizado para los fines específicos del presente trabajo. En el ANEXO 10 se muestra el SPIC.

TERMÓMETRO DEL MIEDO (TM, BADOS LÓPEZ, 1986).

Es una escala de 10 puntos (1=ausencia de miedo o tranquilidad, 10= miedo o temor extremo) que intenta evaluar el temor o ansiedad que experimenta la persona durante el transcurso de la charla ante el auditorio. En este estudio se ha adaptado en función del momento en que se aplica y la charla a la que se refiere la evaluación. Así, una escala mide el miedo que se experimenta generalmente ante la tarea de hablar en público por lo que en la escala se especifica que la persona debe recordar la última o una de las últimas charlas que dio y el miedo experimentado después de realizar el discurso evaluado en al final del entrenamiento. En el ANEXO 11 se muestran las dos formas del TM.

AUTOCALIFICACIÓN DE LA ACTUACIÓN DURANTE LA CHARLA (AACH, BADOS LÓPEZ, 1986).

Es una escala de 10 puntos (1=actuación mala, 10=actuación excelente) con el fin de que las personas valoren globalmente la actuación de la charla que acaban de dar. Al igual que la anterior, esta escala también se ha adaptado con el fin de medir en el primer momento la calificación que se el/a participante se otorgan en la última o una de las últimas charlas que recuerde y, en el segundo, la autocalificación que da al discurso realizado durante la sesión evaluativa del presente entrenamiento. En el ANEXO 12 se muestran las dos formas del AACH.

DIARIOS APRENDIZAJE.

Questionario semiestructurado elaborado *ad hoc* que se administró a los/as participantes para obtener feedback sobre el entrenamiento. Es un elemento de evaluación formativa cuyo objetivo es mejorar el entrenamiento en competencia oral teniendo en cuenta la opinión del alumnado universitario. Se realizaron diversas adaptaciones según las características de los/as participantes en cada caso. En el ANEXO 13 se muestra el diario de aprendizaje.

ESCALAS DE COMPETENCIA ORAL PERCIBIDA.

Es un conjunto de tres escalas elaboradas *ad hoc* a través de las cuales los/as participantes reflejan la competencia oral percibida relativa a tres momentos temporales. Se puntúan de 1 (baja competencia oral percibida) a 5 (alta competencia oral percibida):

- Percepción del grado de competencia oral anterior al seminario de comunicación oral.
- Percepción del grado de competencia oral en el momento actual (posterior al seminario comunicación oral).
- Percepción del grado de competencia oral que podrán alcanzar en el futuro.

En el ANEXO 14 se muestran las tres escalas de competencia oral percibida.

3.6. Procedimiento.

Los autoinformes descritos fueron aplicados de acuerdo con la secuencia detallada en la Tabla 11.

Tabla 11. Momentos de medición en las distintas muestras.

MUESTRAS	INSTRUMENTOS	PREVIO AL SEMINARIO	PREVIO AL DISCURSO	POSTERIOR AL DISCURSO	POSTERIOR AL SEMINARIO
MUESTRA 1: ALUMNADO FISIOTERAPIA	TM				*
	AACH				*
	PRCS-12				*
	DA				*
MUESTRA 2: ESTUDIANTES MÁSTER(1)	TM				*
	AACH				*
	PRCS-12				*
	DA				*
MUESTRA 3: ESTUDIANTES MÁSTER(2)	TM	*			*
	AACH	*			*
	PRCS-12	*			*
	PRCA-24	*			*
MUESTRA 4: ENFERMERAS/OS	DA				*
	TM	*		*	*
	AACH	*		*	*
	PRCS-12	*		*	*
MUESTRA 5: ALUMNADO ENFERMERIA-PALMA	PRCA-24	*		*	*
	SPIC	*	*	*	
	ECOP				*
	DA				*
MUESTRA 6: ALUMNADO ENFERMERIA IB-ME	TM	*		*	
	AACH	*		*	
	PRCS-12	*		*	
	PRCA-24	*		*	
ENFERMERIA IB-ME	SPIC	*	*	*	
	ECOP				*
	DA				*

TM: Termómetro del Miedo; AACH: Autocalificación de la actuación durante la charla; PRCS-12: Cuestionario de confianza para hablar en público versión abreviada; PRCA-24: Autoinforme de temor a la comunicación o aprensión comunicativa; SPIC: Índice de competencia-estado percibida; ECOP: Escalas de competencia oral percibida; DA: Diarios aprendizaje.

Además de estas medidas de autoinforme, se utilizó la Escala ECO de 7 categorías, para evaluar la competencia oral durante la ejecución de la tarea de hablar en público preparada y practicada en grupo pequeño. En el caso de la muestra 6 (alumnado de Enfermería-Palma) también se utilizó la Escala ECO durante el ensayo en tutoría de apoyo (actividad que no se ofertó en los anteriores entrenamientos).

En cuanto al entrenamiento de la competencia oral aplicado, en los cuadros siguientes se describen las particularidades en su aplicación a las diferentes muestras estudiadas.

Muestra 1: Alumnado de Fisioterapia (n=13).

Tabla 12. Desarrollo del entrenamiento de la competencia oral en la muestra 1.

TEMPORALIZACIÓN	4 horas distribuidas en dos sesiones, realizadas en las dos últimas semanas de noviembre de 2011.
TÉCNICAS DE APRENDIZAJE	Instrucciones, modelado, aprendizaje por observación, exposición en vivo, retroalimentación y refuerzo
RECURSOS	Aula de clases con aforo aproximado de 50 personas, tarima, cañón de proyección, ordenador, baraja de tarjetas del "tema vacío", cronómetro.
PROFESORADO	La Dra. Riquelme Agulló profesora titular de la asignatura "Fisioterapia en enfermedades crónicas" de tercer curso de la diplomatura de Fisioterapia. La Dra. Pades Jiménez, codirectora de esta tesis y profesora titular de la Facultad de Enfermería. La autora de este trabajo, profesora asociada de Enfermería de esta misma asignatura. Las dos últimas profesoras mencionadas fueron las instructoras y observadoras durante todo el proceso.
DESARROLLO DE SESIONES	<p>1ª Sesión.</p> <p>Contenido teórico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introducción: importancia de la comunicación oral en el ámbito científico. • Principales dificultades para hablar en público: déficit de habilidades por falta de exposición y aprendizaje, experiencias previas negativas que originan miedo, falta de entrenamiento previo al discurso, errores cognitivos, focalización de la atención en los aspectos fisiológicos de la activación. • Descripción de la conducta de hablar en público: procesos cognitivos, fisiológicos y motores. • Análisis de la conducta verbal y no verbal durante el discurso. Ejemplos de conductas adecuadas e inadecuadas mediante modelado. <p>Contenido práctico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación del registro de observación con el que se evaluará la exposición de cada alumno/a y que sirve para dar feedback. • Práctica del "tema vacío" con feedback. Es una tarea propuesta en por Lange y Jakubowski (1976) para practicar la habilidad de hablar en público. Posteriormente ha sido adaptada al contexto psicoeducativo formando parte de un entrenamiento de HHSS en estudiantes y profesionales de la salud (Pades Jiménez, 2003). El alumno/a debe

	<p>extraer una tarjeta de una baraja de contiene temas y hablar durante un minuto delante del resto de compañeros/as sobre el tema que le ha tocado (lápiz, puerta, móvil, radiografía, etc). Se trata, pues, de una tarea improvisada en la que no importa el contenido de la charla sino que se pone el acento en el aspecto no verbal del discurso. El alumno/a debe hacer frente a la situación intentando prestar atención a sus conductas motoras, al finalizar <i>"se da retroalimentación positiva sobre los elementos no verbales adecuadamente empleados"</i> (Pades Jiménez, 2003, p.190)</p> <p>Instrucciones para la 2ª sesión y composición de grupos de trabajo.</p> <p>Para finalizar la 1ª sesión, se explicó que la siguiente semana cada alumno/a presentaría un tema entre 4 y 8 minutos. El tema debía ser preparado previamente y de forma conjunta con el grupo. Para ello, se formaron los grupos (3 o 4 miembros) y se les asignó al azar un artículo científico sobre Fisioterapia. Se enfatizó la importancia de la práctica de forma conjunta. Finalmente, se explicó que cada miembro expondría un apartado del artículo pudiendo utilizar apoyo visual y que las evaluaciones serían individuales.</p> <p>2ª Sesión:</p> <p>En primer lugar las docentes mostraron el registro con el que iban a evaluar las actuaciones repasando los puntos clave de las conductas verbales y no verbales. Acto seguido se dieron las instrucciones: cada alumno/a tenía que exponer su tema desde la tarima y una vez finalizado el discurso recibiría un aplauso por parte del auditorio. Después, las profesoras comentaban su actuación en base a la puntuación del registro. Se les aclaró antes de empezar las comunicaciones que la evaluación se realizaría pasados los 2 primeros minutos del discurso, cuando ya se ha producido una disminución de la activación fisiológica.</p> <p>Al finalizar todos los discursos, el alumnado procedió a cumplimentar los cuestionarios y autoinformes detallados anteriormente.</p>
--	---

Muestra 2: estudiantes de Máster (1) (n=18).

Tabla 13. Desarrollo del entrenamiento de la competencia oral en la muestra 2.

TEMPORALIZACIÓN	4 horas distribuidas en dos sesiones, realizadas en las dos últimas semanas de enero de 2012.
TÉCNICAS DE APRENDIZAJE	Instrucciones, modelado, aprendizaje por observación, exposición en vivo, retroalimentación y refuerzo.
RECURSOS	Aula de clases con aforo aproximado de 50 personas, cañón de proyección, ordenador, baraja de tarjetas del tema vacío, cronómetro.
PROFESORADO	La Dra. Pades Jiménez, codirectora de esta tesis y profesora titular de la Facultad de Enfermería. La autora de este trabajo, profesora asociada en la Facultad de Enfermería.
DESARROLLO DE SESIONES	Estructuración y contenido de las sesiones es igual al que se ha descrito para la muestra 1. Variaron los temas a exponer ante el grupo, en este caso fueron artículos relacionados con la disciplina enfermera que podían ser elegidos libremente por los/as participantes.

Muestra 3: estudiantes de Máster (2) (n=10).**Tabla 14.** Desarrollo del entrenamiento de competencia oral en la muestra 3.

TEMPORALIZACIÓN	4 horas distribuidas en dos sesiones, realizadas en las dos últimas semanas de enero de 2013.
TÉCNICAS DE APRENDIZAJE	Instrucciones, modelado, aprendizaje por observación, exposición en vivo, retroalimentación y refuerzo
RECURSOS	Aula de clases con aforo aproximado de 50 personas, tarima, cañón de proyección, ordenador, baraja de tarjetas del tema vacío, cronómetro.
PROFESORADO	La Dra. Pades Jiménez, codirectora de esta tesis y profesora titular de la Facultad de Enfermería. La autora de este trabajo, profesora asociada en la Facultad Enfermería.
DESARROLLO DE SESIONES	<p>1ª Sesión.</p> <p>Contenido teórico: el mismo que se ha descrito en los seminarios anteriores.</p> <p>Contenido práctico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación del registro de observación. • Práctica de observación: se observaron 2 discursos emitidos por dos personajes públicos grabados de la página web de Youtube. Tras el registro, se compararon las puntuaciones otorgadas por parte del alumnado y se comentaron los aspectos que les había llamado la atención. • Práctica del tema vacío con feedback (descrito anteriormente). • Instrucciones para la sesión 2 idénticas a las ofrecidas en el caso de la muestra 2. <p>2ª Sesión. Se estructuró y desarrolló de la misma forma que para las muestras 1 y 2.</p>

Muestra 4: enfermeros/as profesionales (n=22).**Tabla 15.** Desarrollo del entrenamiento de la competencia oral en la muestra 4.

Temporalización	4 horas distribuidas en dos sesiones, realizadas en dos días consecutivos de noviembre de de 2011.
Técnicas de aprendizaje	Instrucciones, modelado, aprendizaje por observación, exposición en vivo, retroalimentación y refuerzo.
Recursos	Aula de clases con aforo aproximado de 40 personas, tarima, cañón de proyección, ordenador, baraja de tarjetas del tema vacío, cronómetro y micrófono.
Profesorado	La autora de este trabajo, profesora asociada en la Facultad de Enfermería.

Desarrollo de sesiones	<p>1ª Sesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al inicio se administraron a todos/as los/as participantes los cuestionarios previos a la exposición del discurso entrenado. • Contenido teórico: el mismo que se ha descrito para las muestras 1, 2 y 3. • Contenido práctico: el mismo que se ha descrito para la muestra 3. • Instrucciones para la 2ª sesión: idénticas a las ofrecidas para la muestra 3, la única excepción fue que no se realizaron grupos de entrenamiento. <p>2ª Sesión: Se estructuró y desarrolló de la misma forma que en las muestras 1, 2 y 3.</p>
-------------------------------	---

Muestra 5: alumnado de Enfermería-Palma (n=112).

Tabla 16. Desarrollo del entrenamiento de comunicación oral en la muestra 5.

Temporalización	4,5 horas distribuidas en dos sesiones, o bien, 5 horas distribuidas en 3 sesiones en función de la realización del entrenamiento en tutoría. Se realizaron entre los meses de febrero y junio de 2013.
Técnicas de aprendizaje	Instrucciones, modelado, aprendizaje por observación, exposición gradual en vivo, retroalimentación y refuerzo.
Recursos	<p>Ubicaciones según la sesión del seminario de que se trate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aula de clases para la 1ª sesión o sesión teórico-práctica (aforo aproximado de 100 personas). • Aula de seminarios para la tutoría de entrenamiento (aforo aproximado de 30 personas). • Salón de actos para la 2ª sesión o sesión evaluativa (aforo aproximado de 260 personas). <p>Recursos materiales: tarima, cañón de proyección, ordenador, micrófono, baraja de tarjetas del tema vacío, cronómetro.</p>
Profesorado	La autora de este trabajo, profesora asociada en la Facultad Enfermería.
Desarrollo de sesiones	<p>1ª Sesión o sesión teórico-práctica (aproximadamente 1 hora y 30 minutos)</p> <p>Contenido teórico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introducción: importancia de la comunicación oral en el ámbito científico. • Principales dificultades para hablar en público: déficit de habilidades por falta de exposición y aprendizaje, experiencias previas negativas que originan miedo, falta de entrenamiento previo al discurso, errores cognitivos. • Descripción de la conducta de hablar en público: procesos cognitivos, fisiológicos y motores. • Análisis de la conducta verbal y no verbal durante el discurso. Ejemplos de conductas adecuadas e inadecuadas. • Bases para una adecuada preparación del apoyo visual (power point). <p>Contenido práctico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación del registro de observación y breve práctica de visualización de discursos atendiendo a los componentes del registro (descrita para las muestras anteriores). <p>Instrucciones para la 2ª sesión y composición de grupos de trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se explicó que en la siguiente sesión cada alumno/a presentaría un tema entre 2 y 4 minutos. El tema, elegido libremente, debía prepararse y practicarse previamente en equipo. Para ello, se tendrían que formar los grupos (3 o 4 miembros) lo antes posible en el transcurso de los días siguientes. En la sesión 2, cada miembro debía exponer un

	<p>apartado del tema utilizando apoyo visual. Se aclaró que las evaluaciones y calificaciones iban a ser individuales en cuanto al discurso, en cambio, la puntuación del power point sería grupal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ofreció la posibilidad de realizar un entrenamiento en grupos pequeños con la profesora en una tutoría previa a la segunda sesión. El fin de ese encuentro era hacer una primera exposición ante un público reducido y recibir un feedback detallado para conocer a qué debían prestar más atención a la hora de entrenar tanto en grupo como individualmente. Se fijaron las fechas aproximadas para ir formando los turnos de las tutorías de entrenamiento. • Por último, se indicó que tenían a su disposición en la plataforma educativa una serie de documentos de apoyo para realizar el powerpoint y entrenar el discurso en grupo. <p>Tutoría de apoyo (30-45 minutos): Aquellos/as alumnos/as que lo creyeron oportuno, realizaron un entrenamiento en pequeño grupo (máximo 5 personas por tutoría). No se les dio instrucciones para el desarrollo de la misma. Al acudir se les explicaba que iban a realizar un discurso improvisado (ejercicio basado en la “<i>impromptu speech task</i>” o tarea de discurso improvisado de Beidel, Jacob y Cooley (1989) que consistía en: elegir un tema libremente y preparar un guión durante 2 o 3 minutos para desarrollarlo oralmente. El discurso debía durar mínimo 2 minutos y máximo 4 minutos tras los cuales se evaluaba al/a ponente y se daba feedback. El ambiente creado entre alumnos/as y docente era muy próximo para disminuir la sensación de amenaza y propiciar el clima idóneo para comentar todas las dificultades así como para ofrecer un feedback directo.</p> <p>2ª Sesión o sesión práctica evaluativa (3 horas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al inicio se administró a todo el alumnado los cuestionarios previos a la exposición del discurso entrenado. • Seguidamente, se realizó la práctica del “tema vacío” en este caso, a diferencia de las otras muestras, se propuso esta tarea como un ejercicio para romper el hielo. Se introducía del siguiente modo: <ul style="list-style-type: none"> <i>“Este ejercicio tiene una doble finalidad. Por una parte, sirve para salir al escenario y enfrentarse a la tarea sin ser evaluado/a. En este sentido, es un ejercicio con finalidad lúdica y para relajar los nervios. Por otra parte, también sirve para que os familiaricéis con el lugar, experimentéis con el micrófono y veáis el auditorio desde la perspectiva del/a ponente, de este modo no os sentiréis tan extraños/as cuando tengáis que ofrecer vuestro discurso posteriormente”.</i> • Tras el ejercicio de improvisación, se realizó la exposición oral por parte de todo el alumnado siguiendo las instrucciones descritas en el anterior seminario. En este caso, puesto que se trataba de simular una reunión científica de expertos/as, se instó a los miembros del grupo para que salieran todos y se sentaran en la tarima a modo de “mesa redonda”. • Al finalizar todos los discursos, el alumnado regresaba a sus asientos y cumplimentaba los cuestionarios y autoinformes descritos anteriormente. Mientras tanto, el siguiente grupo salía al escenario a preparar su ponencia. Cada tres grupos, y tras la cumplimentación de las medidas posteriores al discurso, se facilitaba el feedback a todos/as los/as ponentes.
--	--

Muestra 6: alumnado de Enfermería- Ibiza-Menorca (n=33).**Tabla 17.** Desarrollo del entrenamiento de la competencia oral en la muestra 6.

Temporalización	4,5 horas distribuidas en dos sesiones. Se realizaron entre los meses de febrero y junio de 2013.
Técnicas de aprendizaje	Instrucciones, modelado, aprendizaje por observación, exposición in vivo, retroalimentación y refuerzo
Recursos	Ubicaciones según la sesión del seminario de que se trate: <ul style="list-style-type: none"> • Aula de clases para la 1ª sesión o sesión teórico-práctica (aforo aproximado de 100 personas). • Salón de actos para la 2ª sesión o sesión evaluativa (aforo aproximado de 260 personas). Recursos materiales: tarima, cañón de proyección, ordenador, micrófono, baraja de tarjetas del tema vacío, cronómetro.
Profesorado	La autora de este trabajo, profesora asociada en la Facultad Enfermería.
Desarrollo de sesiones	<p>1ª Sesión o sesión teórico-práctica (aproximadamente 1 hora y 30 minutos). Esta primera sesión fue compartida con la muestra 5 por videoconferencia, por lo tanto, los contenidos y la práctica son los mismos. Ante la imposibilidad de desplazamiento, no se ofreció la tutoría de entrenamiento al alumnado de las islas menores.</p> <p>2ª Sesión o sesión práctica evaluativa (3 horas) La sesión se desarrolló de la misma forma que la sesión práctica-evaluativa descrita para la muestra 5.</p>

3.7. Análisis de datos.

Dadas las diferencias existentes entre las muestras, en función del entrenamiento realizado y los datos recogidos en cada caso, se ha procedido a realizar los siguientes análisis:

- Análisis descriptivo de los resultados obtenidos en los autoinformes las muestras 1 y 2 que únicamente cumplimentaron las mediciones una vez realizado el seminario.
- Para las muestras 3, 4, 5 y 6 se disponía de datos pretest y posttest por lo que se han realizado análisis de medidas repetidas y, en su caso, análisis de muestras independientes mediante pruebas paramétricas o no paramétricas dependiendo del cumplimiento o no del supuesto de normalidad. Asimismo, en la muestra 5 se realizaron también comparaciones aplicando pruebas para datos independientes.

En primer lugar, se presentarán los datos descriptivos correspondientes a las muestras del alumnado de Fisioterapia y estudiantes de Máster (1). A continuación, se expondrán los resultados relativos a las muestras de estudiantes de Máster (2) y de enfermeros/as profesionales puesto que sus características eran suficientemente homogéneas (al tratarse en ambos casos de profesionales) y el entrenamiento realizado en ambas comparte las mismas características. Seguidamente, se mostrarán los análisis realizados en las muestras del alumnado de Enfermería, distinguiendo los grupos de Ibiza-Menorca y de Palma debido a que en el entrenamiento aplicado hubo algunas diferencias entre ellas. Dado que el mayor tamaño muestral lo permitía, el análisis de esta última se ha realizado teniendo en cuenta tres variables. Así, una vez recogidos los datos se procedió a subdividir dicha muestra en diversos subgrupos según el miedo a hablar en público y la experiencia en hablar en público. Una tercera subdivisión se realizó considerando la asistencia o no a la tutoría de apoyo con la intención de comprobar si esta condición del entrenamiento aporta mayores beneficios para el desarrollo de la competencia oral. El propósito de realizar los análisis sobre los resultados del alumnado de Enfermería de Palma en base a estos subgrupos es evidenciar si estas variables pueden estar mediando las actuaciones de los/as alumnos/as entrenados y, en última instancia, si ello repercute sobre la eficacia del programa de entrenamiento.

En último lugar, se incluyen un análisis cualitativo realizado a partir de las respuestas del alumnado de Enfermería en el diario de aprendizaje de la asignatura "Comunicación y salud". Igualmente figuran sus opiniones relacionadas con algunos aspectos de mejora sobre el entrenamiento recibido.

4. RESULTADOS.

Antes de mostrar los resultados concretos en cada una de las muestras estudiadas, creemos necesario hacer una aclaración en referencia al empleo de la Escala ECO. Como se mencionó anteriormente, el proceso de elaboración de esta escala fue detallado y minucioso y, aunque su uso es prometedor, es necesario seguir profundizando en el estudio de sus criterios de bondad psicométrica. Para ello, se precisa un estudio posterior de validación que excedía al objetivo de la presente investigación. Sin embargo, consideramos que su incorporación en este estudio resulta útil y coherente en cuanto que es un instrumento de medida objetiva para determinar los niveles adquiridos de competencia tras las intervenciones. En este sentido, presentamos en la Tabla 18 los valores de consistencia interna de la Escala ECO en su aplicación a las distintas muestras que se analizarán a continuación. Como puede observarse, en todos los casos esa consistencia se halla por encima de .70, condición para que una prueba pueda ser considerada útil (Aron y Aron, 2001).

Tabla 18. Consistencia interna de la Escala ECO en las diferentes muestras de este estudio.

MUESTRA	N VÁLIDA	ALFA DE CRONBACH
Alumnado Fisioterapia	13	.892
Estudiantes Máster (1)	18	.952
Estudiantes Máster (2)	10	.784
Enfermeros/as profesionales	18	.869
Alumnado Enfermería Palma	112	.834
Alumnado Enfermería Ib-Me	33	.876

4.1. Análisis descriptivo de las muestras del alumnado de Fisioterapia y de estudiantes de Máster (1).

Tal y como se explicó al describir la metodología, en estas dos muestras se pasaron únicamente tres pruebas después del entrenamiento, la aplicación del mismo fue muy parecida en ambos casos. En las Tablas 19 y 20 se pueden observar la media, la desviación típica y los valores máximos y mínimos alcanzados por los sujetos en cada prueba una vez finalizado el entrenamiento.

Tabla 19. Descriptivos del alumnado de Fisioterapia (n=13).

PRUEBAS	MEDIA	DT	MÍNIMO	MÁXIMO
PRCS-12	38.31	9.46	22	52
AACH	6.23	1.48	3	8
TM	5.77	2.24	2	9
ECO	3.23	0.63	2.1	4.1

PRCS-12: Confianza para hablar en público; AACH: Autocalificación de la actuación; TM: miedo percibido durante el discurso; ECO: Evaluación de la competencia oral.

Tabla 20. Descriptivos de los/as estudiantes de Máster (1) (n=18).

PRUEBAS	MEDIA	DT	MÍNIMO	MÁXIMO
PRCS-12	41.39	11.76	26	68
AACH	5.50	1.65	2	8
TM	5.22	1.51	3	9
ECO	3.31	0.86	1	4.7

PRCS-12: Confianza para hablar en público; AACH: Autocalificación de la actuación; TM: miedo percibido durante el discurso; ECO: Evaluación de la competencia oral.

Podemos apreciar que el nivel de miedo experimentado por los sujetos mientras daban el discurso en ambas muestras presentó puntuaciones centrales en el termómetro del miedo. Este dato es semejante al que se plasmó en el PRCS-12, cuyos valores en las dos muestras están alrededor del valor estadístico central. Lo mismo puede decirse sobre la autocalificación en ambos grupos, siendo ligeramente superior a la media de la escala. En este sentido, los valores guardan cierta relación con la calificación realizada de forma externa mediante la Escala ECO. Así, la media de las puntuaciones puede considerarse de nivel medio, llegando al límite de nivel alto. A partir de estos datos descriptivos, se vio la necesidad de seguir profundizando en los análisis de otras muestras posteriores con el fin de conocer si el entrenamiento contribuye en estos resultados.

4.2. Análisis de las muestras de estudiantes de Máster (2) y de enfermeros/as profesionales.

El grupo de estudiantes de Máster (2) y el de enfermeros/as profesionales se han analizado conjuntamente puesto que ambas muestras están compuestas por sujetos que ya han concluido los estudios Grado y se hallan inmersos en el mundo laboral, razón por la que se han considerado suficientemente homogéneas. Por otra parte, se aplicó el mismo seminario de comunicación oral y los instrumentos junto con

el procedimiento de recogida de datos fueron idénticos. Para el conjunto de estos datos se ha aplicado la prueba t para muestras relacionadas dado que se ajustan al supuesto de normalidad.

En la Tabla 21 se puede observar la media, la desviación típica, los valores máximos y mínimos alcanzados por los sujetos en cada prueba en el momento previo al inicio del entrenamiento (pre) y una vez finalizado el mismo (post). Para la Escala ECO se presenta la única puntuación que se obtuvo durante la realización del discurso de cada alumno/a.

Tabla 21. Descriptivos y niveles de significación en las muestras de Máster (2) y enfermeros/as profesionales conjuntamente.

PRUEBAS	PRE					POST					p*
	N	M	DT	MIN	MAX	M	DT	MIN	MAX	N	
PRCS-12	24	48.08	12.12	13	65	39.04	12.47	12	63	24	.000
AACH	27	5.74	1.95	2	10	6.04	1.67	2	9	27	.434
TM	27	5.81	2.20	1	10	5.89	2.08	2	9	27	.838
ECO	27					4.25	0.62	2.9	5	27	

PRCS-12: Confianza para hablar en público; AACH: Autocalificación de la actuación; TM: miedo percibido durante el discurso.

* Prueba T de medidas repetidas.

Estos datos han permitido realizar un contraste en las variables confianza para hablar en público, autocalificación de la actuación durante el discurso y miedo percibido durante el discurso para comprobar si existen diferencias previas y posteriores al seminario. Al aplicar la prueba t de Student para muestras relacionadas, encontramos que el único contraste significativo fue el de PRCS-12 ($p < .001$). Consecuentemente podemos afirmar que los sujetos aumentaron su nivel de confianza hablar en público (Figura 21).

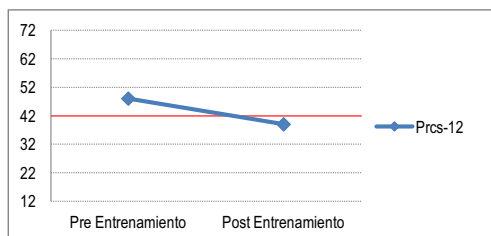


Figura 21. Autocalificación de la actuación y miedo percibido durante el discurso en las muestras estudiantiles de Máster (2) y de enfermeros/as profesionales.

Por otra parte, no se observan diferencias significativas en cuanto a la autocalificación y el nivel de miedo autoinformado, estando los valores tanto previos como posteriores al discurso alrededor de la media de la prueba (Figura 22).

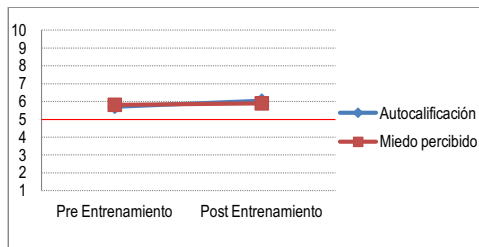


Figura 22. Autocalificación de la actuación y miedo percibido durante el discurso en las muestras estudiantas de Máster (2) y de enfermeros/as profesionales.

En cuanto a la evaluación de la competencia oral medida a través de la Escala ECO, se obtuvo una media de 4.2 (DT=0.62) lo que indica un nivel alto de competencia oral, muy próximo del nivel muy alto cuyo punto de corte está en 4.3.

4.3. Análisis de la muestra del alumnado de Enfermería (Palma).

En esta muestra se han tenido en cuenta el nivel de miedo a hablar en público que presentaban los sujetos antes de realizar el entrenamiento y la experiencia previa en hablar en público. Estas dos variables han conformado diversos subgrupos homogéneos a partir de los cuales se han analizado los resultados obtenidos. El objetivo de examinar los resultados en los subgrupos es que conocer la relevancia de estos factores sobre la actuación de los sujetos entrenados y profundizar en el beneficio de los resultados de la intervención.

Por otra parte, también se han analizado los resultados de los subgrupos según la asistencia o no a la tutoría de apoyo con el fin de saber si esta condición produce mayores beneficios.

Se han medido las mismas variables que en la anterior muestra, y estas presentaban una distribución similar por lo que se han aplicado contrastes paramétricos para las puntuaciones obtenidas en PRCS-12, PRCA-24, PRCA-HP y SPIC, y contrastes no paramétricos para las obtenidas en TM y AACH. Los datos recogidos se cumplieron siguiendo la misma secuencia.

En primer lugar presentamos los estadísticos descriptivos de la muestra considerada globalmente (n=112), sin tener en cuenta las agrupaciones (Tabla 22). Podemos ver que las puntuaciones están en la misma línea que las anteriores muestras. Destaca la puntuación en la Escala ECO que sitúa a este grupo dentro del nivel alto de competencia oral, al igual que la muestra de estudiantes de Máster (2) y enfermeros/as profesionales.

Tabla 22. Descriptivos de la muestra de alumnado de Enfermería Palma (n=112).

VARIABLES	PRE				POST			
	M	DT	MIN	MAX	M	DT	MIN	MAX
PRCS-12	43.88	12.30	12	71	41.49	11.10	13	68
PRCA-24	58.00	6.04	41	74	58.05	6.72	41	79
PRCA-HP	19.52	4.47	6	30	18.97	4.59	6	30
AACH	6.19	1.52	1	10	6.32	1.65	2	10
TM	5.61	1.86	1	10	5.14	1.94	1	9
ECO					3.84	0.80	1.85	5

PRCS-12: confianza para hablar en público. PRCA-24: Aprensión comunicativa; PRCA-HP: Aprensión comunicativa (Subescala Hablar en público); AACH: Autocalificación de la actuación; TM: miedo percibido durante el discurso; ECO: competencia oral observada.

A. Comparaciones según el nivel de miedo a hablar en público.

Para analizar los posibles efectos del entrenamiento de forma más detallada se ha introducido el análisis de la repercusión del miedo sobre la calidad del discurso emitido, descrita en numerosos trabajos a los que ya se ha hecho referencia anteriormente. Para ello, se formaron 3 subgrupos en esta muestra a partir de los cuartiles de las puntuaciones previas al entrenamiento en el autoinforme PRCS-12. Como se explicó en un apartado precedente, este autoinforme mide una dimensión en la que el extremo superior hace referencia al miedo a hablar en público y el extremo inferior a la confianza para hablar en público. Tomando como ejemplo otros estudios sobre el tema (Bados López, 1986; Martos Montes et al, 2011), se ha utilizado esta medición para determinar la composición de los subgrupos interpretando la medida

como el nivel de miedo para hablar en público. Así, la muestra de alumnos/as de Enfermería de Palma se ha redistribuido de la forma que aparece en la Tabla 23. Los estadísticos descriptivos de las variables estudiadas en cada uno de estos subgrupos aparecen en las tablas 24 y 25.

Tabla 23. Subgrupos del alumnado de Palma según el nivel del miedo a hablar en público.

NIVEL DE MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO		N
PRCS-12	Poco miedo	26
	Miedo moderado	57
	Mucho miedo	20

Tabla 24. Descriptivos de la muestra del alumnado de Enfermería Palma según el nivel de miedo a hablar en público.

VARIABLE	NIVEL MIEDO HP	PRE				POST			
		M	DT	MIN	MAX	M	DT	MIN	MAX
PRCA-24	Poco	60.15	7.24	53	68	59.69	5.35	45	68
	Moderado	56.98	5.24	44	64	57.82	6.17	43	68
	Mucho	58.10	6.03	52	64	57.05	9.21	45	79
PRCA-HP	Poco	15.04	4.26	6	20	15.73	5.32	6	30
	Moderado	19.68	2.30	10	25	19.28	3.35	6	30
	Mucho	24.90	3.11	14	30	22.55	3.95	17	29
AACH	Poco	6.66	1.85	4	10	6.31	1.71	3	10
	Moderado	6.39	1.17	5	8	6.46	1.59	4	8
	Mucho	5.05	1.39	2	7	5.75	1.51	1	8
TM	Poco	3.81	1.65	1	4	4.27	1.68	1	6
	Moderado	5.89	1.38	3	8	4.93	1.82	2	8
	Mucho	7.15	1.49	5	10	6.60	1.75	4	10
ECO	Poco					4.09	0.76	3.81	5
	Moderado					3.85	0.77	3.10	5
	Mucho					3.43	0.86	1.85	4.3

PRCA-24: Aprensión comunicativa; PRCA-HP: Aprensión comunicativa (Subescala Hablar en público); AACH: Autocalificación de la actuación; TM: miedo percibido durante el discurso; ECO: competencia oral observada.

Tabla 25. Descriptivos de la competencia oral percibida por el alumnado de Enfermería Palma según el nivel de miedo a hablar en público.

FACTOR	NIVEL DE MIEDO HP	M	DT	MIN	MAX
SPIC pre- entrenamiento	Poco	87	13.53	78	105
	Moderado	77.71	9.75	41	100
	Mucho	60.20	14.95	28	69
SPIC pre-discurso	Poco	84.54	13.46	72	105
	Moderado	78.50	12.33	38	104
	Mucho	67.85	16.16	32	104
SPIC post-discurso	Poco	77.54	16.00	59	101
	Moderado	77.05	16.82	36	100
	Mucho	64.80	15.98	38	97

Como se puede observar en los datos, las puntuaciones obtenidas por estos subgrupos superaron el nivel medio en la Escala ECO. Como era de esperar, el subgrupo que no tenía miedo a realizar la charla obtuvo una puntuación media considerablemente superior al subgrupo que sí tenía miedo, situándose el primero en el nivel alto de competencia oral (>3.5) según el baremo de la Escala ECO. De igual forma, el grupo con miedo moderado también obtuvo una puntuación media superior a la del grupo con mucho miedo, situándose también en un nivel de competencia alto.

En cuanto a los resultados del Anova referentes a la aprensión comunicativa en general, no muestran cambios significativos tras la asistencia al entrenamiento en ninguno de los subgrupos. En cambio, al analizar separadamente la aprensión comunicativa en situación de hablar en público, se apreció que en el grupo con mucho miedo a hablar en público había disminuido significativamente al finalizar el entrenamiento ($p=.008$). A pesar de ello, los sujetos con mucho miedo a hablar en público mantuvieron niveles de aprensión comunicativa significativamente superiores a los mostrados por los otros subgrupos ($p<.001$) después del entrenamiento (grupo de miedo moderado ($p=.007$) y al grupo con poco miedo ($p<.001$) respectivamente). La Tabla 26 resume los principales efectos en el Anova.

Tabla 26. Resultados ANOVA Split-Plot de la muestra de alumnado de Enfermería Palma según el nivel de miedo a Hablar en público para la aprensión comunicativa-Subescala Hablar en público.

FUENTE DE VARIACIÓN	VARIABLES	GL	MC	F	P	ETA AL CUADRADO	POTENCIA
PRUEBAS DE EFECTOS INTRA-SUJETOS.	PRCAHP	1	20.039	2.687	.104	.026	.368
	PRCAHP *						
	MHP	2	26.485	3.551	.032	.066	.648
	Error	100	7.459	-	-	-	-
PRUEBAS DE LOS EFECTOS INTER-SUJETOS	Intersección	1	64770.868	3541.816	.000	.973	1.000
	MHP	2	792.015	43.309	.000	.464	1.000
	Error	100	18.287	-	-	-	-

Calculado con $\alpha=.05$.

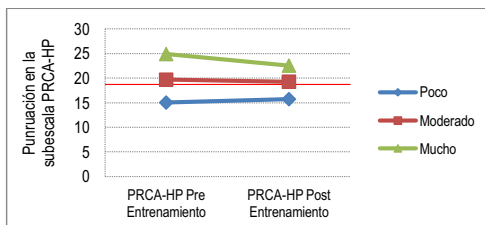


Figura 23. Aprensión comunicativa ante la tarea de hablar en público antes y después del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería (Palma) según el nivel de miedo a hablar en público.

Los resultados referidos al SPIC (Figura 24) revelan que dentro del grupo de alumnos/as con mucho miedo a hablar en público la competencia oral percibida antes del entrenamiento fue inferior ($p=.016$) a la competencia antes de dar el discurso, aunque en la medida posterior al discurso no se mantuvo este efecto. Por otra parte, en el grupo con poco miedo a hablar en público la media de la competencia oral percibida antes del seminario fue significativamente superior ($p=.017$) a las obtenidas en los dos momentos posteriores y en el grupo de miedo moderado no se produjeron cambios significativos en ninguno de los tres momentos. Los resultados de los principales efectos se pueden ver en la Tabla 27.

Tabla 27. Resultados ANOVA Split-Split de la muestra de alumnado de Enfermería Palma según el nivel de miedo a Hablar en público para la competencia oral percibida.

FUENTE DE VARIACIÓN	VARIABLES	GL	MC	F	P	ETA AL CUADRADO	POTENCIA
PRUEBAS DE EFECTOS INTRA-SUJETOS.	SPIC	1.718	361.714	2.709	.078	0.027	0.491
	SPIC * MHP	3.437	414.112	3.101	.023	0.059	0.759
	Error	170.122	133.535	-	-	-	-
PRUEBAS DE LOS EFECTOS INTER-SUJETOS	Intersección	1	1430127.214	3929.697	.000	0.975	1.000
	MHP	2	6303.371	17.320	.000	0.259	1.000
	Error	99	363.928	-	-	-	-

Calculado con $\alpha=.05$

Comparando las tres mediciones de SPIC en los tres subgrupos vemos que la media en competencia oral percibida antes del entrenamiento en el grupo con poco miedo es significativamente superior a la media del grupo con miedo moderado ($p=.003$) y la del grupo con mucho miedo ($p<.001$), y, a su vez, la media del grupo con moderado miedo es significativamente superior ($p<.001$) a la del grupo con mucho miedo.

En cuanto a la medición en el momento previo al discurso evaluado en el entrenamiento, la competencia oral percibida de los grupos con miedo moderado y poco miedo son significativamente superiores ($p=.009$; $p<.001$) a la del grupo con mucho miedo.

No se encontraron diferencias significativas de la medida SPIC entre los grupos con poco y moderado miedo en el tercer momento, es decir, al acabar el entrenamiento ambos grupos presentan puntuaciones similares. En cambio, la media del grupo con poco miedo era significativamente superior ($p<.001$) a la del grupo con mucho miedo. Lo mismo ocurre con la media del grupo con moderado miedo respecto al grupo con mucho miedo ($p=.009$).

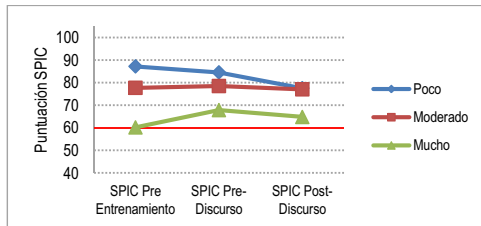


Figura 24. Competencia oral percibida en los diferentes momentos del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería (Palma) según el nivel de miedo a hablar en público previo al entrenamiento.

En el caso del miedo percibido durante el discurso y la autocalificación del mismo, se aplicó la prueba de rangos con signos de Wilcoxon para apreciar las diferencias intragrupales. Se comprobó que en los grupos con poco y mucho miedo no había diferencias estadísticamente significativas en relación con el miedo percibido al emitir un discurso entre antes y después del entrenamiento. En cambio, en el grupo con moderado miedo sí había diferencias entre antes y después de dicho entrenamiento ($p=.001$).

Los contrastes para determinar las diferencias entre grupos se llevaron a cabo aplicando la prueba de Mann-Whitney. Como era de esperar, el miedo percibido ante la situación de hablar en público antes de realizar el entrenamiento fue significativamente inferior en el grupo con poco miedo respecto a los otros dos grupos ($p<.001$). Tras el entrenamiento, el miedo percibido ante el discurso de los grupos con poco y moderado miedo a hablar en público fue significativamente inferior al miedo percibido por parte del grupo con mucho miedo a hablar en público ($p<.001$, $p=.001$).

En cuanto a las autocalificaciones del discurso realizadas por los sujetos de estos tres subgrupos, no se observaron diferencias significativas entre las medias obtenidas antes del entrenamiento y las obtenidas después del mismo para ninguno de ellos. Únicamente se apreció que el alumnado con poco y moderado miedo obtenía antes del entrenamiento puntuaciones medias en esta variable significativamente superiores ($p=.001$, $p<.001$) a las del grupo con mucho miedo (Figura 25).

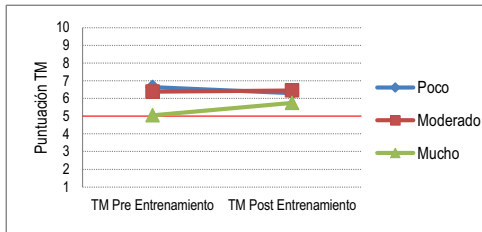


Figura 25. Miedo percibido durante el discurso antes y después del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería (Palma) según el nivel de miedo a hablar en público previo al entrenamiento.

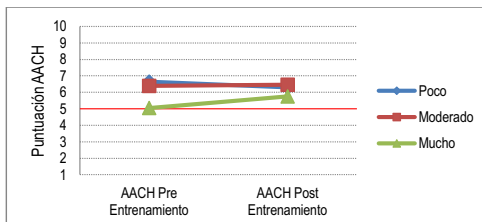


Figura 26. Autocalificación del discurso antes y después del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería (Palma) según el nivel de miedo a hablar en público previo al entrenamiento.

B. Comparaciones según el nivel de experiencia en hablar en público.

De igual forma que en los análisis previos, se ha procedido a formar tres subgrupos a partir de la muestra general de alumnos/as de Palma teniendo en cuenta en este caso el grado de experiencia previa en hablar en público. Esta diferenciación se ha realizado al considerar que, según se describe en la literatura sobre el tema, este es un aspecto que podría facilitar la tarea de hablar en público dado que supone el haberse expuesto y entrenado en numerosas ocasiones.

Concretamente, los sujetos fueron diferenciados según el siguiente criterio (Tabla 28):

- Poca experiencia: alguna intervención en público esporádica durante los cursos escolares.

- Experiencia moderada: varios discursos e intervenciones en público en el contexto escolar y/o universitario.
- Mucha experiencia: frecuentes discursos e intervenciones en público en diversos contextos.

Tabla 28. Subgrupos de la muestra del alumnado de Palma según la experiencia en hablar en público.

NIVEL DE EXPERIENCIA EN PÚBLICO	N
Poca	56
Moderada	34
Mucha	11

En las Tablas 29 y 30 se pueden observar los estadísticos descriptivos de las variables estudiadas en estos subgrupos.

Tabla 29. Descriptivos de la muestra de alumnado de Enfermería Palma según el nivel de experiencia en Hablar en público.

VARIABLE	NIVEL-EXPERIENCIA-HP	PRE				POST			
		M	DT	MIN	MAX	M	DT	MIN	MAX
PRCS-12	Poca	48	10.24	22	71	44	9.79	23	68
	Moderada	42.47	12.46	12	69	40.97	11.55	17	61
	Mucha	28.67	8.23	12	38	30.08	10.47	13	49
PRCA-24	Poca	57.39	6.04	41	72	57.91	6.82	43	79
	Moderada	58.38	6.32	48	74	58.32	7.21	41	73
	Mucha	59.75	5.47	45	66	58.08	5.53	49	66
PRCA-HP	Poca	20.89	3.51	12	30	19.75	4.04	12	30
	Moderada	18.88	5.02	6	30	18.94	4.75	6	27
	Mucha	15.00	3.88	10	20	15.38	4.72	6	25
AACH	Poca	5.80	1.51	1	9	6.42	1.49	3	10
	Moderada	6.85	1.37	3	10	5.97	1.77	2	10
	Mucha	6.25	1.42	3	8	6.69	1.65	3	9
TM	Poca	6.13	1.68	2	10	5.37	2.07	2	9
	Moderada	5.41	1.79	1	8	5.03	1.77	1	8
	Mucha	3.75	1.76	1	7	3.85	1.07	2	6
ECO	Poca					3.64	0.75	1.8	5
	Moderada					3.61	0.67	2.1	5
	Mucha					4.21	0.81	3.4	5

PRCS-12: confianza para hablar en público; PRCA-24: Aprensión comunicativa; PRCA-HP: Aprensión comunicativa (Subescala Hablar en público); AACH: Autocalificación de la actuación; TM: miedo percibido durante el discurso.

Tabla 30. Descriptivos de la variable competencia-estado percibida por el alumnado de Enfermería Palma según el nivel experiencia en hablar en público.

FACTOR	NIVEL DE EXPERIENCIA EN HP	M	DT	MÍN	MAX
SPIC PRE ENTRENAMIENTO	Poca	75.05	14.17	36	101
	Moderada	75.35	16.20	28	105
	Mucha	88.46	9.23	69	105
SPIC PRE DISCURSO	Poca	75.91	14.26	46	97
	Moderada	78.26	14.59	38	105
	Mucha	85.85	12.60	64	105
SPIC POST DISCURSO	Poca	74.68	16.58	32	98
	Moderada	73.18	18.91	36	99
	Mucha	79.69	14.03	59	104

Como se puede observar en los datos presentados, las puntuaciones medias que obtenidas en los tres subgrupos superaron están en el nivel alto de en la Escala ECO. De forma paralela al subgrupo con poco miedo a hablar en público, destacó el subgrupo con mucha experiencia en hablar en público obtuvo llegó al nivel situándose en el límite del nivel muy alto. Los otros dos subgrupos, alumnos/as con experiencia moderada y poca experiencia en hablar en público, aunque también obtuvieron calificaciones menos elevadas alcanzaron igualmente el nivel alto de competencia oral.

En referencia a la confianza para hablar en público (Tabla 31) se observa que el efecto de la experiencia en hablar en público es significativo ($p < .001$). Concretamente, el grupo con poca experiencia aumentó significativamente ($p = .001$) su nivel de confianza ante la tarea de hablar en público tras haber realizado el entrenamiento (Figura 27).

Tabla 31. Resultados ANOVA Split-Plot de la muestra de alumnado de Enfermería Palma agrupada según el nivel de experiencia en hablar en público para la confianza para hablar en público.

FUENTE DE VARIACIÓN	VARIABLES	GL	MC	F	P	ETA AL CUADRADO	POTENCIA
PRUEBAS DE EFECTOS INTRA-SUJETOS.	PRCS-12	1	56.078	1.494	.225	0.015	0.228
	PRCS-12 * Exp.HP	2	84.210	2.244	.111	0.44	0.447
	Error	98	37.532	-	-	-	-
PRUEBAS DE LOS EFECTOS INTER-SUJETOS	Intersección	1	195961.029	1023.880	.000	0.913	1.000
	Exp.HP	2	2848.783	14.885	.000	0.233	0.999
	Error	98	191.391	-	-	-	-

Calculado con $\alpha = .05$

Al comparar la confianza para hablar en público de los subgrupos antes del entrenamiento se comprobó que había diferencias significativas entre el grupo con mucha experiencia respecto a los grupos con poca ($p<.001$) y moderada experiencia ($p=.001$), que tenían mayores los niveles de confianza. Similarmente, tras el entrenamiento la confianza seguía siendo significativamente superior en los grupos con poca ($p<.001$) y moderada experiencia ($p=.006$) respecto al grupo con mucha experiencia.

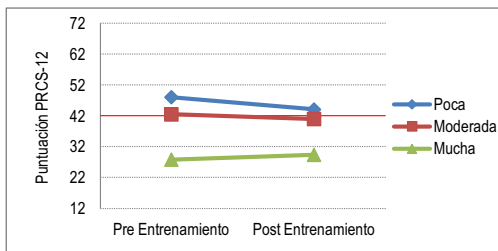


Figura 27. Confianza para hablar en público antes y después del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería (Palma) según el nivel de experiencia previa en hablar en público.

En cuanto a la aprensión comunicativa (medida a través del autoinforme PRCA-24), el efecto de la experiencia en hablar en público no resultó significativo, ni dentro de ningún grupo ni entre grupos. En cambio, para la aprensión comunicativa en la situación concreta de hablar en público (subescala HP) el efecto de la experiencia en hablar en público sí era significativo ($p<.001$). El grupo con poca experiencia previa en hablar en público mostró una disminución significativa de la aprensión comunicativa en estas situaciones al finalizar el entrenamiento ($p=.005$). Por otra parte, en los grupos con mucha y moderada experiencia no se observaron diferencias significativas entre las medidas tomadas antes y después del entrenamiento. Los resultados de los principales efectos se pueden ver en la Tabla 32.

Tabla 32. Resultados ANOVA Split-Plot de la muestra de alumnado de Enfermería Palma agrupada según el nivel de experiencia en hablar en público para la Aprensión comunicativa, Subescala Hablar en público.

FUENTE DE VARIACIÓN	VARIABLES	GL	MC	F	P	ETA AL CUADRADO	POTENCIA
PRUEBAS DE EFECTOS INTRA-SUJETOS.	PRCAHP	1	2.663	0.351	.555	0.004	0.090
	PRCAHP *	2	9.971	1.315	.273	0.026	0.279
	Exp.HP	99	7.581	-	-	-	-
PRUEBAS DE LOS EFECTOS INTER-SUJETOS	Intersección	1	45249.043	1573.452	.000	0.941	1.000
	Exp.HP	2	272.353	9.471	.000	0.161	0.977
	Error	99	28.758	-	-	-	-

Calculado con $\alpha=.05$.

Por otra lado, antes del entrenamiento, los grupos con poca experiencia y experiencia moderada en hablar en público mostraron un nivel de aprensión comunicativa en la situación de hablar en público superior al del grupo con mucha experiencia ($p<.001$, $p=.018$). Lo mismo sucedió con la medida posterior al seminario, siendo significativamente superiores los valores de los grupos con poca ($p=.005$) y moderada experiencia ($p=.004$) respecto al grupo con mucha experiencia (Figura 28).

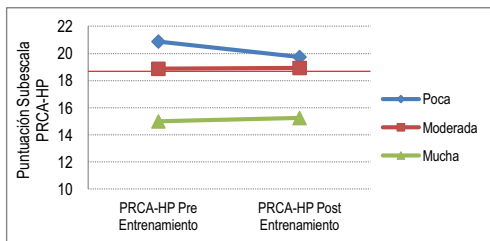
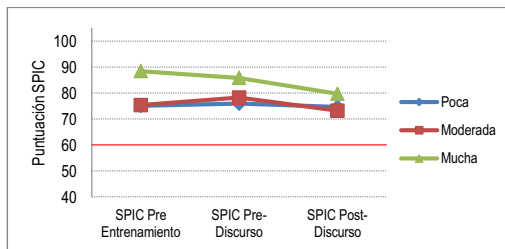


Figura 28. Aprensión comunicativa ante la tarea de hablar en público antes y después del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería (Palma) según el nivel de experiencia previa en hablar en público.

No se encontraron diferencias significativas en el SPIC antes y después del entrenamiento para ninguno de los tres subgrupos formados según la experiencia previa (Tabla 33). Es decir, al acabar el entrenamiento el alumnado con mucha, moderada o poca experiencia previa en hablar ante el público no autoinformó mejoría sobre su nivel de competencia oral percibida. Sí se obtuvieron diferencias significativas antes de la realización del entrenamiento. Concretamente, los grupos con poca y moderada experiencia obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores ($p=.009$, $p=.019$) a las del grupo con mucha experiencia (Figura 29).

Tabla 33. Resultados ANOVA Split-Split de la muestra de alumnado de Enfermería Palma agrupada según el nivel de experiencia en hablar en público para la competencia oral percibida.

FUENTE DE VARIACIÓN	VARIABLES	GL	MC	F	P	ETA AL CUADRADO	POTENCIA
PRUEBAS DE EFECTOS INTRA-SUJETOS.	SPIC	1.722	445.196	3.261	.048	0.031	0.571
	SPIC * Exp.HP	3.443	145.035	1.062	.372	0.021	0.305
	Error	173.888	136.520	-	-	-	-
PRUEBAS DE LOS EFECTOS INTER-SUJETOS	Intersección	1	1342878.280	2882.233	.000	0.966	1.000
	Exp.HP	2	1482.831	3.183	.046	0.059	0.597
	Error	101	465.916	-	-	-	-

Calculado con $\alpha=.05$ **Figura 29.** Competencia oral percibida en los diferentes momentos del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería (Palma) según el nivel de experiencia en hablar en público.

En cuanto al miedo percibido durante el discurso y la autocalificación del mismo, se aplicó la prueba de rangos con signos de Wilcoxon para apreciar las diferencias intragrupales. Se comprobó que el grupo con poca experiencia experimentó un miedo significativamente menos intenso al acabar el entrenamiento que en las exposiciones orales previas al mismo ($p=.016$). Este efecto no se encontró en los sujetos con mucha y moderada experiencia previa (Figura 30).

Los contrastes para determinar las diferencias entre grupos se llevaron a cabo aplicando la prueba de Mann-Whitney. Antes del entrenamiento, el miedo percibido de los grupos con poca y moderada experiencia era significativamente superior al miedo informado por el grupo con mucha experiencia ($p=.019$, $p=.010$). Los valores recogidos después del entrenamiento mostraron que estas diferencias se mantenían ($p<.001$, $p=.025$). Por lo tanto, tanto el grupo de alumnos/as con poca experiencia como el grupo con experiencia moderada percibieron un nivel de miedo superior antes y después del seminario con respecto al grupo que tenía mucha experiencia.

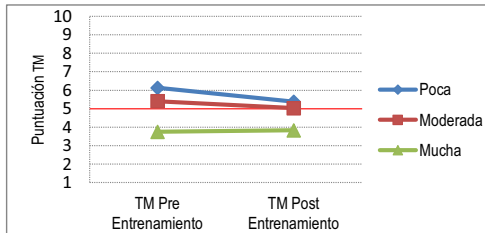


Figura 30. Miedo percibido durante el discurso antes y después del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería Palma según el nivel de experiencia en hablar en público.

Los resultados relativos a la autocalificación de la actuación de hablar en público muestran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de moderada y poca experiencia previamente a la impartición del entrenamiento (Figura 31).

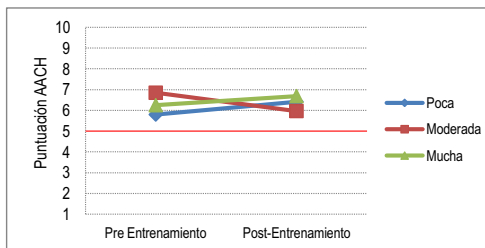


Figura 31. Autocalificación de la actuación antes y después del entrenamiento en los grupos del alumnado de Enfermería Palma según el nivel de experiencia en hablar en público.

C. Comparaciones según la asistencia a una tutoría de apoyo.

En estos análisis se tuvo en cuenta la asistencia a una tutoría que fue ofertada al alumnado como apoyo a su aprendizaje. Ello hizo que el seminario presentara dos condiciones y, por tanto, esta muestra de alumnos/as de Palma se dividió en dos subgrupos:

- Un grupo formado por los/as alumnos/as que decidieron asistir a la tutoría en pequeño grupo como apoyo al entrenamiento.
- Un grupo que decidió no asistir a esta tutoría.

El número de alumnos/as por grupo se muestra Tabla 34.

Tabla 34. Subgrupos de la muestra del alumnado de Palma en función de la asistencia a la tutoría de apoyo.

ASISTENCIA A LA TUTORÍA DE APOYO	N
Sí	88
No	33

Un aspecto que se considera relevante es que más del 70% del alumnado creyó conveniente asistir a una tutoría de apoyo para realizar este entrenamiento en pequeño grupo con la profesora.

A continuación se muestran en las Tablas 35 y 36 los principales valores descriptivos para cada una de las variables medidas en estos dos subgrupos de la muestra de Enfermería Palma.

Tabla 35. Descriptivos de la muestra de alumnado de Enfermería Palma según la asistencia o no asistencia a la tutoría de apoyo.

FACTOR	ASISTENCIA	PRE				POST			
		M	Dt	MIN	MÁX	M	Dt	MIN	MÁX
PRCS-12	Sí	42.91	12.08	12	71	39.85	10.71	13	64
	No	47.08	12.74	22	69	46.30	11.28	26	68
PRCA-24	Sí	57.96	6.33	41	74	58.00	6.67	41	79
	No	58.13	5.10	50	66	58.25	7.01	45	71
PRCA-HP	Sí	19.28	4.50	29	24	18.63	4.52	6	30
	No	20.33	4.36	10	30	20.25	4.75	12	30
AACH	Sí	6.25	1.53	1	10	6.42	1.58	2	10
	No	6.00	1.47	3	8	5.96	1.82	3	10
TM	Sí	5.42	1.84	1	10	4.89	1.93	1	9
	No	6.25	1.82	2	10	5.75	1.92	2	9
ECO	Sí					3.93	0.78	1.85	5
	No					3.51	0.84	2.1	4.8

PRCS-12: confianza para hablar en público; PRCA-24: Aprensión comunicativa; PRCA-HP: Aprensión comunicativa (Subescala Hablar en público); AACH: Autocalificación de la actuación; TM: miedo percibido durante el discurso.

Tabla 36. Descriptivos de la competencia-estado percibida por el alumnado de Enfermería según la asistencia o no asistencia a la tutoría de apoyo.

VARIABLES	ASISTENCIA	M	DT	MIN	MÁX
SPIC PRE ENTRENAMIENTO	Si	77.66	14.13	37	105
	No	74.04	17.33	28	101
SPIC PRE-DISCURSO	Si	79.64	13.13	43	105
	No	71.50	17.66	38	97
SPIC POST-DISCURSO	Si	77.95	15.94	36	104
	No	67.25	19.39	32	97

Atendiendo a las puntuaciones medias obtenidas en la Escala ECO, podemos apreciar que ambos grupos se sitúan en el nivel alto de competencia oral. Si bien el alumnado que realizó el entrenamiento en la tutoría de apoyo está muy próximo al límite superior de dicho nivel y, en cambio, el grupo que no asistió a la tutoría de apoyo queda situado en el límite inferior.

Como se puede observar, la asistencia a la tutoría de apoyo tuvo un efecto significativo ($p=.039$) sobre la confianza para hablar en público (Tabla 37). Concretamente, el grupo que realizó dicha tutoría logró mejorar significativamente su nivel de confianza para hablar en público tras el entrenamiento ($p=.007$). Este efecto no se halló en el grupo de alumnos/as que no realizaron la práctica en la tutoría de apoyo.

Tabla 37. Resultados ANOVA Split-Plot en los subgrupos según asistencia a la tutoría del alumnado de Enfermería (Palma) para la confianza para hablar en público.

FUENTE DE VARIACIÓN	VARIABLES	GL	MC	F	P	ETA AL CUADRADO	POTENCIA
PRUEBAS DE EFECTOS INTRA-SUJETOS.	PRCS-12	1	137.804	3.507	.064	0.034	0.458
	PRCS-12 * ASISTENCIA	1	22.392	0.570	.452	0.006	0.116
	Error	100	39.289	-	-	-	-
PRUEBAS DE LOS EFECTOS INTER-SUJETOS	Intersección	1	278557.432	1186.042	.000	0.922	1.000
	ASISTENCIA	1	1023.432	4.358	.039	0.042	0.543
	Error	100	234.863	-	-	-	-

Calculado con $\alpha=.05$

La confianza para hablar en público antes del entrenamiento entre los grupos de asistencia y no asistencia a la tutoría no era estadísticamente diferente. En cambio, tras el entrenamiento la confianza fue significativamente superior del grupo que asistió a la tutoría ($p=.022$). En general, podemos decir que el grupo que realizó la tutoría de apoyo aumentó su nivel de confianza para hablar en público (disminuyó su miedo en

esta situación) en relación con sus niveles previos y, también, con el grupo de alumnos/as que no asistió a dicha tutoría (Figura 32).

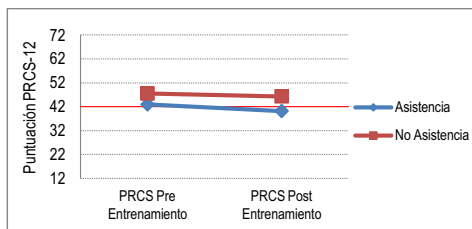


Figura 32. Confianza para hablar en público antes y después del entrenamiento en los grupos de Enfermería (Palma) que asistieron y no asistieron a la tutoría de apoyo.

En relación con la aprensión comunicativa en general y en la situación de hablar en público en particular, no se hallaron diferencias significativas ni a nivel intragrupal ni a nivel intergrupalo. La asistencia o no a la tutoría de apoyo no tuvo, pues, efecto sobre la aprensión comunicativa, ni en general, ni en la situación concreta de hablar en público.

En la Tabla 38 se presentan los principales efectos obtenidos en el Anova al analizar la competencia oral percibida en quienes asistieron y no asistieron a la tutoría de apoyo.

Tabla 38. Resultados ANOVA Split-Plot en los subgrupos según asistencia a la tutoría del alumnado de Enfermería (Palma) para la competencia oral percibida.

FUENTE DE VARIACIÓN	VARIABLES	GL	MC	F	P	ETA AL CUADRADO	POTENCIA
PRUEBAS DE EFECTOS INTRA-SUJETOS.	SPIC	1.719	370.857	2.726	.076	0.026	0.493
	SPIC *	1.719	226.394	1.664	.196	0.016	0.322
	Error	175.294	136.054	-	-	-	-
PRUEBAS DE LOS EFECTOS INTER-SUJETOS	Intersección	1	1231749.559	2667.688	.000	0.963	1.000
	ASISTENCIA	1	2926.790	6.339	.013	0.059	0.703
	Error	102	461.729	-	-	-	-

Calculado con $\alpha=.05$

En cuanto al nivel de competencia oral percibida dentro de cada grupo, no se hallaron cambios significativos entre las medidas antes y después del entrenamiento. En cambio, se puede apreciar en estos resultados que el efecto de la asistencia es significativo ($p=.013$). Al establecer comparaciones por pares, se vio que las

diferencias entre los dos grupos en el SPIC antes del entrenamiento no alcanzaron niveles de significación. Sin embargo, la competencia oral percibida previa al discurso y posterior al mismo alcanzaron valores significativamente superiores en el grupo que asistió a la tutoría con respecto al grupo que no asistió ($p=.012$). Es decir, ambos grupos, que al inicio presentaban una competencia oral percibida semejante, acabaron diferenciándose en las puntuaciones inmediatamente previas y posteriores al discurso emitido durante la segunda sesión del seminario, siendo mayor la competencia oral percibida en el grupo de alumnos/as que asistieron a la tutoría de apoyo (Figura 33).

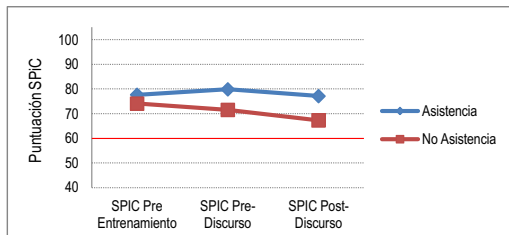


Figura 33. Competencia oral percibida en los grupos de Enfermería (Palma) que asistieron y no asistieron a la tutoría de apoyo.

En cuanto al miedo percibido durante el discurso, al aplicar la prueba de rangos con signos de Wilcoxon para apreciar las diferencias dentro de cada grupo, se pudo constatar que en el grupo que asistió a la tutoría de apoyo disminuyó significativamente ($p=.034$) el miedo percibido durante la tarea de hablar en público una vez finalizado el entrenamiento (Figura 34).

Al aplicar la prueba de Mann-Whitney para realizar los contrastes entre grupos, se comprobó que los grupos presentaron diferencias en el miedo percibido durante la exposición oral previo al seminario, siendo significativamente superior en el grupo de alumnos/as que no realizó la práctica en tutoría ($p=.036$).

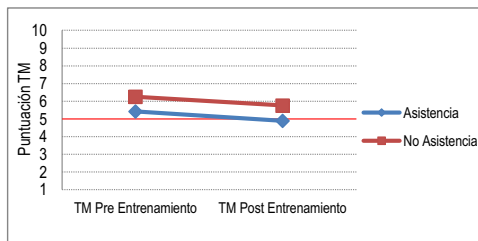


Figura 34. Miedo percibido antes y después del seminario en los grupos de Enfermería (Palma) que asistieron y no asistieron a la tutoría de apoyo.

Respecto a la autocalificación de la actuación no se encontraron diferencias significativas ni dentro de los grupos ni entre los grupos (Figura 35).

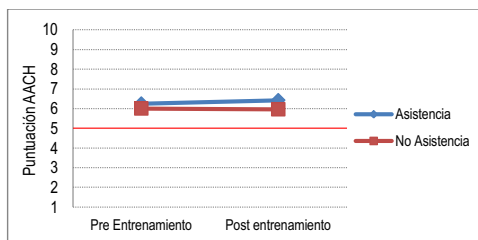


Figura 35. Miedo percibido antes y después del seminario en los grupos de Enfermería (Palma) que asistieron y no asistieron a la tutoría de apoyo.

En el grupo que asistió a la tutoría de apoyo se pudo realizar un contraste adicional sobre la competencia oral observada utilizando la Escala ECO. Con el fin de contrastar las puntuaciones medias de la observación en la tutoría y las de la observación en la segunda sesión del entrenamiento, fue necesario descartar dos categorías que componen esta escala. Esto fue debido al tipo de tarea y el lugar donde se realizó el entrenamiento. Por un lado, se descartó la variable contenido ya que en la tutoría de apoyo el discurso era sobre un tema libre mínimamente preparado y se otorgó mayor interés de forma explícita a la expresión no verbal. Por otro, se suprimió la variable volumen, puesto que el aula donde transcurrieron estas tutorías era de características reducidas de modo que el discurso era fácilmente audible desde cualquier ubicación. Por todo ello, podemos decir que la comparación establecida en este contraste hace referencia únicamente al aspecto no verbal de la comunicación.

La puntuación de la competencia oral no verbal en la tutoría de apoyo se situó en un nivel medio ($M=3.2$, $DT=0.90$) y la obtenida por este mismo grupo en la segunda sesión del entrenamiento se situó en un nivel alto de competencia ($M=3.7$, $DT=0.77$). La prueba t fue aplicada con el fin de contrastar estos valores. Los resultados muestran que el nivel de competencia alcanzado en sesión evaluativa fue significativamente superior ($p<.001$) al alcanzado en la tutoría de apoyo (Figura 36).

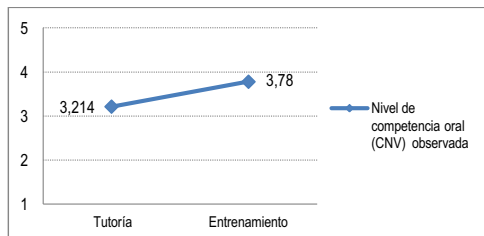


Figura 36. Valores de la competencia oral observada (CNV) en la tutoría de apoyo y en la sesión evaluativa del entrenamiento en el subgrupo de alumnos/as que asistieron a dicha tutoría.

Un segundo análisis referente a la variable competencia oral consistió en comparar las puntuaciones de la Escala ECO entre el grupo que asistió y el que no asistió a la tutoría de apoyo (Figura 37). En esta ocasión se contempló la Escala ECO con las 7 categorías puesto que la situación en la que se observó (la presentación oral entrenada ofrecida en el aula magna) cumplía las condiciones necesarias para valorar el contenido y el volumen. La puntuación media obtenida por el grupo que realizó la tutoría de apoyo fue 3.9 ($DT=0.78$) y en los/as que no asistieron fue 3.5 ($DT=0.84$). Nuevamente se encontraron diferencias significativas, mediante la prueba de Mann Whitney, de modo que el grupo que asistió a la tutoría tenía puntuaciones significativamente más elevadas ($p=.032$) que quienes no asistieron. Cabe destacar que ambos grupos alcanzaron niveles altos de competencia oral (>3.4) después de realizar el entrenamiento.

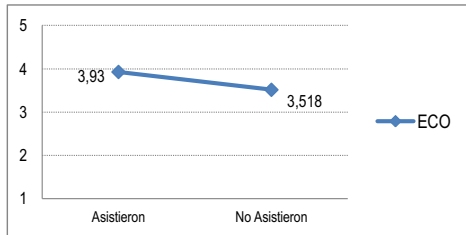


Figura 37. Valores de la competencia oral observada en el entrenamiento según la asistencia a la tutoría de apoyo.

Finalmente, se realizaron otras dos comparaciones sobre los niveles de competencia oral. Por una parte, se comparó el grupo del alumnado de Enfermería de Ibiza-Menorca con el grupo de Palma sin diferenciar la condición de asistencia a la tutoría de apoyo (Figura 38), y por otra, se comparó el grupo de Ibiza-Menorca y el grupo de Palma que no había asistido a la tutoría (Figura 39).

En la primera de estas comparaciones, la prueba t de Student ofreció resultados significativos a favor del grupo de Palma ($p=.002$) en relación con el grupo de Ibiza-Menorca. Por tanto, se puede afirmar que el alumnado de Palma desarrolló un mayor nivel de competencia oral que el grupo de Ibiza-Menorca, alcanzándose un nivel alto ($M=3.8$, $DT=0.8$) en el primer caso y un nivel medio ($M=3.3$, $DT=0.79$) en el segundo. Sin embargo, al comparar los grupos que no asistieron a la tutoría se comprobó, también aplicando la prueba t de Student, que las diferencias en las puntuaciones medias de la Escala ECO no alcanzaron el nivel de significación. Es decir, al concluir el entrenamiento, las puntuaciones del grupo de Palma que no asistió la tutoría de apoyo ($M=3.5$, $DT=0.84$) y las puntuaciones del grupo de Ibiza-Menorca que no tuvo la opción de asistir ($M=3.3$, $DT=0.79$) no mostraron diferencias estadísticas ($p=.596$). Más aún, al contrastar las puntuaciones de todas las variables del estudio en estos dos grupos, alumnado de Ibiza-Menorca y alumnado de Palma sin asistencia a la tutoría, no se observaron diferencias significativas en ninguna de ellas (estos contrastes no se han incorporado al texto puesto que no aportaban información adicional relevante).

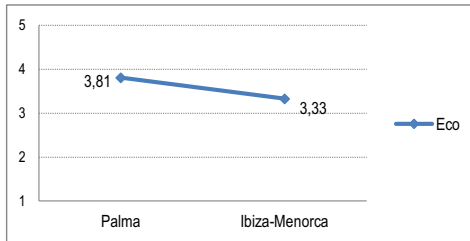


Figura 38. Valores de la competencia oral observada en la sesión evaluativa del entrenamiento en las muestras del alumnado de Enfermería (Palma) y alumnado de Enfermería (Ibiza-Menorca).

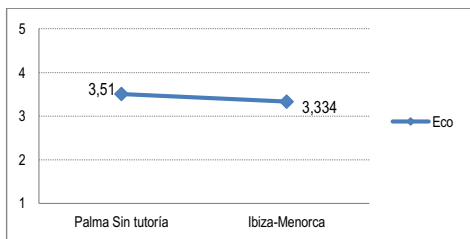


Figura 39. Valores de la competencia oral observada en el grupo del alumnado de Enfermería (Palma) que no realizó la tutoría de apoyo y el alumnado de Enfermería (Ibiza-Menorca).

4.4. Análisis de la muestra del alumnado de Enfermería (Ibiza-Menorca).

En esta muestra el alumnado cumplimentó los autoinformes PRCS-12, PRCA-24, TM y AACH en dos tiempos, pre y post entrenamiento. El autoinforme SPIC se pasó en tres tiempos, antes de comenzar el entrenamiento, inmediatamente antes de la prueba oral en la sesión evaluativa del seminario e inmediatamente después de la misma.

- Las distribuciones de las variables confianza para hablar en público, aprensión comunicativa y aprensión comunicativa en la situación de hablar en público se ajustan al supuesto de normalidad por lo que se aplica la prueba t de Student de muestras relacionadas.

- Las variables miedo percibido durante el discurso y autocalificación de la actuación durante el discurso no cumplen el supuesto de normalidad por lo que se aplica la prueba de Wilcoxon.

La variable competencia oral percibida asume los supuestos de homocedasticidad, normalidad y esfericidad por lo que se aplica un análisis de la varianza de medidas repetidas.

En la Tabla 39 se ofrecen las puntuaciones medias, desviación típica, puntuación mínima y máxima en las mediciones PRCS-12, PRCA-24 y subescala HP, AACH, TM y Escala ECO. También se ha incorporado la significación estadística de las pruebas aplicadas.

Tabla 39. Descriptivos y niveles de significación: muestra del alumnado de Enfermería Ibiza-Menorca (n=33).

PRUEBAS	PRE				POST				P
	M	DT	MIN	MAX	M	DT	MIN	MAX	
PRCS-12	46.03	11.93	17	62	46.94	11.64	16	69	.576 [†]
PRCA-24	56.93	5.96	39	69	56.34	5.81	45	71	.639*
PRCA-HP	20.7	4.09	11	29	21	4.52	11	30	.512 [†]
AACH	5.9	1.47	3	9	5.68	1.76	1	9	.162 [†]
TM	6.10	1.92	1	9	5.61	2.11	1	9	.919 ^{**}
ECO					3.334	0.85	1.7	5	

PRCS-12: Confianza para hablar en público; PRCA-24: Temor a la comunicación; PRCA-HP: Temor a la comunicación (Subescala Hablar en público); AACH: Autocalificación de la actuación; TM: Termómetro del miedo; ECO: Evaluación de la competencia oral.

[†] Prueba t de medidas repetidas.

^{**} Prueba de Wilcoxon.

Podemos apreciar que, en ninguna de las variables analizadas las diferencias de medias son significativas estadísticamente. Por lo que podemos afirmar que en el grupo de alumnos/as de Enfermería de Ibiza y Menorca no existen diferencias entre los valores previos y posteriores al seminario en cuanto al nivel de confianza/miedo para hablar en público, aprensión comunicativa en general y ante la situación de hablar en público en particular, miedo experimentado durante la charla y autocalificación de la actuación.

En la Tabla 40 se recogen los valores medios de las puntuaciones de respuesta en la medida SPIC. Al aplicar el análisis de varianza se comprobó nuevamente que la intervención en este grupo no produjo efecto sobre la competencia oral percibida en ningún momento del proceso, $F(2)=2.38$, $p=.67 > .05$.

Tabla 40. Descriptivos de la competencia oral percibida por el alumnado de Enfermería Ibiza-Menorca (n=28).

PRUEBA	M	DT	MÍN	MÁX
SPIC PRE ENTRENAMIENTO	67.18	14.76	37	99
SPIC PRE DISCURSO	67.32	20.26	19	100
SPIC POST DISCURSO	72.71	18.55	31	104

Por último, hacer mención sobre la puntuación media en la Escala ECO, que para esta muestra es de 3.3 (DT=0.85) por lo que se sitúa en un nivel medio de competencia oral.

En definitiva, puede decirse que en esta muestra el entrenamiento aplicado no produjo cambios significativos.

4.5. Valoración del entrenamiento por parte del alumnado de Enfermería (Palma, Ibiza y Menorca).

En primer lugar, se presenta la valoración del entrenamiento que ha aportado el alumnado en un cuestionario ad hoc cumplimentado al acabarlo. En segundo lugar, se muestran los principales hallazgos obtenidos tras realizar un análisis de contenido del diario de aprendizaje que el alumnado cumplimentó entre 2 y 7 semanas después de haber finalizado el entrenamiento.

Valoración de la eficacia y utilidad del entrenamiento.

Las siguientes gráficas reflejan las frecuencias de respuestas del alumnado en un cuestionario cumplimentado después de la realización del discurso en el entrenamiento, en el mismo momento en que respondían los autoinformes. Con ello se pretendía averiguar qué opinión tenían los/as alumnos/as del entrenamiento después de haberlo realizado. El cuestionario, compuesto por 4 preguntas cerradas en una escala de 0 a 10, hace referencia a la efectividad del entrenamiento y a la opinión sobre posibles mejoras del mismo. Un total de 142 alumnos/as respondieron a estas preguntas.

Como se puede apreciar, al preguntar si creían que este seminario iba a ayudarles a mejorar su habilidad para hablar en público, la respuesta fue muy positiva, con una media de 8.06 (DT=1.503).



Figura 40. Pregunta 1.

El alumnado puntuó con una media de 7.08 (DT=1.862) cuando se preguntó sobre la disminución del miedo a hablar en público después de realizar este seminario.



Figura 41. Pregunta 2.

En la tercera pregunta, muy relacionada con la primera, se preguntaba si creían que el entrenamiento de comunicación oral iba a mejorar su destreza para realizar tareas concretas sobre intervenciones en público. En general, las valoraciones también fueron muy elevadas siendo la media de 8.08 (DT=1.862).



Figura 42. Pregunta 3.

En cuanto a la valoración de la utilidad de este entrenamiento para su formación como profesionales, la media de las puntuaciones fue de 8.25 (DT=1.756).



Figura 43. Pregunta 4.

En resumen, estas cuatro primeras cuestiones presentan unas distribuciones muy similares con el grueso de los porcentajes de respuesta en el polo positivo de la escala. A través de ellas, el alumnado pudo manifestar su valoración positiva respecto a la efectividad y la utilidad percibidas del entrenamiento de comunicación oral.

Las dos siguientes cuestiones tienen que ver con los aspectos de mejora del entrenamiento. En concreto, se preguntó si desde su punto de vista se debía aumentar la duración y contenido del mismo. Aunque las distribuciones son más dispersas que las anteriores, se puede apreciar que más de la mitad de alumnos/as opinaron que sería conveniente aumentar el número de horas para poder practicar y desarrollar más ejercicios (M=6.89, DT=2.206). De hecho, muchos de ellos/as añadieron en las observaciones que la tutoría de apoyo debería formar parte del entrenamiento de forma obligatoria.

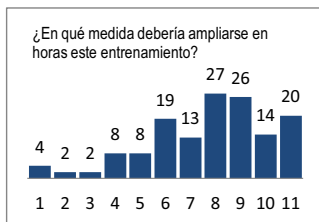


Figura 44. Pregunta 5.

Sobre el contenido del seminario, las respuestas tienden a los valores centrales de la escala siendo la media 5.8 (DT=2.217).

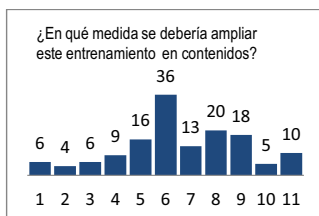


Figura 45. Pregunta 6.

Con el propósito de conocer la evolución de la autoeficacia de la competencia oral a lo largo del tiempo, se incluyeron 3 escalas en otro cuestionario que fue cumplimentado cuando todos/as los/as alumnos/as habían finalizado el entrenamiento. El "diario de aprendizaje" es un cuestionario semiestructurado que incluye 12 preguntas sobre los diferentes entrenamientos y seminarios englobados en la asignatura de "Comunicación y salud" (ANEXO 13). Según el grupo al que pertenecía el/a alumno/a, respondió a este cuestionario entre 3 y 7 semanas después de finalizar el seminario y antes de tener conocimiento sobre la calificación de su actuación. El alumnado debía plasmar en qué nivel percibía su autoeficacia para hablar en público de forma retrospectiva, prospectiva y en el momento actual en una escala cuyos valores iban de 1 (nivel bajo de autoeficacia) al 5 (nivel alto de autoeficacia).

Como se puede observar en las figuras 46, 46 y 47, el alumnado reflejó un nivel medio de autoeficacia previo al entrenamiento de comunicación (M=2.36, DT=0.87), la media se situó en 3.64 (DT=0.72) entre 3 y 7 semanas después del entrenamiento y el

valor medio siguió aumentando en referencia a sus expectativas de autoeficacia en el futuro ($M=4.22$, $DT=0.64$).



Figura 46. Autoeficacia de la competencia oral antes del entrenamiento.



Figura 47. Autoeficacia de la competencia oral tras varias semanas de finalizar el entrenamiento.



Figura 48. Expectativas de Autoeficacia de la competencia oral.

Análisis de contenido sobre los diarios de aprendizaje del alumnado de Enfermería.

El análisis de contenido es un método cuya finalidad no es medir variables sino comprender su significación o estimar la frecuencia relativa de los fenómenos estudiados (Kerlinger, 1985). El estudio aquí propuesto es un análisis de contenido descriptivo, es decir, trata de identificar y catalogar una serie de categorías. Según la clasificación de Fox (1981), el presente análisis se realiza a un nivel manifiesto puesto que está centrado de forma exclusiva en las respuestas ofrecidas por el alumnado.

Los mensajes a analizar están contenidos en los 133 diarios de aprendizaje obtenidos después del entrenamiento en habilidades comunicativas. Como se especifica posteriormente, parte de estos documentos conforman las unidades de análisis. Siguiendo el proceso de realización del análisis de contenido propuesto por García Llamas (2003), este se ha elaborado en los siguientes pasos:

- Selección de las unidades de análisis: respuestas a las preguntas 1, 2 y 7 del diario de aprendizaje.
- Lectura sistemática de las unidades de análisis.
- Establecimiento de las reglas de enumeración: la frecuencia o número de veces que aparece un elemento en el texto seleccionado.
- Extracción de las categorías o clasificación de los elementos que aparecen en el texto analizado.
- Interpretación de resultados y conclusiones.

En la Tabla 41 figuran las unidades de análisis y las principales categorías extraídas a partir de las respuestas del alumnado.

Tabla 41. Unidades de análisis y categorización de la información aportada por el alumnado en el diario de aprendizaje.

UNIDADES DE ANÁLISIS: PREGUNTAS-RESPUESTAS DEL DIARIO DE APRENDIZAJE	CATEGORÍAS
<i>Consideras que estos seminarios teórico-prácticos han sido útiles para tu formación como futuro/a profesional de la salud? ¿Por qué?</i>	1. Aumento de autoestima, autoconocimiento y autosuperación.
<i>¿Cuál es el ejercicio que más te ha impactado y por qué?</i>	2. Adquisición de herramientas para aumentar la confianza y mejorar la habilidad para hablar en público.
	3. Disminución del miedo y los nervios.
	4. Superación de la timidez, vergüenza y la sensación de ridículo.

5. Mejora de la comunicación no verbal.

6. Mejora de la comunicación verbal y el apoyo visual.

¿Has practicado en casa, en clase, en prácticas clínicas, en el trabajo,...algunos de los ejercicios realizados? Puedes comentarnos tus experiencias. ¿Han resultado gratificantes?

7. Mejoría o percepción de mejoría en las exposiciones posteriores al seminario.

A continuación se muestran una selección de citas o unidades de registro para cada una de las categorías antes mencionadas (Tabla 42).

Tabla 42. Selección de unidades de registro que contienen las categorías halladas en el análisis.

EJEMPLOS DE UNIDADES DE REGISTRO DEL ALUMNADO DE ENFERMERÍA	
1. Aumento de autoestima, autoconocimiento y autosuperación	<p><i>En primer lugar decir que soy una persona bastante tímida, por lo que el simple hecho de hablar en público siempre ha sido un gran reto para mí. Si además a esto le añadimos un escenario, un atril, un micrófono, y una profesional de la comunicación evaluando cada gesto, cada mirada, y cada palabra que emites, el reto se convierte aún en más difícil. A pesar de todo, terminé el seminario muy orgullosa de mi exposición ya que fui capaz de controlar todos mis nervios y mis miedos, y considero que fue una de las mejores exposiciones que he hecho a lo largo de mis estudios.</i></p> <p><i>El seminario 2 me aportó entrenamiento, autoanálisis de mi forma de actuar ante otras personas hablando en público y herramientas para mejorar este último.</i></p> <p><i>El seminario 2 es sin duda el que creo que más me ha aportado. Hablar en público antes de comenzar esta asignatura, era uno de mis aspectos personales con los que no estaba satisfecha, siempre me ha costado mucho comunicarme con personas desconocidas, ya que soy una persona algo insegura; al realizar esta práctica he obtenido muchas herramientas necesarias para mejorar este aspecto, esto reforzó mi autoestima.</i></p>
2. Adquisición de herramientas/conocimientos para aumentar la confianza, aumentar la seguridad y mejorar la habilidad para hablar en público	<p><i>“Las tutorías que hicimos con la profesora los días previos y la propia exposición corrigieron muchos mis errores a la hora de hablar en público y me dieron mucha más confianza. A partir de ahora estoy seguro de que cualquier tipo de charla o exposición que deba realizar me saldrá mucho mejor que antes del seminario.”</i></p> <p><i>“Impactante, por qué es quizá la primera vez que podemos aprender, ser evaluados, corregimos, mejorar y volver a ser evaluados; progresando y avanzando. Es un ejercicio que nos abre las puertas para la comunicación en otras asignaturas y eso lo hemos visto ya, no hemos tenido que esperar a terminar la carrera para poder darnos cuenta”</i></p>
3. Disminución del miedo y los nervios	<p><i>El ejercicio propuesto que más me impacto fue en el que la profesora nos propuso hablar sobre un tema, desconocido para nosotros hasta el momento de subimos a la tarima durante un minuto. Me impactó mucho porqué en un primer momento fui escéptico con el objetivo de dicho ejercicio que pretendía bajar los niveles de ansiedad antes de la exposición correspondiente. Pero en cuanto lo realicé y hable durante un minuto delante de todos, cuando tenía que empezar mi exposición me</i></p>

sentía más tranquilo, sensación contraria a la habitual y fue por ello que me sorprendí.

Me ha impactado porque nunca se me ha dado bien hablar en público, estando sola ante el "peligro", controlando mi voz y movimientos... Gracias a este seminario me quité ese miedo y me ha ayudado muchísimo de cara a las próximas exposiciones orales.

El hecho de exponer en el aula magna es algo que aumenta los nervios, pero aun así considero que fue una experiencia positiva y que me ha ayudado a perder un poco el miedo.

4. Perder vergüenza, superar la timidez y la sensación de hacer el ridículo.

El seminario que hicimos una exposición en el aula magna del Jovellanos, eso me ayudo a expresarme mejor y tener menos vergüenza de cara a exposiciones de trabajo en clase.

Después de haber realizado el seminario dos, pude mejorar mi forma de hablar delante del público ya que perdí un poco la timidez. Me atrevo a decir esto, porque días después de haber realizado el seminario, tuve que hacer una exposición sobre un trabajo de Farmacoterapia y Dietoterapia. Durante la exposición, me di cuenta de que parte de esta timidez había desaparecido.

5. Mejora de la comunicación no verbal.

En muchas ocasiones desde que acabamos los seminarios he recordado estrategias que me han servido a posteriori en otras exposiciones (como controlar la respiración o el barrido de miradas), además ahora observo mucho más el lenguaje no verbal de gente que habla en público para adquirir destrezas nuevas y observar prácticas erróneas para evitar cometerlas yo.

En la exposición oral aprendí muchos detalles en los que antes no me había fijado, como utilizar la técnica del faro para integrar a todos los oyentes en nuestro discurso, saber utilizar las manos como ilustradores y no como adaptadores de los nervios, incluso aprender a hablar con las cejas puede ser una forma de comunicación que yo no habría imaginado.

6. Mejora de la comunicación verbal y el apoyo visual.

También este seminario me ha servido para saber cómo se realiza un power point correctamente para que sea satisfactorio para el público y no llegue a ser demasiado pesado, sino simplemente ser lo que es, un material de apoyo.

"La verdad es que lo dado en el segundo seminario lo he practicado bastante, ya que a lo largo del semestre hemos tenido bastantes exposiciones. He sabido estructurar mejor las presentaciones y cómo actuar ante la clase durante la presentación, evitando bastantes cosas como "columpiarme" con el cuerpo o tocarme el pelo. La experiencia ha sido muy buena, subía con más seguridad a la tarima y al final de la presentación estaba más contenta".

En mi caso me ha ayudado mucho a entender la importancia que tiene tanto el poder comunicarse verbalmente con una persona o grupo, como la importantísima labor de saber interpretar y transmitir con la comunicación no verbal. He aprendido a saber interpretar y poder

expresar lo que de verdad quiero y he perdido el "miedo" a hablar en público gracias a vuestros consejos y ejercicios de entrenamiento.

7. Mejoría o percepción de mejoría en las exposiciones posteriores al seminario.

Desde la realización de este seminario, he realizado más fácilmente el resto de exposiciones de otras asignaturas, consiguiendo superar mi nerviosismo a la hora de hablar en público, lo cual me será de utilidad en mi futuro profesional.

Los "truquillos" que nos enseñó Fátima para hablar en público si los he llevado a la práctica y me han ido saliendo cada vez un poco mejor. Intento hacer el faro, ya casi no me froto las manos, y he ido corrigiendo algunos vicios al hablar.

Interpretación de los resultados.

Para empezar hay que considerar que de los/as 144 alumnos/as matriculados/as en el curso académico 2012-2013 en la asignatura "Comunicación y salud", 132 enviaron a la plataforma educativa sus diarios de aprendizaje cumplimentados. En 32 diarios no se hacía referencia explícita al entrenamiento de comunicación oral (seminario 2 en el contexto de la asignatura) por lo que se han descartado. Por tanto, la interpretación de los datos obtenidos se ha realizado en base al análisis de 102 diarios de aprendizaje.

Los objetivos de los que se parte a la hora de interpretar los datos se fijaron previamente en el apartado del marco metodológico del presente trabajo. A partir de las categorías que han emergido del análisis podemos responder a dos de los objetivos específicos planteados:

1. Evaluar la eficacia de dichos entrenamientos en relación con la competencia observada, la competencia oral percibida por parte del alumnado, el temor y la confianza a hablar en público.
2. Conocer la valoración y el grado de aceptación del seminario por parte del alumnado.

Hay que mencionar que en el 100% de diarios de aprendizaje analizados (102) se encuentra una respuesta afirmativa a la primera pregunta, sobre la utilidad en general del conjunto de seminarios teórico-prácticos. Por otra parte, alrededor del 30% (30 alumnos/as) manifestaron por escrito que al finalizar el entrenamiento en

comunicación oral habían apreciado una mejoría en sus exposiciones en clase en el contexto de diferentes asignaturas y/o en el miedo experimentado durante las mismas. Ello, junto con la ausencia de comentarios negativos, hace pensar en la plena aceptación y valoración positiva del entrenamiento.

La categoría que presenta mayor frecuencia de respuesta es la *“Adquisición de herramientas/conocimientos para aumentar la confianza y mejorar la habilidad para hablar en público”* (34 alumnos/as, 33%). Como se puede apreciar, es una categoría que engloba dos de los propósitos marcados inicialmente. En su mayoría, el alumnado que ha reflejado la utilidad del seminario ha hecho mención conjunta de estos dos aspectos. Por tanto, los/as alumnos/as consideran útil este entrenamiento porque perciben que ha aumentado su capacidad para hacer un discurso público, es decir su competencia oral, lo que ha ido acompañado de un aumento de confianza frente a esta tarea. Sin embargo, llama la atención la diferencia de frecuencias sobre la ganancia en expresividad no verbal y verbal durante la comunicación. Así, el 15% del alumnado (15 alumnos/as) destaca haber mejorado la conducta no verbal durante el discurso frente al 8% (8 alumnos/as) que comentan explícitamente la mejoría en el desarrollo del contenido durante el discurso así como mayor destreza a la hora de preparar su presentación (power point). Este contraste nos indica una posible línea de mejora del entrenamiento: sería conveniente incorporar nuevas actividades centradas en el aspecto verbal y de contenido.

Han aparecido otros aspectos que se desprenden de la asistencia al programa de entrenamiento y que hacen referencia a un conjunto de variables de tipo metacognitivo *“Aumento de autoestima, autoconocimiento y autosuperación”* las cuales no se habían contemplado como resultados de aprendizaje en principio. El porcentaje de alumnos/as que destaca este resultado es del 16% (16 alumnos/as). Lo anterior es un hallazgo interesante pues es un resultado similar a aquellos/as que han puesto el acento en la reducción del miedo a hablar en público (17 alumnos/as), siendo este uno de los objetivos integrados en el programa.

Otra mejora que ha destacado el alumnado (12%, 12 alumnos/as) es la categoría que hemos denominado como *“Perder vergüenza, superar la timidez y la sensación de hacer el ridículo”*. De forma parecida a los aspectos metacognitivos hallados, esta ganancia no se había contemplado en un principio. Por otra parte, parece una mejoría congruente con el hecho de entrenar en un clima que el alumnado considera *“distendido y facilitador”*.

En resumen, tras este análisis podemos considerar que el alumnado ha manifestado una opinión positiva hacia el entrenamiento destacando los diversos beneficios del mismo. Creemos relevantes las menciones sobre los beneficios percibido por el alumnado que van más a allá de lo pretendido en un principio, lo cual consolida la valoración positiva del entrenamiento. Asimismo, también destacamos la línea de mejora que se puede desprender en cuanto al entrenamiento verbal de la competencia oral.

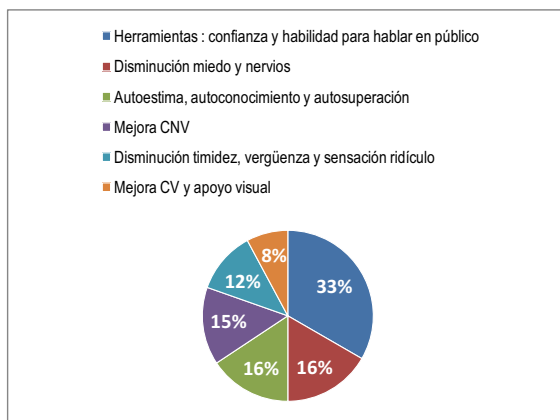


Figura 49. Principales categorías de respuesta sobre la utilidad del entrenamiento.
Fuente: respuestas del alumnado de Enfermería en el diario de aprendizaje.

Se incluyen a continuación una serie de citas extraídas de las unidades de análisis. En ellas, el alumnado expresa la utilidad de algunas de las técnicas utilizadas durante el entrenamiento así como algunas características del proceso que les ha parecido relevante.

- Feedback correctivo:

Impactante, por qué es quizá la primera vez que podemos aprender esta habilidad, ser evaluados, corregimos, mejorar y volver a ser evaluados; progresando y avanzando

En clase he hecho otras exposiciones orales después de la de comunicación y he intentado mejorarlas basándome en lo que fallé en la primera.

También me sorprendí mucho de mi capacidad comunicativa, ya que en un principio no me veía capaz de hacerlo ni la mitad de “bien” de lo que lo hice. Soy bastante tímida, por lo que me cuesta mucho hablar en público. Creo que influyeron mucho en mí los consejos por parte de la profesora, lo que debía hacer y lo que no, el feedback en la tutoría anterior a la exposición me hizo creer un poco más en mí misma.

- Intervención paradójica.

Al principio del seminario cuando tuvimos que salir cada uno a sacar una ficha y hablar durante un minuto me pareció un método para romper el hielo muy bueno y así disminuir nuestros nervios. Y la exposición, la verdad que disfruté y me parece mentira que esté diciendo esto, pero me encantaría repetirla.

El seminario que más me implicó fue el que tuvimos que exponer nuestros trabajos, ya que nada más entrar en la clase la profesora, rompió el hielo con unas tarjetas, y en cada tarjeta había una palabra y durante un minuto tenías que hablar sobre lo que te había salido.

Durante el segundo seminario, se nos propuso un ejercicio para relajarnos y “romper el hielo”. Consistía en salir y ante todos coger un tema e improvisar una exposición de un minuto. Creo que nadie se esperaba este ejercicio y realmente es difícil de hacer, pero también ayuda a que el resto del seminario y la posterior exposición del trabajo vayan mejor.

- Observación y modelado

En muchas ocasiones desde que acabamos los seminarios he recordado estrategias que me han servido a posteriori en otras exposiciones (como controlar la respiración o el barrido de miradas), además ahora observo mucho más el lenguaje no verbal de gente que habla en público para adquirir destrezas nuevas y observar prácticas erróneas para evitar cometerlas yo.

Y también pude valorar, en mi humilde opinión, la actuación de mis compañeros ante el público, para así tomar conciencia de las cosas que debo hacer y las que no.

- Cercanía del/a docente para facilitar el enfrentamiento al miedo y clima del seminario.

El ambiente generado en los seminarios ha sido muy bueno gracias a la colaboración de los compañeros y la supervisión de las profesoras; conseguir este clima me ha hecho sentir más segura, pudiendo participar de una forma más activa en las distintas actividades propuestas

Me pareció muy acertado ¡nadie nos lo esperábamos!, todos estábamos en las mismas condiciones y resulta curioso ver como en situaciones donde hay que hablar de algo que desconoces, que no sabes si lo vas a desarrollar bien y no todos tenemos el don de palabra o

improvisación correcto, la gente se solidariza y te apoya de una manera brutal con una mirada, con una sonrisa cómplice, te da fuerza para superar el momento aunque creas que lo estás haciendo fatal, porque sabes que te sientes apoyado y sobre todo comprendido. Me sentí muy bien, pude utilizar recursos que hasta ahora había sido imposible poner en práctica, los silencios, poder recapacitar un segundo, respirar y continuar (aunque estuviera hablando sobre una piedra), reírme sin sentirme estúpida y sobre todo integrada en un grupo en el que sentía que podía con lo que me echaran.

En mi opinión, estos seminarios nos han servido para superar nuestro miedo a hablar en público, a ser espontáneos, y en resumen, a establecer relaciones con el alumnado y profesorado

5. DISCUSIÓN.

El principal objetivo que ha guiado este trabajo ha sido la elaboración de un programa psicoeducativo eficaz para desarrollar la competencia oral del alumnado universitario y, en general, de los profesionales del ámbito sanitario. Este programa, que aparece detallado en el último apartado del presente trabajo, se ha plasmado a modo de ejemplo en formato de seminario teórico-práctico de entrenamiento guiado y estructurado para el alumnado en un contexto universitario. Sin embargo, puede ser igualmente aplicado a profesionales en el contexto de las diferentes actividades de formación continua destinadas a este colectivo.

Para este fin, se tomó como base la experiencia con varios grupos de alumnos/as y profesionales del área de Ciencias de la salud hasta llegar a su configuración final. Por tanto, los objetivos secundarios a este objetivo principal eran analizar y evaluar la eficacia de cada una de estas sucesivas versiones y aplicaciones del entrenamiento.

Para comprobar si se cumple la primera hipótesis que hace referencia al nivel de confianza para hablar en público autoinformado, se utilizó la versión breve del Cuestionario de confianza como orador (Méndez Carrillo et al., 2004). Hay que advertir que a lo largo de este trabajo se ha recurrido a esta herramienta con un doble uso. En primer lugar, las respuestas han sido tomadas como variable resultado, indicando si existe un aumento en seguridad y confianza durante el discurso público después de realizar el entrenamiento. En segundo lugar, este instrumento se ha utilizado como herramienta para clasificar los subgrupos de alumnos/as de Palma con mucho, moderado y poco miedo a hablar en público en función de las puntuaciones obtenidas previas al comienzo del entrenamiento.

En la mayoría de investigaciones se interpretan los resultados de este autoinforme únicamente en términos de miedo a hablar en público. Sin embargo, en este estudio hemos optado por interpretar las diferencias halladas tras el entrenamiento como una mejoría en la confianza, seguridad y satisfacción cuando la persona da un discurso, puesto que las puntuaciones han disminuido aproximándose así al polo de la seguridad y confianza para hablar en público. Se pueden encontrar dentro de nuestro ámbito, estudios sobre intervenciones educativas para mejorar la competencia comunicativa y/o disminuir el miedo a hablar en público, donde se ha hecho uso de esta herramienta obteniéndose resultados similares (Bados López,

1986; Estrella Cañada y Lasa Aristu, 2013; Gallego Pitarch, 2007; Orejudo Hernández, Fernández Turrado y Briz Villanueva, 2012).

Se han encontrado diferencias significativas y, por tanto se confirma la primera hipótesis, en todos los grupos analizados excepto en el de Enfermería Ibiza-Menorca, en el que no varió la confianza antes y después del entrenamiento.

Es destacable el hecho de que, además, el alumnado de Ibiza-Menorca fue el que obtuvo el nivel más bajo de competencia oral evaluada de forma externa. Ello podría ser debido a que las condiciones en las que se realizó este entrenamiento fueron también diferentes a las del resto de grupos. Así, las instrucciones y ejercicios de observación y modelado que forman parte de la primera sesión se hicieron utilizando el sistema de videoconferencia, siendo la sesión evaluativa el único encuentro presencial. Como se especificó anteriormente, este grupo no tuvo la oportunidad de entrenarse en tutoría con la profesora. Es posible argumentar que el escaso contacto directo entre alumnos/as-profesora, aunque positivo, podría no haber aportado los mismos beneficios que en el resto de las muestras. Ello podría relacionarse, en última instancia, con el grado de cercanía percibido por el alumnado de esta muestra. La manifestación verbal y no verbal de cercanía por parte del profesorado (*immediacy teacher*) es una variable del entorno educativo cuya influencia se ha manifestado sobre numerosos constructos. Así, Ellis (1995) observó cómo las conductas verbales de proximidad hacia el alumnado producían una disminución en la ansiedad manifestada ante el discurso público en aquellos/as alumnos/as con un alto nivel de aprensión comunicativa. En otros estudios (Christophel, 1999; Gorham y Christophel, 1992) se dio a conocer el papel fundamental de las conductas del profesorado en relación con la motivación y desmotivación del alumnado. En este sentido, se llegó a la conclusión de que el grado de cercanía produce beneficios indirectos sobre el aprendizaje puesto que estimula y motiva al alumnado. Kelley y Ghorman (1988) llegaron a parecidas conclusiones sobre la atención, el/a docente con un alto grado de cercanía consigue que el alumnado preste más atención y se implique más en la tarea, lo cual tendría repercusiones positivas sobre el aprendizaje. En el contexto de la enseñanza de habilidades comunicativas, se ha hallado que las conductas de cercanía del profesorado y un clima de compañerismo y cordialidad entre el alumnado reduce la aprensión o temor a hablar en público (Swenson, 2011). En general, los/as docentes más próximos y accesibles al alumnado consiguen que las clases sean más productivas. Como consecuencia, el alumnado manifiesta un afecto positivo hacia la materia impartida aumentando su motivación, lo que conlleva a un

mayor porcentaje de éxito en el proceso de aprendizaje (Richmond y McCroskey, 2000).

La segunda hipótesis formulada, no se ha cumplido en ninguna de las muestras, es decir, no se ha hallado una disminución significativa de la aprensión comunicativa en ningún caso. Estos resultados divergen de los obtenidos en numerosas investigaciones. Así, McCroskey (1977) sostiene que, en la mayoría de sus estudios, se comprobó una disminución significativa de aprensión comunicativa en los/as estudiantes entrenados para hablar en público en clase. Este autor puntualiza, sin embargo, que aquellos/as alumnos/as con un nivel muy elevado de aprensión comunicativa no experimentan los mismos beneficios después del entrenamiento. Otras investigaciones han llegado a conclusiones diferentes, Finn (2007) en su tesis no halló resultados significativos en aprensión comunicativa cuando aplicó un programa de numerosas exposiciones a la situación de hablar en público a los/as participantes en un curso básico de comunicación, cosa que sí ocurrió en una medida de ansiedad estado cumplimentada por la misma muestra. En otra tesis, Smith (2003) trató de averiguar qué beneficios aportaba la práctica de los discursos con público, una de las variables que midió fue la aprensión comunicativa, no encontró correlación significativa entre la aprensión comunicativa y el número de ensayos que se habían hecho frente a una audiencia.

Teniendo en cuenta que el instrumento usado para medir la aprensión comunicativa (el PRCA-24) se compone por 4 subescalas sobre diversas situaciones de comunicación interpersonal, en la presente investigación se decidió considerar únicamente los resultados de la subescala de aprensión comunicativa en la situación de hablar en público. Como era de esperar, estos resultados obtenidos concuerdan con los hallazgos conseguidos con el PRCS-12. Podemos concluir, por tanto, que el alumnado de las muestras analizadas, excepto el grupo de Ibiza-Menorca, disminuyó su nivel de aprensión comunicativa en los discursos públicos, aunque no fue así para la aprensión comunicativa en general.

La competencia oral percibida es otra de las variables resultado que se ha tenido en cuenta a la hora de evaluar la eficacia de la intervención. En el campo educativo se ha desarrollado una extensa investigación sobre la autoeficacia percibida como factor que predice el grado de competencia en determinadas tareas y habilidades (Bandura, 1997; Bandura y Martínez-Pons, 1992; Pajares y Schunk, 2001; Pajares, 1996). Más aún, la percepción de eficacia influye sobre los métodos de aprendizaje así como en la motivación del alumnado (Multon, Brown y Lent, 1991;

Schunk, 1995). En definitiva, cuanto más capaces se perciben los/as estudiantes para realizar alguna actividad, mejores resultados consiguen cuando realizan dicha actividad.

En este trabajo se ha adoptado la perspectiva que propusieron MacIntyre y MacDonald (1998; 1999) quienes distinguieron en el contexto comunicativo la competencia-estado percibida de la competencia-rasgo percibida como la creencia de autoeficacia ante un determinado discurso o ante cualquier situación de hablar en público respectivamente. Estos autores diseñaron y aplicaron su escala (SPIC) para comprobar si el nivel de percepción de competencia comunicativa aumentaba a la vez que disminuía la ansiedad en el alumnado universitario tras asistir a un curso introductorio de comunicación, el él se evaluaba una charla de 5 minutos. Se llegó a los siguientes resultados: los/as alumnos/as con mayor aprensión comunicativa (PRCA-24) y ansiedad (STAI-estado) mostraron un aumento significativo en la percepción de la competencia comunicativa tras realizar el curso de comunicación. De igual modo, mostraron una disminución en la medida de la ansiedad ante la tarea de hablar en público. Es decir, MacIntyre y MacDonald (1999) demostraron que las instrucciones y el entrenamiento realizado durante un curso de comunicación mejoran la percepción de competencia comunicativa y disminuían la ansiedad experimentada durante el discurso. En cambio, los/as alumnos/as que antes de realizar la tarea poseían una elevada percepción de la competencia y menor aprensión comunicativa no mostraron cambios significativos después del curso.

En la misma línea, los trabajos de Ellis (1995) y de Rubin et al. (1997), ampliamente citados en este campo, demostraron los efectos del entrenamiento en habilidades comunicativas sobre la percepción de la competencia comunicativa, viéndose esta incrementada al finalizar el curso.

En este sentido, en la tercera hipótesis formulada se predijo que la competencia oral percibida mejoraría tras la realización del entrenamiento. Para ello se utilizó la escala SPIC a la que se ha hecho referencia en los trabajos de MacIntyre y MacDonald (1998, 1999). En general, se esperaba encontrar que los/as alumnos/as aumentarían su grado de competencia oral percibida, evaluada antes y después del discurso de la última sesión del entrenamiento, respecto a la competencia oral percibida antes de comenzar el entrenamiento. Esta hipótesis se ha validado de forma parcial en el subgrupo de alumnos/as de Palma con mucho miedo a hablar en público. Dicho subgrupo autoinformó un mayor grado de competencia oral percibida antes de iniciar el discurso evaluado respecto al grado de competencia oral percibida antes del

entrenamiento, aunque este aumento no se mantuvo después de la ejecución de la prueba de exposición oral. Es decir, los/as alumnos/as con mucho miedo a hablar en público manifestaron un aumento de competencia percibida después de realizar los ejercicios y ensayos propuestos durante el entrenamiento con respecto al momento previo al entrenamiento. Ello coincide en parte con los resultados de MacIntyre y MacDonald (1998) quienes predijeron que los/as alumnos/as con mayores niveles de ansiedad ante el discurso incrementarían sustancialmente la competencia percibida medida antes y después de dar un discurso tras asistir a un curso de comunicación.

Por otro lado, los resultados obtenidos también coinciden parcialmente los hallazgos de Ellis (1995) al evaluar la autopercepción de la competencia para hablar en público en tres ocasiones a lo largo del semestre que abarcaba el curso. Esta autora comprobó que la autopercepción de dicha competencia se incrementaba de forma lineal en todos/as los participantes, aunque demostró que este aumento de competencia percibida se producía más rápidamente durante las cuatro primeras semanas del semestre. En el trabajo presente se ha podido ver una tendencia al incremento de la competencia oral percibida en las dos primeras mediciones.

Podemos señalar respecto a este punto del análisis que se ha producido un resultado aparentemente paradójico. Antes de iniciar el entrenamiento, el alumnado con poco miedo a hablar en público autoinformó un nivel elevado de competencia oral percibida, sin embargo, este nivel de competencia disminuyó significativamente cuando se volvió a medir antes del discurso y después del mismo. Al respecto, Bandura (1997) advirtió de que la autoconfianza no realista puede llevar a la persona a no esforzarse en la consecución de las metas, pudiendo llegar a ser perjudicial. Este juicio de las propias capacidades sesgado positivamente es lo que Lin y Zabrocky (1998) denominaron la “ilusión del saber”. Posiblemente, en este caso se podría haber producido un efecto de calibración de la autoeficacia durante las sesiones del entrenamiento. De todos modos, hay que señalar que, si bien se produjo un descenso en el nivel de autoeficacia en el grupo con poco miedo, la calificación media en competencia oral del mismo se situó en el nivel alto (4 en una escala de 5 puntos) y fue el grupo con mejor puntuación en competencia oral percibida, en relación con los grupos con miedo moderado y mucho miedo a hablar en público.

Como se ha visto en los resultados, en general no se ha producido un aumento de la competencia oral percibida en los distintos subgrupos analizados. Podemos ofrecer dos posibles explicaciones frente a estos resultados. En primer lugar, la prueba de autoinforme que el alumnado cumplimentó se interpreta como la percepción de la

competencia estado en ese discurso preciso. El que no se hayan reproducido los resultados de los estudios anteriores nos lleva a considerar que las condiciones bajo las que se presentó el discurso podrían estar influenciando los resultados. Así, el temor suscitado por la evaluación y por las circunstancias contextuales (características del auditorio y del público) podría haber enmascarado los resultados. Algunos autores/as demostraron que la presencia de evaluadores formales mientras se emite el discurso es una situación más ansiógena que las situaciones donde no se evalúa la actuación explícitamente (Buss, 1980; MacIntyre, Thivierge y MacDonald, 1997). En consecuencia, se puede considerar que la condición de evaluación externa del discurso junto con otras características del entorno, que no estaban presentes durante los ensayos, podrían haber alterado la percepción de la capacidad para controlar los factores del entorno y llevar a cabo la tarea. En los estudios de Ellis (1995) y MacIntyre y MacDonald (1998) esta condición no se dio puesto que los sujetos se presentaron voluntarios al curso básico de entrenamiento en comunicación oral, y en el caso del estudio de Ellis, la medición de la autoeficacia no era consecutiva al discurso. Por otra parte, en ambos estudios citados no se hace referencia a las características del entorno donde se realizó el curso de comunicación.

Es posible considerar que la presencia de evaluadores/as formales podría conducir a una emoción negativa en los/as oradores/as que, en última instancia, produciría una infravaloración de la propia actuación y de las propias capacidades para llevar a cabo la tarea de forma exitosa. Esta explicación es congruente con la teoría global de la emoción/cognición propuesta en el marco teórico. Probablemente la evaluación formal por parte del/a docente es una variable externa que podría estar ejerciendo influencia no sólo sobre la actuación ante el público, sino también, sobre la percepción de autoeficacia de los/as alumnos/as.

Un argumento a favor de las explicaciones anteriores es el hecho de que, cuando los alumnos/as valoraron su autoeficacia con cierta perspectiva temporal, manifestaron un aumento gradual. En general, pasaron de un nivel medio antes del entrenamiento a un nivel alto después del entrenamiento y, finalmente, a un nivel muy alto de expectativas de autoeficacia.

Consideramos fundamental el tema de la autoeficacia o competencia oral percibida en este ámbito puesto que en numerosas investigaciones sobre habilidades de comunicación se han establecido relaciones entre la autoeficacia y las habilidades comunicativas. Así, Orejudo Hernández, Fernández Turrado y Briz Villanueva (2012) insisten en la importancia de la autoeficacia como variable que modera la ansiedad,

repercute en la motivación para el aprendizaje de la competencia comunicativa y tiene un alto valor predictivo en el desempeño de la misma.

En referencia a la cuarta hipótesis, que predecía la disminución del miedo experimentado durante el discurso evaluado en la segunda sesión del entrenamiento, podemos decir que se ha validado en tres subgrupos de la muestra de Enfermería de Palma. Así, los/as alumnos/as con miedo moderado a hablar en público, con poca experiencia en hablar en público y que asistieron a la tutoría valoraron el miedo experimentado durante el discurso de forma menos intensa que en situaciones anteriores en las que tuvieron que hablar en público. La investigación llevada a cabo por Bados López (1986) comparó un grupo con mucho miedo a hablar en público y otro con poco miedo, resultando que primer grupo experimentó un miedo más intenso tanto antes como durante la charla.

En general, podemos destacar que los grupos que experimentaron un miedo menos intenso en la tarea del discurso público fueron el subgrupo con poco y el subgrupo con mucha experiencia en discursos públicos. Esto puede estar indicando la existencia de una relación inversa entre el miedo y la experiencia en hablar en público.

La comparación entre el alumnado que asistió y el que no asistió a la tutoría de apoyo se comentará un poco más adelante.

La hipótesis que predice una mejor autocalificación del discurso realizado en la sesión evaluativa del entrenamiento en relación con las autocalificaciones de discursos previos no se ha validado en ninguna muestra. Los valores medios de autocalificación sobre la escala de 10 puntos se situaron entre los valores centrales de la escala (5-6). Esto nos indica que el alumnado, en general, ha tendido a calificar con un nivel medio su propia actuación ante el público. Es destacable que, incluso los grupos de estudiantes de Máster (2) y de enfermeros/as profesionales, cuya calificación externa media llegó casi al nivel más alto de competencia oral (4.2 en la Escala ECO), autocalificaron su actuación también con una nota media. Esta situación muestra concordancia con los hallazgos de Bados López (1986) en cuya investigación los sujetos, tanto con mucho miedo como con poco miedo, subestimaron su actuación frente a los juicios de los/as observadores/as.

La discrepancia en las medidas realizadas por observadores/as y las medidas autoinformadas en relación con la conducta de hablar en público ha sido comprobada también en otros estudios. Así, por ejemplo, Rapee y Lim (1992) demostraron que la

diferencia se hace más evidente cuanto mayores son los niveles de ansiedad que presentan los/as oradores/as, siendo las autoevaluaciones más negativas que las evaluaciones realizadas por observadores/as externos/as.

Las tres últimas hipótesis hacían referencia a las comparaciones establecidas entre los grupos que asistieron o no a la tutoría de apoyo. El objetivo de la tutoría era apoyar a los alumnos/as que lo creyeron necesario, ofreciendo un feedback detallado sobre las conductas a mejorar durante el discurso, después de haber realizado una breve práctica. Con ello, además de exponerse a la situación antes del discurso que iba a ser evaluado y favorecer así la habituación entre sesiones (Benhke y Sawyer, 2004), también se pretendió moldear la conducta de hablar en público mediante el feedback correctivo personalizado. Se pudo comprobar que, efectivamente, el alumnado que asistió a la tutoría de apoyo presentó un nivel más elevado de competencia oral en el discurso que se evaluó en la segunda sesión del entrenamiento que en el discurso realizado en la tutoría. Como ya se ha puntualizado anteriormente, el nivel de competencia al que se refiere este contraste es únicamente el relativo a la comunicación no verbal. Por otro lado, al comparar las medias del grupo que asistió con el grupo que no asistió a la tutoría de apoyo, en la escala global, se comprobó que los que asistieron obtuvieron un nivel de competencia oral verbal y no verbal superior. Este resultado se reforzó al comparar las puntuaciones de la muestra de Ibiza-Menorca (que no realizó tutoría de apoyo) con el subgrupo de Palma que no asistió y comprobar cómo la calificación de la competencia oral en ambos grupos no mostró diferencias. Por todo ello podemos afirmar que la sexta y séptima hipótesis se han confirmado.

La última hipótesis establecida también se confirmó, puesto que, tras el entrenamiento, el grupo de Palma que realizó la tutoría de apoyo autoinformó mayor confianza para hablar en público que los grupos que no asistieron de Palma y de Ibiza y Menorca. Este resultado concuerda con trabajos llevados a cabo recientemente en nuestro ámbito donde se han realizado intervenciones de características semejantes en muestras de alumnos/as universitarios/as (Estrella Cañada y Lasa Aristu, 2013; Orejudo Hernández, Briz Villanueva y Fernández Turrado, 2008).

En términos generales, podemos decir que todas las muestras presentaron durante la exposición oral una conducta verbal y no verbal adecuada al contexto del discurso público formal. En base a las calificaciones medias obtenidas por observación, todos los grupos superaron el punto medio de la escala utilizada en la evaluación, situándose en un nivel medio o alto. Concretamente, destacan las

puntuaciones de la muestra Máster (2), no sólo en cuanto a la calificación externa sino en casi todas las medidas, se trata precisamente de la muestra la que contaba con más experiencia en hablar en público previa al entrenamiento.

Por otro lado, destacan igualmente las puntuaciones de la muestra de enfermeros/as profesionales. Aunque estos no contaban con mucha experiencia en hablar en público, es probable que la motivación de aprendizaje pueda estar ejerciendo un papel mediador, ya que los sujetos de esta muestra fueron los únicos que realizaron el entrenamiento exclusivamente por iniciativa propia. Existen numerosas investigaciones que relacionan la motivación con el aprendizaje y el rendimiento académico (González Torres y Tourón Figueroa, 1992; Martínez Fernández y Galán García, 2000; Pintrich, 1999; Suárez Riveiro, Fernández Suárez y Anaya Nieto, 2005). En la enseñanza de la competencia comunicativa, Booth-Butterfield (1988) comprobó que la motivación puede favorecer la disminución de la ansiedad del alumnado ante la demanda de tareas públicas y que el/a docente puede jugar un papel importante a la hora de fomentar la motivación del alumnado. Orejudo Hernández et al. (2006) mostraron la relevancia de esta variable en la evolución del miedo a hablar en público en el alumnado universitario. A través de modelos estructurales, estos autores evidenciaron que los factores motivacionales, junto con otras variables educativas como la metodología de enseñanza o la conducta del profesorado, inciden directamente sobre el nivel de autoeficacia para hablar en público.

Para finalizar este apartado creemos necesario profundizar sobre una reflexión relativa al procedimiento de evaluación de la competencia oral. Para emitir los juicios acerca de si el alumnado ha adquirido o no un nivel adecuado de competencia oral no podemos basarnos únicamente en los datos conductuales observados. La aportación de McCroskey (1982) sobre esta cuestión resulta muy interesante dadas sus implicaciones pedagógicas. Este autor, consideró la diferenciación entre competencia comunicativa y manifestación conductual o desempeño de la comunicación (*communication competence vs communication performance*). En ocasiones algunos/as autores/as tienden a equiparar ambos conceptos alegando que ser competente en un área implica necesariamente la ejecución adecuada en ese área, de otro modo no se podría decir que la persona es competente (Larson et al., 1978). No obstante, es posible que un sujeto altamente capacitado falle ocasionalmente o no manifieste una conducta como se podía esperar en una determinada situación. Ello tiene sentido al centrarnos en la habilidad para hablar en público si se considera que existen numerosas variables situacionales que pueden intervenir en el momento de la

ejecución del discurso, pudiendo facilitar o dificultar la calidad del mismo. Creemos, junto a McCroskey, que la cuestión se focaliza en si el sujeto está capacitado para realizar una tarea, más que en mostrar siempre una correcta ejecución en la misma. De forma adicional, McCroskey (1982) apunta que a la hora de evaluar la competencia comunicativa no es suficiente centrarse en el aspecto meramente conductual sino que se deben tener en cuenta los tres elementos constitutivos de toda competencia: conductual, actitudinal-afectivo y cognitivo o sapiencial. El elemento conductual o psicomotor está relacionado con el uso adecuado de la gramática, pronunciación clara de fonemas, el contacto ocular, la fluidez, etc. El elemento cognitivo hace referencia a la capacidad para analizar a la audiencia y adaptar tanto el mensaje verbal como no verbal a la misma, causar el impacto pretendido, mantener su atención, persuadir, etc. Finalmente, el elemento actitudinal-afectivo, podría caracterizarse por el nivel de temor a la comunicación o, términos de McCroskey, aprensión comunicativa en situaciones públicas, es decir, la valencia afectiva que experimenta el sujeto ante la demanda.

Desde el enfoque de evaluación competencial preconizado en el presente trabajo, cuando decimos que un alumno/a ha alcanzado un determinado nivel de competencia oral no solamente hacemos referencia a la calificación externa de la conducta manifestada durante la emisión del discurso. Como ya señalamos al comentar las categorías que componen la Escala ECO, la dimensión de las categorías evaluadas es la adecuación-inadecuación de las conductas tanto al tipo de discurso emitido como a la situación y al público al que va dirigido (en este caso se evaluó la competencia oral en el ámbito formal con público entendido en la materia). Por consiguiente, en la evaluación externa se consideran dos de los elementos competenciales, el conductual y el cognitivo. A través de los autoinformes y escalas (aprensión comunicativa, miedo a hablar en público, miedo experimentado durante la charla) se ha podido estimar el elemento actitudinal de la competencia oral.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.

Las principales limitaciones metodológicas de la investigación realizada halladas a la hora de valorar la efectividad del programa son las que se describen a continuación.

- Limitaciones propias de un trabajo cuasi experimental.

En las muestras analizadas no fue posible realizar los controles propios del enfoque experimental puesto que los grupos de sujetos vinieron impuestos por el contexto educativo donde se llevó a cabo la intervención. Precisamente por el hecho de ser actividades formativas en un contexto real, los entrenamientos de las 6 muestras no fueron absolutamente idénticos, siendo necesario realizar adaptaciones a las características de los grupos. Atendiendo a estas razones y dados los escasos sujetos que forman algunas de las muestras analizadas, los resultados se deben interpretar con cierta cautela y limitando la generalización de los mismos.

A pesar de las posibles amenazas de la validez interna, podemos considerar que la investigación está dotada de cierta validez ecológica debido a que las características de los ejercicios de entrenamiento y las situaciones de exposición oral en un auditorio están muy próximas a las situaciones reales que se simularon, sobre todo en el contexto de exposiciones orales en la universidad. Así, los/as alumnos/as han transmitido que después del entrenamiento pudieron poner en práctica todo lo aprendido y muchos de ellos/as manifestaron haber mejorado en sus exposiciones en el marco de otras asignaturas. Además, se plantearon unas expectativas de autoeficacia superiores para el futuro. Ello no tendría por qué ser diferente en otros grupos de estudiantes universitarios/as.

- El uso de los instrumentos seleccionados.

La evaluación de la competencia oral percibida mediante el SPIC (MacIntyre y MacDonald, 1997) ha ofrecido resultados no demasiado esclarecedores. Esto, probablemente, se debe a dos razones: en primer lugar, porque es un instrumento del que no se disponen datos normativos en muestra española y, en segundo lugar, porque, al estar ligada a una situación concreta (en este caso a una situación de evaluación formal del discurso) hubiera sido recomendable tener en cuenta el

fenómeno del enmascaramiento producido por el estrés ante la evaluación del discurso. Es decir, hubiera sido conveniente pasar de nuevo la prueba desligada de esta situación para comprobar si había o no aumento de la competencia percibida después del entrenamiento. Sin embargo, las propias características de administración del entrenamiento y las pruebas en diferentes contextos académicos reales no lo hicieron posible.

Existen otras escalas de autoeficacia que miden la competencia comunicativa percibida, como el Cuestionario de autoeficacia para intervenir en público Bados López (1986) o su adaptación por parte de Gallego Pitarch et al. (2006) en cuyos ítems se hace referencia a diversas situaciones públicas. Igualmente interesantes son algunos trabajos en los que se ha elaborado ad hoc un cuestionario para medir la autoeficacia en la situación de hablar en público en el aula (Herrero Nivelá et al., 2007). De cara a los desarrollos futuros sobre estos temas se valorará el uso de instrumentos como estos.

De forma similar, el Personal report of communication apprehension (PRCA-24, McCroskey, 1987), instrumento ampliamente utilizado en el entorno educativo norteamericano y, aunque en menor medida, también en el europeo (y que tampoco ha sido adaptado a población española), no mostró suficiente sensibilidad a los cambios producidos por el entrenamiento. Únicamente la subescala de aprensión comunicativa en la situación de hablar en público ha servido para apoyar la información obtenida a través de la versión abreviada del Personal Report of Confidence as a speaker (PRCS-12, Méndez Carrillo, 2004), perfectamente validado en población europea y española. Por lo que puede considerarse que este instrumento no aporta información específica relevante en el marco de este trabajo.

Finalmente, la Escala ECO, instrumento de medida conductual de elaboración propia, cuyos índices de fiabilidad y concordancia han sido estudiadas, proporciona información aparentemente relevante. Sin embargo, sería necesario validar estas características en una muestra más amplia y aportar más datos psicométricos (como por ejemplo la fiabilidad test-retest o la validez de concurrencia de la escala).

- Sesgos derivados de la técnica observacional.

Las dificultades metodológicas derivadas del empleo de la técnica observacional pueden estar relacionadas con el/a observador/a y/o con los sujetos observados (Anguera Argilaga, 1991). En el presente trabajo, la observación y la investigación han sido llevados a cabo por la misma persona, por lo que es posible que se pudieran haber realizado interpretaciones o una serie de inferencias sobre la conductas que podrían haber repercutido en los resultados. Este fenómeno constituye un sesgo que podría darse al generar a unas expectativas sobre las conductas observadas que desviase las puntuaciones hacia los valores esperados (efecto Rosenthal).

Por otra parte, la reactividad es el principal sesgo procedente de los sujetos observados. La presencia de un/a observador/a puede desvirtuar la conducta manifestada. Esta actividad podría reducirse si se utilizan medios técnicos de registro. En el marco de este trabajo esto no era viable puesto que el/a docente es una pieza clave que necesita estar observando in situ, precisamente para poder ofrecer un feedback inmediato de la conducta. En cualquier caso, en el contexto de esta investigación, el grado de intromisión y novedad que supone la presencia del/a observador/a para los sujetos observados fue mínimo porque desde el inicio del entrenamiento se conocían y los/as observadores/as habían estado plenamente involucrados desde el inicio del curso y del entrenamiento.

- La evaluación de la competencia oral a través de un discurso como parte de la calificación final de una asignatura universitaria.

Como se ha visto, los resultados en las medidas obtenidas podrían parecer estar influenciadas por el hecho de que la valoración de la competencia oral al finalizar el entrenamiento se evaluó, aportando un porcentaje de nota a la puntuación final de la asignatura. Se puede suponer que parte del temor percibido durante el discurso y las manifestaciones conductuales observadas estuvieron influenciadas por la ansiedad ante la evaluación, más que por el miedo que produce hablar en público en esa circunstancia, la falta de autoeficacia y/o la habilidad propiamente dicha. Ello podría suponer un efecto de enmascaramiento que ya fue comentado en la discusión.

- El seguimiento.

Aunque se han podido averiguar las expectativas que posee el alumnado después de asistir al entrenamiento, hubiera sido muy clarificador incorporar una planificación del seguimiento que hubiese permitido delimitar hasta qué punto los resultados se mantienen y se transfieren a las tareas de hablar en público en el entorno universitario.

Partiendo de los puntos anteriores se podrían tener en cuenta las siguientes propuestas para llevar a cabo en trabajos futuros:

- Con el fin de medir la eficacia del programa psicoeducativo para desarrollar la competencia oral, sería adecuado diseñar un estudio de tipo experimental. Para ello se debería captar una muestra de alumnos/as universitarios/as que acudieran de forma voluntaria. Se constituirían dos grupos de forma aleatoria, control y experimental, equivalentes en experiencia y miedo a hablar en público, siendo criterios de exclusión el miedo extremo a hablar en público o cumplir con los criterios de fobia social circunscrita. Otra cuestión importante a tener en cuenta es indagar si el alumnado con mucha experiencia y poco miedo a hablar en público obtiene beneficios del entrenamiento y hasta qué punto este contribuye a mejorar su competencia oral.
- Por lo que a los sesgos relacionados con la observación se refiere, se podrían controlar en primer lugar seleccionando observadores/as externos/as a la investigación y previamente entrenados siguiendo el guión de entrenamiento. Estos/as observadores/as no deberían conocer la asignación de los sujetos a los grupos. En segundo lugar, la evaluación de la actuación ante el público no debería estar ligada a ningún tipo de calificación formal.
- De cara a generalizar los efectos hallados, se podría aumentar el número de ensayos e incorporar nuevas situaciones de intervención pública como por ejemplo hablar en reuniones formales e informales de distintos ámbitos. Por otra parte, para consolidar el aprendizaje de la competencia oral, sería conveniente realizar un ensayo más ante un auditorio mayor. Estas dos propuestas podrían conformar un segundo nivel más avanzado de entrenamiento de la competencia oral en el que también se profundizase en aspectos como el turno de preguntas tras la exposición

- Dada la importancia que tiene el entrenamiento sobre el desempeño del discurso, sería interesante la idea de establecer un método de seguimiento de los ensayos en pequeño grupo y conocer las dificultades que presentan los/as alumnos/as durante esta fase del entrenamiento. Podrían usarse para ello los recursos que ofrece la plataforma educativa virtual para el seguimiento a distancia del entrenamiento del discurso, tanto individual como grupal. De igual forma, también se puede plantear la realización de la tutoría a distancia utilizando el recurso de la videoconferencia en pequeños grupos. Esta es sólo una propuesta alternativa en caso de no poder realizar las tutorías de entrenamiento de forma presencial, siendo esta última la opción más adecuada.
- Cabría plantearse un seguimiento de la competencia oral a medio y largo plazo para comprobar si la eficacia del entrenamiento se prolonga. Para poder hablar de seguimiento, convendría recoger medidas sobre la autoeficacia de la competencia oral, la confianza para hablar en público y volver a evaluar la competencia mediante la observación reproduciendo las mismas condiciones que se dieron en la primera medida, a los 3 y 6 meses después de haber realizado el entrenamiento.
- Una línea de mejora del entrenamiento propiamente dicho surge del análisis de contenido realizado sobre la opinión de los/as participantes de la última muestra del estudio. Esta hace referencia a la conveniencia de hacer mayor hincapié en el componente verbal de la comunicación oral y en el contenido del mensaje transmitido al público. Respecto a esta idea podemos plantearnos aumentar el número de ejercicios en los que se deben poner en juego las capacidades para resumir, organizar y adecuar el contenido de la charla a la situación y tiempos establecidos (ver las nuevas actividades que se exponen en la propuesta de entrenamiento en el siguiente apartado). Igualmente, a la hora de evaluar el discurso se puede profundizar en el feedback que se ofrezca al alumno/a sobre estos componentes de la comunicación verbal. Puede ayudar en esa tarea incorporar algunas categorías de observación que sean más concretas sobre los aspectos verbales del discurso. Con este fin, y después de haber consultado detenidamente las escalas de evaluación comentadas en el apartado metodológico, se propone incorporar a la Escala ECO 3 nuevas categorías centradas en el interés que suscita al público el mensaje, la estructuración y claridad del mismo, y el ajuste del contenido al tiempo preestablecido. Pueden consultarse las definiciones de estas nuevas categorías en el ANEXO 15.

7. CONCLUSIONES.

1. Se puede considerar que el entrenamiento para el desarrollo de la competencia oral impartido en dos o más sesiones ha sido eficaz puesto que se ha evidenciado un nivel medio-alto de ejecución de la tarea de hablar en público en las muestras analizadas. Los datos obtenidos a través de los cuestionarios cumplimentados en momentos posteriores al entrenamiento, sugieren que el alumnado, en su mayoría, se sintió satisfecho y manifestó haber aumentado los recursos para hacer frente a esta tarea. Además, el alumnado reflejó que había experimentado una disminución del malestar, miedo y sensación de ridículo al exponer una charla ante un auditorio en un ambiente formal.
2. Se ha comprobado que este tipo de intervención educativa es necesaria tanto en el ámbito universitario como profesional, puesto que la mayoría de alumnos/as entrenados mostraron su elevada motivación en distintos momentos del programa. Aunque la muestra de profesionales fue escasa, también mostró un alto nivel de motivación por aprender esta competencia.
3. Dos factores destacados a tener en cuenta para el entrenamiento de la competencia oral son los siguientes: el nivel de experiencia previa en discursos orales y el miedo previo a realizar un discurso en público. Los resultados obtenidos en el presente trabajo (al igual que otros) evidencian el beneficio que experimentan especialmente aquellos/as alumnos/as que tienen mucho miedo previo y/o escasa experiencia previa al entrenamiento puesto que, además de aumentar sus destrezas, disminuye el miedo y aumenta la seguridad y confianza para hablar en público después de la intervención.
4. El grado de cercanía del profesorado hacia el alumnado es una condición imprescindible para conseguir un adecuado entrenamiento puesto que modula de forma importante el clima desarrollado en las sesiones. Un clima cordial y cálido propicia la confianza necesaria para que el alumnado con mucho temor pueda enfrentarse a las prácticas. Otro beneficio directamente relacionado con la cercanía del/a docente es el aumento de la motivación por aprender, lo cual desemboca en un mayor nivel de aprendizaje.

5. La tutoría de apoyo es un elemento que puede considerarse básico para aquellos/as alumnos/as que tienen mayor dificultad para hablar en público, bien por una falta de experiencia ante esta situación o bien por un elevado temor a hablar en público. Además, se puede hacer extensible a la totalidad de alumnos/as ya que la mayoría de alumnos/as que tuvieron ocasión, asistieron de forma voluntaria a dicha tutoría. Esta tutoría conlleva para el alumnado una serie de beneficios y ha evaluada de manera satisfactoria.

6. Este programa de entrenamiento es aplicable no solamente en la universidad sino también en el ámbito profesional. El hecho de que tradicionalmente no se haya prestado una atención explícita al desarrollo de la competencia oral en los planes de estudios, hace que numerosos profesionales manifiesten el deseo de adquirir destrezas y conocimientos para poder mejorar en este aspecto que forma parte de su trabajo. Así, pese a que la muestra de profesionales analizada en este trabajo no fue muy extensa, mostró un alto nivel de motivación y de satisfacción en el proceso de aprendizaje de la competencia oral, además, fue una de las muestras que destacó en los resultados obtenidos después del entrenamiento.

7. En definitiva, los resultados obtenidos, junto con el análisis de las limitaciones halladas y las líneas de mejora formuladas, han llevado a la elaboración de la propuesta que se presenta como colofón y que constituye la aportación central de este trabajo.

8. PROPUESTA DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA DESARROLLAR LA COMPETENCIA ORAL.

El programa que se detalla a continuación se contextualiza en el ámbito universitario, aunque fácilmente se podría adaptar al entorno profesional. Por este motivo se han tenido en cuenta tanto las perspectivas del profesorado como del alumnado de cara a optimizar de los recursos materiales, temporales y humanos disponibles en este contexto.

8.1. Resultados de aprendizaje.

El alumnado que haya realizado el entrenamiento y desarrollado todas las actividades propuestas en las diversas sesiones deberá, una vez finalizado el mismo, ser capaz de:

1. Reconocer las conductas verbales y no verbales adecuadas en el contexto de un discurso público.
2. Elaborar y entrenar de forma eficaz un discurso, charla, conferencia, etc.
3. Manejar adecuadamente las manifestaciones conductuales resultantes de la activación simpática durante el discurso.
4. Manifestar un alto nivel de competencia oral en los discursos públicos.
5. Autoevaluarse constructivamente siempre que se realice un discurso ante un grupo de oyentes.

8.2. Bases teóricas y metodológicas del programa de entrenamiento.

La teoría sociocognitista desarrollada por Albert Bandura a partir de 1977 es la base sobre la que se asienta este programa, donde el papel activo que se atribuye a la persona para autorregular su propio aprendizaje es uno de los ejes principales. Aquí el concepto de autoeficacia es central, hace referencia a las creencias que un individuo tiene acerca de sus capacidades para desarrollar una determinada tarea. Las creencias de autoeficacia influyen en cómo las personas sienten, piensan, se motivan

y actúan (Bandura, 1993). Por tanto, son creencias que ayudan a regular el funcionamiento de la persona a través de procesos cognitivos, motivacionales y afectivos.

Bandura (1986, 1997) propone tres elementos necesarios para poder desarrollar eficazmente tanto las habilidades del sujeto como su percepción de autoeficacia relacionada con ellas:

1. El modelado es el primer eslabón para adquirir o aumentar las competencias. Se debe transmitir al alumnado la forma de llevar a cabo adecuadamente la tarea, los conocimientos y las estrategias que facilitan su ejecución.
2. Las prácticas guiadas en situaciones simuladas. El entrenamiento y el feedback que establece el/a instructor/a favorece el perfeccionamiento de la habilidad. El refuerzo positivo es igualmente un componente esencial para el verdadero progreso puesto que ayuda a asentar la autoconfianza de la persona.
3. Un programa de transferencia de la habilidad a situaciones reales. Para conseguir esta transferencia es imprescindible ir ajustando la gradación de las demandas de la tarea de modo que disminuya el miedo a cometer errores. De esta forma, el sujeto aprenderá a superar de forma resiliente los obstáculos que pueden surgir durante la ejecución de la tarea.

Para poder llevar a cabo el programa de entrenamiento en competencia oral, se deben considerar los siguientes aspectos:

- Facilitar un entorno seguro donde el/a alumno/a tenga la oportunidad para exponer en público y aprender las conductas apropiadas. Inicialmente se han de presentar las exposiciones orales en un contexto amigable y respetuoso que minimice la sensación de ridículo o de sentirse juzgado/a. Un aspecto básico es evitar la exposición prematura a situaciones que pueden sobrepasar las capacidades del alumno/a generando un alto nivel de miedo y, en su caso, el abandono.
- Desarrollar conductas de cercanía hacia el alumnado por parte del/a docente. El constructo de cercanía (“inmediacy”) fue introducido por Mehrabian (1971) para designar el tipo de comunicación verbal y no verbal que reduce la distancia física

y psicológica entre las personas. En el ámbito educativo, las conductas no verbales descritas que manifiestan proximidad son: contacto ocular, sonrisa, entonación, moverse por la clase, gestos variados y postura relajada (Richmond, Gorham y McCroskey, 1987). El uso del humor en las clases, frecuente inicio o muestras de querer iniciar conversaciones con los/as estudiantes antes, durante y después de las clases, autorrevelaciones,...etc, son algunas de las variables verbales que relacionó Gorham (1988) con el incremento del aprendizaje. En general, tanto la motivación del alumnado como el proceso de aprendizaje se ven favorecidos al incrementar estas conductas de proximidad en clase (Christophel, 1990).

- Comunicación persuasiva por parte del profesorado. Como explica Bandura (2009), se trata de algo más que de transmitir fe en los otros/as. El/a docente debe tener en cuenta el estado anímico y la tensión manifestada por el/a alumno/a y, a la vez, debe guiar al/a alumno/a.

Este programa sigue la estructura y metodología clásica de los entrenamientos en habilidades sociales, incorporando las técnicas integradas que se han mostrado altamente eficaces (Gil Rodríguez y García Saiz, 1995):

- Instrucciones.

El/a profesor/a debe explicar de manera clara y concisa las conductas verbales y no verbales que los/as alumnos/as deberán realizar durante la emisión del mensaje. La cuestión se centra en identificar los patrones de conducta que son más adecuados a las distintas situaciones, también es importante destacar los errores más comunes para intentar no reproducirlos después durante la práctica. Por ejemplo, se explica qué son los ilustradores y los adaptadores durante la emisión del discurso, cuáles son sus funciones y en qué sentido facilitan o inhiben la comprensión por parte de los oyentes.

Otros aspectos que se detallan en las instrucciones tienen que ver con la adaptación del estilo discursivo al público ante el cual se realizará la presentación. De este modo, el estilo será más coloquial y próximo cuando se dé una charla sobre salud a alumnos/as de un instituto, o más formal y técnico cuando se exponga un tema científico ante un auditorio experto en la materia.

- Modelado.

Consiste en exhibir las conductas objeto de aprendizaje a los sujetos que deben adquirirlas. Los modelos de conducta pueden ser personas ajenas, los mismos sujetos entrenados o el/a entrenador/a. Es una técnica muy utilizada sobre todo cuando se abordan conductas paralingüísticas, no verbales y conductas complejas. En el programa propuesto, el/a docente hace de modelo en los primeros momentos del entrenamiento, cuando trata de aclarar los elementos constituyentes de la competencia oral. También se hace uso del modelado por parte del propio alumnado puesto que al exponerse delante del resto del grupo y recibir feedback, los alumnos/as pueden observar y diferenciar ejemplos de conducta adecuados e inadecuados. Finalmente, también se realiza una práctica sobre la visualización de modelos ajenos en las grabaciones de discursos por parte de personajes públicos.

- Ensayo conductual y entrenamiento.

Los ensayos están íntimamente ligados a las instrucciones, ofrecen la oportunidad de practicar las conductas hasta alcanzar un nivel de ejecución apropiado. Durante el proceso de aprendizaje de la competencia oral se pretende que el alumnado practique el mayor número de veces posible.

Este es un punto sobre el que se insiste reiteradamente puesto que el entrenamiento y la preparación del discurso se han relacionado significativamente con un mejor desempeño en la actuación. Concretamente, Menzel y Carrell (1994) hallaron implicadas diversas variables en un discurso de calidad, siendo destacable no sólo el tiempo dedicado a los ensayos del discurso, sino también la preparación previa a los mismos: tiempo dedicado a la búsqueda de información sobre el tema del que se tiene que hablar, elaboración de la presentación visual de apoyo al discurso y elaboración de las notas que resumen la información presentada.

Otra cuestión en la que se hace hincapié es la no conveniencia de memorizar el discurso o simplemente leerlo puesto que de ese modo se perdería el componente vital de la comunicación.

- Exposición graduada en vivo.

Si se desea aprender la conducta de hablar en público es imprescindible ensayarla delante de un público. En este caso concreto, además de entrenarse, la persona se está exponiendo propiamente a la situación. Como ya comentó en un apartado precedente, se ha comprobado que el mero hecho de exponerse a la situación de hablar en público de forma gradual y persistente es efectivo para reducir el temor en aquellas personas con miedo a hablar en público. Este aspecto es relevante si pensamos en la elevada proporción de alumnos/as que manifiestan este temor.

Finn (2007) comprobó cómo se pasaba del patrón de sensibilización al de la habituación cuando los sujetos se enfrentaban a una serie de exposiciones orales a lo largo de un entrenamiento. En la Figura 50 se refleja claramente el fenómeno de la habituación descrito por Behnke y Sawyer (2004). Por tanto, la exposición múltiple a la tarea de hablar en público ha demostrado ser eficaz para reducir el miedo en alumnos/as puesto que produce un efecto de habituación entre sesiones.

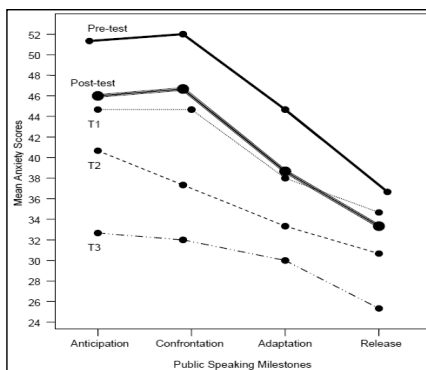


Figura 50. Patrón de habituación: puntuaciones medias de ansiedad en los grupos con tratamiento a lo largo de las fases del discurso (tomado de Finn, 2007, p.44)

A diferencia del ámbito clínico, donde en determinadas circunstancias puede ser útil la exposición no graduada, la exposición a la situación de hablar en público en el contexto académico debe ser cuidadosamente planificada puesto que se podría

favorecer la sensibilización en lugar de habituación, desencadenando consecuencias contraproducentes.

El ensayo conductual es eficaz en términos de generalización y transferencia de la conducta. En este sentido, se producirá más fácilmente la generalización de las conductas verbales y no verbales si se plantean varios escenarios y con distintas modalidades de discurso para el ensayo conductual. En este programa de entrenamiento el ensayo conductual está íntimamente ligado a la exposición.

Los principales aspectos que se deben tener en cuenta para graduar adecuadamente las prácticas a lo largo del programa son los siguientes:

- El número de personas que componen el público. Se parte de 4 o 5 alumnos/as como espectadores en la sesión de entrenamiento y se culmina con un público compuesto por grupos medianos de alumnos/as de la misma promoción. De forma ideal, cabría aumentar el nivel de gradación haciendo una tercera exposición oral con un público más numeroso.
- La ubicación. El punto de partida es un ambiente altamente familiar (aulas) y se acaba en un contexto impersonal y desconocido para el alumnado (salón de actos). La gradación en la variable contextual también tiene que ver con la amplitud de la estancia, la distancia entre el/a comunicador/a y el público y las barreras. Para los primeros ensayos tutorizados se prevé un aula de pequeñas dimensiones para mantener una corta distancia entre los/as interlocutores/as, contrariamente a las condiciones pretendidas en el escenario de la segunda sesión del entrenamiento.
- El tema, duración y evaluación del discurso. En la segunda sesión del entrenamiento se realizan dos prácticas. En la primera, el alumnado debe hablar durante un breve periodo de tiempo sobre un tema elegido libremente (se le anima a que sea algo que le produzca satisfacción o un tema que conozca en profundidad). En la segunda práctica hablará sobre un tema general elegido entre los que se ofrecen por parte del profesorado durante 2 o 3 minutos. En la tercera sesión del entrenamiento se comienza con una exposición improvisada de un minuto ("Tema vacío") y posteriormente se realizará la exposición oral de entre 4 y 5 minutos que será evaluada. El tema de exposición que se va a

evaluar es más complejo y requiere mayor estructuración, sin embargo, como el alumnado habrá tenido bastantes días para prepararlo y entrenar, se considera que el día de la exposición no tiene porqué convertirse en un foco de temor.

Respecto al ejercicio del “Tema vacío” conviene hacer una aclaración. En realidad es una actividad que genera un alto nivel de estrés, puesto que el tema es totalmente azaroso y normalmente sin relevancia alguna. Se ha incorporado su realización de forma intencionada momentos antes de la exposición oral preparada bajo la filosofía que se adopta en la denominada intervención paradójica. En palabras de Cormier y Cormier (1991), “*en esta estrategia, la conducta disminuye o cesa por efecto de la saciedad*” (p. 653). El/a docente debe enmarcar la tarea explicando que el aumento de sintomatología simpática es una consecuencia que se producirá en todos/as aquellos/as alumnos/as que realicen el discurso ya que es inherente a la situación de hablar públicamente sin saber siquiera lo que se va a decir. A continuación, para que resulte eficaz, se realiza la siguiente predicción: este incremento de respuesta ante el estrés será una descarga que resultará útil puesto que el nivel de ansiedad que se experimentará posteriormente durante la exposición del tema preparado será considerablemente menor.

Otro argumento que refuerza la efectividad del ejercicio, y que también es importante transmitir al alumnado antes de comenzar el tema vacío, es que además de descargar la ansiedad inicial, esta actividad tiene la función de familiarizar al alumnado con las características físicas del entorno y del material que va a utilizar durante la exposición (estrado, atril, micrófono,...etc).

No obstante, es muy importante recalcar que se trata de un ejercicio voluntario para evitar picos extremos de ansiedad en aquellos/as alumnos/as con un miedo elevado a hablar en público.

- Retroalimentación o feedback.

El/a entrenador/a informa al sujeto si las conductas que ha mostrado durante la práctica son adecuadas y/o las modificaciones que debe incorporar para mejorar en lo posible su actuación. La detección de estas discrepancias por parte del alumnado constituye una parte fundamental para la adquisición de la competencia. Los procesos de autorregulación del aprendizaje subyacen a esta actividad.

En los entrenamientos para hablar en público se utilizan con cierta frecuencia las grabaciones de las actuaciones para que la persona reciba un feedback visual acompañado del análisis verbal del entrenador/a. Sin embargo, los estudios realizados al respecto arrojan resultados mixtos (Kluger y DeNisi, 1996; Mallard y Quintanilla, 2007). Por este motivo no se considera imprescindible incorporar la videograbación durante el entrenamiento.

En cuanto a su función, la autoestima, la autorregulación y la interacción con el entorno se han correlacionado positivamente con la sensibilidad al feedback, mientras que la correlación con la aprensión comunicativa es negativa (Edwards, 1990). Otros factores que se han relacionado con la eficacia del feedback en el aprendizaje de la competencia para hablar en público son el grado de intensidad del feedback (Smith y King, 2004) y el momento en el que se ofrece (King y Young, 2004; King, Young y Behnke, 2000).

- Refuerzo.

El objetivo básico de esta técnica es moldear y mantener las conductas que se van adquiriendo durante los ensayos. El refuerzo produce un aumento de motivación, elemento que juega un papel importante para ir desarrollando y manteniendo conductas cada vez más complejas.

Es importante que tras cada ensayo tanto el/a docente como los/as alumnos/as que lo deseen verbalicen aquello que la persona ha conseguido a través de su discurso. Otro tipo de refuerzo, en este caso no verbal pero igualmente importante, es el aplauso y los gestos afables que se manifiestan en el auditorio, es decir, la manifestación de actitud positiva y de interés de los espectadores hacia el/a orador/a.

- Estrategias de generalización.

Se refiere a exhibir las conductas aprendidas en distintas condiciones a las que se han entrenado inicialmente. La práctica del discurso público se puede generalizar cambiando el entorno físico, el tipo de auditorio, la cantidad de personas que lo componen y el tipo de charla.

8.3. Descripción de las actividades y del programa.

Tal y como se ha señalado anteriormente, el programa que se propone integra todas las mejoras que han emergido de las experiencias descritas y que han resultado efectivas. Al ser una actividad diseñada para desarrollarse en el marco universitario, se ha tenido en consideración la optimización de recursos relevantes como el tiempo dedicado a la actividad por parte del equipo docente y la disponibilidad del profesorado, puesto que en muchas ocasiones hay ciertas limitaciones al respecto.

Los siguientes elementos representan la base sobre la que se ha elaborado el programa de entrenamiento: los trabajos de Bados López sobre intervenciones para tratar el miedo a hablar en público (Bados López, 1986; 2005) y las técnicas de exposición (Bados López, 2011); la extensa información hallada en diferentes revistas científicas de la asociación americana de comunicación (National Communication Association), entre las cuales podemos destacar la revista *Communication Education*; y, por último, la experiencia obtenida a lo largo de entrenamientos previos a esta propuesta, junto con las opiniones del alumnado.

En la Tabla 43 aparecen detalladas las características y condiciones necesarias para poder desarrollar una intervención psicoeducativa destinada al aprendizaje activo de la competencia oral en el alumnado universitario. Cuestiones que serán desarrolladas en los puntos posteriores.

Tabla 43. Propuesta de entrenamiento para el desarrollo de la competencia oral en el contexto universitario.

Resultados de aprendizaje	Tras haber asistido íntegramente al seminario, el alumnado estará capacitado para: <ul style="list-style-type: none"> ● Reconocer las conductas verbales y no verbales adecuadas en el contexto de un discurso público. ● Elaborar y entrenar eficazmente un discurso, charla, conferencia, etc. ● Manejar de forma adecuada las manifestaciones resultantes de la activación simpática que tienen lugar durante el discurso. ● Mostrar un alto nivel de competencia oral en los discursos públicos en contextos formales. ● Autoevaluarse constructivamente siempre que se realice un discurso ante un grupo de oyentes.
Cronograma	El programa se impartirá durante aproximadamente 5.5 horas distribuidas en tres sesiones. Idealmente, las sesiones se deberían transcurrir en tres semanas contiguas para favorecer la habituación, dar tiempo para asimilar la información y entrenar la tarea con el grupo de compañeros/as.
Técnicas de aprendizaje	Instrucciones, modelado, ensayo conductual aprendizaje por observación, exposición gradual

	en vivo, retroalimentación, refuerzo y autoevaluación reflexiva.
Recursos	<p>Ubicaciones según la sesión del seminario de que se trate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aula de clases para la primera sesión (teórico-práctica). • Aula de seminarios para la segunda sesión (ensayo tutorizado). • Salón de actos para la tercera sesión (evaluación). <p>Recursos materiales: tarima, cañón de proyección, ordenador, micrófono, baraja de tarjetas del tema vacío, cronómetro, un folio para cada participante que contenga fotocopiado a doble cara el autoinforme PRCS-12 (Cuestionario de Confianza del orador versión española abreviada).</p>
Profesorado	<p>Un/a docente por sesión que se encargará de ofrecer información e instrucciones, modelado, feedback, acompañamiento durante las diversas tareas que componen el programa y evaluación. Todo ello ofreciendo un nivel de acercamiento óptimo hacia el alumnado para fomentar un clima cálido, relajado y respetuoso, con el fin de favorecer la participación y ayuda a aquellos/as alumnos/as con mucho miedo a hablar en público. Sería conveniente que el/a docente fuera el mismo para cada grupo a lo largo de todo el proceso con el fin de hacer el seguimiento de la evolución y mantener el clima de acercamiento establecido.</p>
Desarrollo de sesiones	<p>1ª Sesión o sesión teórico-práctica (aproximadamente 2 horas).</p> <p>Presentación e instrucciones generales del entrenamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de los resultados de aprendizaje. • Estructuración del cronograma: primera sesión (teórico-práctica), segunda sesión (ensayos tutorizados) y tercera sesión (evaluativa). • Explicación de tareas a realizar en cada una de las sesiones. • Explicación sobre la necesidad de realizar trabajo autónomo complementario entre la segunda y la tercera sesiones (ver figura 51). • Información sobre del sistema evaluativo del entrenamiento: nota grupal de la presentación (power point) y nota individual del discurso emitido en la tercera sesión (evaluativa). • Composición de grupos de trabajo: se comunica que se deberán formar lo antes posible grupos de 4 a 5 alumnos/as con el fin de elaborar conjuntamente el tema y el power point que después presentarán oralmente en la última sesión. • Se anima a solicitar una tutoría personalizada a aquellas personas que necesiten un apoyo adicional para enfrentarse a esta tarea. En ella se comentarán técnicas de respiración controlada y control de autoverbalizaciones negativas basadas en el manual de Bados López (2005). <p>Contenido teórico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introducción: importancia de la comunicación oral en el ámbito científico. • Principales dificultades para hablar en público: déficit de habilidades por falta de exposición y aprendizaje, experiencias previas negativas que originan miedo u observación de las mismas, falta de entrenamiento previo al discurso, errores cognitivos. • Descripción de la conducta de hablar en público: procesos cognitivos, fisiológicos y motores. • Análisis de la conducta verbal y no verbal durante el discurso. Ejemplos de conductas adecuadas e inadecuadas. • Bases para una adecuada preparación del apoyo visual (power point).
Desarrollo de	

sesiones (cont.)	<p>Contenido práctico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposición del registro de observación y breve práctica de visualización de discursos atendiendo a los componentes conductuales ya explicados. • Complimentación y autocorrección del autoinforme PRCS-12. Se les comenta que este es un ejercicio de autoevaluación reflexiva. Al final del entrenamiento lo responderán nuevamente y podrán contrastar si han aumentado su confianza para hablar en público a la vez que han reducido el temor. <p>Instrucciones para la segunda sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se explica que en el siguiente encuentro se practicarán los aspectos verbales y no verbales del discurso. No se aporta más información sobre las actividades concretas a realizar. <p>El grupo deberá asistir al completo siempre que sea posible y es recomendable que se hayan repasado el contenido teórico explicado en esta primera sesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por último, se les indica que tendrán a su disposición en la plataforma educativa virtual una serie de documentos de apoyo para realizar el powerpoint y entrenar el discurso en grupo. <p>2ª Sesión o ensayo tutorizado en pequeño grupo (30-45 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad 1. Discurso improvisado de contenido libre durante un minuto, en el que se valorará el aspecto no verbal de la actuación (subescalas no verbales y paralingüísticas de la Escala ECO) y se proporcionará feedback. • Actividad 2. Ejercicio del discurso improvisado adaptado de Beidel, Jacob y Cooley, (1989). Se ofrece a cada alumno/a una serie de temas generales (aborto, eutanasia, crisis, energía nuclear, etc.) de los cuales se debe elegir uno. Se comenta que tienen 3 o 4 minutos para elaborar un discurso de 2 o 3 minutos intentando seguir las pautas descritas en la primera sesión. Finalmente, cada alumno/a expondrá ante el grupo su comunicación. La evaluación y feedback se realizará por parte del profesor/a utilizando las subescalas verbales de la Escala ECO. <p>3ª Sesión o sesión evaluativa en grupo mediano o grande (3 horas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad 1. La práctica del "tema vacío" propuesto como un ejercicio para romper el hielo en el que todos/as los/as participantes emiten un breve discurso improvisado sobre un tema elegido al azar entre una baraja de tarjetas que representan temas cotidianos. Este ejercicio puede ser introducido del siguiente modo para que tenga el efecto de la intervención paradójica: <p style="text-align: center;"><i>"Este ejercicio tiene una doble finalidad. Por una parte, sirve para salir al escenario y enfrentarse a la tarea sin ser evaluado/a. En este sentido, es un ejercicio con finalidad lúdica y para relajar los nervios. Por otra parte, también sirve para que os familiaricéis con el lugar, experimentéis con el micrófono y veáis el auditorio desde la perspectiva del/a ponente, de este modo no os sentiréis tan extraños/as cuando tengáis que ofrecer vuestro discurso posteriormente".</i></p> • Actividad 2. Exposición oral de aproximadamente 4-5 minutos por parte de todos/as los/as participantes siguiendo las instrucciones descritas en la primera sesión. En este caso, puesto que se trata de simular una reunión científica de expertos/as, se instará a todos los miembros del grupo a que salgan y se sienten en la tarima a modo de "mesa redonda". Al finalizar todos los discursos, el alumnado deberá regresar a sus asientos donde se facilitará el feedback. • Actividad 3. Complimentación y autocorrección del autoinforme PRCS-12. Puesta en común de los resultados al compararlos con la puntuación obtenida en la primera sesión.
-------------------------	--

Un resumen del proceso de intervención descrito se ofrece en la Figura 51, donde claramente se puede observar el entrenamiento graduado teniendo en cuenta los aspectos relativos al grupo, tipo de discurso, tiempo de preparación, contexto físico, dimensión del auditorio y número de oyentes. A este esquema se ha incorporado también la parte correspondiente al el entrenamiento autónomo que deberá realizar el alumnado al tratarse de un elemento clave para el desarrollo de un discurso exitoso.

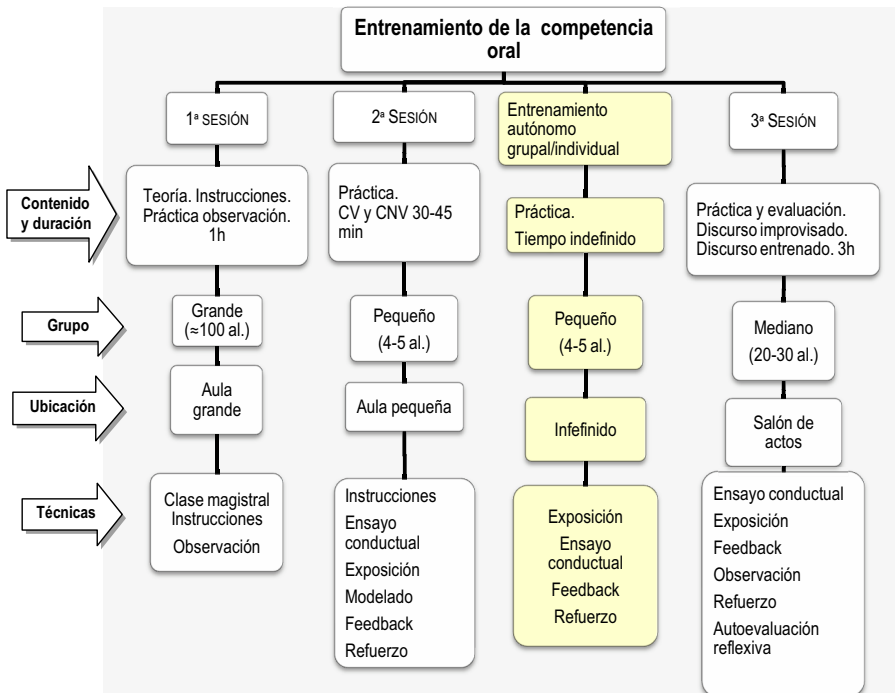


Figura 51. Esquema de la propuesta entrenamiento para el desarrollo de la competencia oral en el contexto universitario.

8.4. Entorno de los entrenamientos.

Un aspecto central estrechamente relacionado con la confianza del orador/a es el contexto físico y el ambiente donde se va a realizar la comunicación. Como ya hemos comentado, este factor puede ser facilitador si es percibido por el/la comunicador/a como familiar y confortable, o bien lo contrario, puede dificultar la actuación, si no se conoce, y ser percibido como un ambiente amenazante. Un auditorio de grandes proporciones también tiene que ver con esta sensación de amenaza e incomodidad experimentada por parte del/a orador/a.

Por estos motivos, creemos conveniente comenzar las sesiones en ambientes familiares para acabar en el contexto más imponente como puede ser un salón de actos donde normalmente tienen lugar actos formales. En el entorno universitario proponemos la siguiente graduación de escenarios para el desarrollo de las sucesivas sesiones del entrenamiento.

- Aula de clases magistrales

Un lugar que parece apropiado para la primera sesión podría ser un aula donde normalmente se imparten las clases. Es familiar y, además, en ese momento no se va a desarrollar ningún discurso por lo que la sensación amenazante es mínima para aquellos/as con miedo a hablar en público. No obstante, el/a docente debe ser consciente de que es en este primer contacto, el momento en que se explican las condiciones del entrenamiento y se asigna al alumnado la tarea de hablar en público, cuando comenzarán a brotar las emociones del alumnado y la anticipación del miedo. Emociones intensas en algunos casos.

Como es natural, las aulas deben tener una capacidad suficiente como para abarcar al grupo entero de alumnos/as que van a realizar el entrenamiento. Se necesitará que estén provistas de sistema de vídeo, audio y cañón de proyección para desarrollar los ejercicios prácticos en esta primera sesión. Se considera razonable el hecho de realizar la primera sesión conjuntamente puesto que, de este modo, todo el alumnado recibirá la misma base teórica y la misma información.

Un ejemplo de aula estándar en la que se impartió la primera sesión en el grupo de estudiantes de Enfermería de Palma, antes analizado, es la que se observa en las Figuras 52 y 53.



Figura 52.



Figura 53.

- Aula de seminarios.

La segunda sesión, en la que se van a efectuar las primeras exposiciones en grupo pequeño (ensayos tutorizados), debería ser impartida en un ambiente más recogido si tenemos en cuenta la progresión en niveles de dificultad. Las aulas de seminarios teórico-prácticos son ambientes familiares para el alumnado y, probablemente, no serán un factor que elicite miedo e inseguridad en la realización de las primeras prácticas. Es importante que el emplazamiento de estas aulas sea silencioso y garanticen la privacidad durante el desarrollo de las exposiciones orales.

En este caso, sólo es necesario material muy básico, bolígrafo y papel para realizar el esbozo del discurso.

En las siguientes fotografías (Figuras 54 y 55) aparecen algunas aulas que han servido para tutorizar los grupos pequeños del alumnado de Enfermería (Palma) durante el curso 2012-13.



Figura 54.



Figura 55.

- Aula magna o salón de actos.

El lugar idóneo para la última sesión sería un salón de actos. Evidentemente es un entorno desproporcionado para el número de los/as alumnos/as que conformarán el público. Sin embargo, es capaz de evocar la situación real para la que se están entrenando: dar una charla pública en un ambiente formal. Hay que tener en cuenta que este representa el último escenario del entrenamiento y es el que despierta mayor respeto en todo el alumnado.

Es importante que el espacio esté adecuadamente preparado. El/a docente debe asegurarse antes de comenzar de que temperatura, iluminación, mobiliario y sistema audiovisual estén en las condiciones óptimas.

Otro aspecto a considerar es la configuración del público. Dado que este entrenamiento se realizará en grupos medianos (no más de 30 personas), el auditorio daría una sensación de falta de público. El/a docente debe pues distribuir al alumnado en la primera mitad de las gradas, evitando que se sienten en las primeras filas o que se aglomeren en una zona determinada. Por otra parte, será adecuado situar parte del alumnado en los extremos con el fin de que el observador/a pueda fácilmente evaluar el recorrido de miradas hacia el público.

En las siguientes fotografías (Figuras 56 a 58) aparece el “Aula Magna” del Edificio Guillem Cifre (UIB) que ha venido siendo utilizado con esta finalidad.



Figura 56.



Figura 57.



Figura 58.

8.5. Material y recursos.

Los espacios en los que se desarrollarán la primera y la tercera sesión del entrenamiento deberán estar equipados con sistema audiovisual, cañón de proyección y ordenador. De forma adicional, es conveniente disponer de un micrófono y un atril para que la situación sea lo más parecida posible al escenario real. Puede ser útil contar con un puntero láser y un mando a distancia para pasar las diapositivas en el caso de que no sea posible tener en el atril, o próximo a él, el ordenador desde el que se proyecta el powerpoint.

Las actividades a desarrollar precisarán el material que se explicita a continuación:

- Tema vacío: baraja de 30 tarjetas plastificadas donde figuran diversas palabras con la imagen que evocan.
- Folios y bolígrafos para preparar el discurso improvisado que se realiza en la segunda sesión.
- Cronómetro, se necesita durante la segunda y tercera sesiones.
- Copias del autoinforme PRCS-12 (cuestionario sobre Confianza del orador abreviada, Méndez Carrillo et al., 2004), tantas como alumnos/as realicen el seminario.
- Copias de la Escala ECO, por cada alumno/a dos copias para el entrenamiento y para la evaluación.

En cuanto a los recursos humanos y teniendo en cuenta que es recomendable el acompañamiento de los grupos por el/a mismo/a docente, en el caso de grupos numerosos sería beneficioso contar con un equipo docente de al menos dos miembros, pudiendo asignar a cada docente un determinado número de subgrupos. Como se puede apreciar en la Tabla 44, la dedicación por parte del profesorado es de entre 27 y 29 horas considerando que el grupo está constituido por 100 alumnos/as.

Tabla 44. Tiempo estimado dedicado al entrenamiento por parte del alumnado y profesorado.

SEMINARIO	TIEMPO ESTIMADO DEDICADO POR EL/A DOCENTE.	TIEMPO ESTIMADO DEDICADO POR EL ALUMNADO	SECUENCIA TEMPORAL
1ª SESIÓN (2 HORAS)	1 grupo de 100 alumnos/as=2 horas	2 horas	Semana 1
TUTORÍA (30-45 MIN)	20 grupos de 5 alumnos/as= 13-15horas	30-45 minutos	Semana 2
2ª SESIÓN (3 HORAS)	4 grupos de 25 alumnos/as=12 horas	3 horas	Semana 3

El tiempo estimado de trabajo para el alumnado es de aproximadamente 5 horas y media. A lo que se deben añadir al menos 3 horas dedicadas a la elaboración del tema, el powerpoint, al entrenamiento en grupo e individual realizados de forma autónoma. La preparación de la comunicación abarca la búsqueda de información sobre el tema de la charla, la elaboración de la presentación y el entrenamiento del discurso, tanto individual como grupal, que es crucial para realizar una actuación de alto nivel, según se ha comprobado (Menzel y Carrell, 1994).

8.6. Evaluación de la competencia oral.

La evaluación de la competencia durante el transcurso del entrenamiento responde a una triple finalidad:

1. Evaluación como guía durante todo el proceso de aprendizaje. En la primera sesión se explica el método de evaluación mostrando las dos herramientas que serán utilizadas: Escala ECO (10) y PRCS-12. Además, los componentes de la Escala ECO se utilizarán para explicar los elementos conductuales que constituyen la competencia oral. Al incorporar desde el inicio del proceso formativo los criterios de evaluación, se adopta un enfoque muy diferente al de la evaluación como elemento sumativo y final.

2. Evaluación como sistema de medición competencial. Se obtienen dos puntuaciones derivadas de estas dos herramientas, las cuales se convierten en un nivel determinado de competencia oral en el caso de la Escala ECO (10) y de confianza para hablar en público en el caso del PRCS-12.
3. Evaluación como herramienta que ayuda al crecimiento del alumnado. En este sentido, la Escala ECO (10) es un elemento crucial de apoyo al profesorado para realizar la tarea de retroalimentación durante la actuación del alumnado. Por otro lado, el hecho de que el propio alumnado pueda establecer una comparación de puntuaciones en base a un autoinforme supone una tarea de aprendizaje reflexivo.

Para lograr estos propósitos se cuenta con dos herramientas:

- La Escala ECO (10), como elemento evaluativo clave en programa de entrenamiento en competencia oral. Los/as docentes deberán estar familiarizados con la herramienta, su contenido y su manejo para que el programa sea verdaderamente eficaz. Es conveniente, por tanto, realizar un entrenamiento previo para el uso de esta escala.
- PRCS-12 (Cuestionario de confianza para hablar en público versión abreviada, Méndez Carrillo et al., 2004) que utilizará el propio alumnado para medir su nivel de miedo/confianza para hablar en público en la primera y en la última sesión del entrenamiento. Para conseguir ese fin, el alumnado contará con dos copias que se entregarán al inicio. El primer momento de cumplimentación será antes de comenzar el contenido teórico de la primera sesión. Se cumplimentará por segunda vez al finalizar las exposiciones orales en la tercera sesión del entrenamiento. Momento en el cual se abrirá un espacio para que el alumnado comparta, si lo desea, sus experiencias y su propia evolución.

9. BIBLIOGRAFÍA.

- Ackerman, P.L., Kanfer, R. y Goff, M. (1995). Cognitive and noncognitive determinants and consequences of complex skills acquisition. *Journal of experimental psychology*, 1 (4), 270-304.
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2007). *El profesional flexible en la sociedad del conocimiento. Reflex. Informe ejecutivo*. Ministerio de Educación y Cultura. Madrid: ANECA.
- Bourthis, J. y Allen, M. (1992). Meta-analysis of the relationship between communication apprehension and cognitive performance. *Communication education*, 41 (1), 68-76.
- Allen, M., Witt, P.L. y Wheelless, L.R. (2006). The role of immediacy teacher as a motivacional factor in student learning: using meta-analysis to test a causal model. *Communication education*, 55 (1), 21-31.
- American Psychiatric Association. (2002). En *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Anguera Argilaga, M.T. (1991). La observación (I): problemas metodológicos. En R. Fernández-Ballesteros y J. Carroble Isabel, *Evaluación conductual* (pp. 278-314). Madrid: Pirámide.
- Anguera Argilaga, M.T. (1991). La observación (II): situaciones naturales y de laboratorio. En R. Fernández-Ballesteros y J. A.Carroble Isabel, *Evaluación conductual* (pp. 320-348). Madrid: Pirámide.
- Argyle, M. (1975). *Bodily communication*. Londres: Methuen.
- Argyle, M. (1983). *Análisis de la interacción*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Argyle, M., Furnham, A. y Graham, J.A. (1981). *Social situations*. New York: University Press.
- Aron, A. y Aron, E. (2001). *Estadística para psicología*. Buenos Aires: Pearson Educación.

- Arquero Montaña, J.L., Donoso Anes, J., Hassall, T. y Joyce, J. (2003). Contabilidad y aprensión comunicativa: estudio comparativo de los niveles y perfiles de AC en los estudiantes universitarios. *Revista de Contabilidad*, 6 (12), 21-46.
- Arquero Montaña, J.L., González-González, J.M., Hassall, T. y Joyce, J. (2013). Autoconcepto en capacidades de comunicación y aprensión: un estudio comparativo de los estudiantes en los nuevos grados del área de Ciencias Económicas y empresariales. *Revista de Contabilidad*, 16 (1), 24-31.
- Ashbaugh, A. R. y Radomsky, A. (2009). Interpretations for and bodily sensations during public speaking. *Journal of behavioural therapy and experimental psychiatry*, 40, 399-411.
- Ato García, M., Benavente Reche, A. y López García, J.J. (2006). Análisis comparativo de tres enfoques para evaluar el acuerdo entre observadores. *Psicothema*, 18 (3), 638-645.
- Bados López, A. (1986). *Análisis de los componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Universidad de Barcelona. España.
- Bados López, A. (1991). *Hablar en público: guía práctica para lograr habilidad y confianza*. Madrid: Pirámide.
- Bados López, A. (2005). *Miedo a hablar en público*. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/353/1/120.pdf>.
- Bados López, A. y Saldaña García, C. (1987). Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público. *Análisis y modificación de conducta*, 13, 657-684.
- Bados López, A. (2011). *Técnicas de Exposición*. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Exposici%C3%B3n%202011.pdf>
- Ballester Arnal, R. y Gil Llario, M.D. (2002). *Habilidades sociales: evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewoods Cliffs: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational psychologist*, 28 (2), 117-148.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2009). Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. En E. Locke, *Handbook of principles of organization behavior* (pp. 179-200). United Kingdom: Wiley.
- Bandura, A. y Locke, E.A. (2007). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of applied psychology*, 88 (1), 87-99.
- Bandura, A. y Martínez-Pons, M. (1992). Self-motivation for academic attainment: the role of self-efficacy beliefs and personal goal setting. *American educational research journal*, 29 (3), 663-676.
- Baños Díez, J.E. y Pérez Sánchez, J. (2005). Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades. *Educación Médica*, 8 (4), 216-225.
- Baylon, C.H. y Mignot, X. (1996). *La comunicación*. Madrid: Cátedra.
- Beatty, M.J. (1988). Situational and predispositional correlates of public speaking anxiety. *Communication education*, 37, 28-39.
- Beatty, M.J., Behnke, R.R. y McCallum, K. (1978). Situational determinants of communication apprehension. *Communication monographs*, 45, 187-191.
- Beatty, M.J., Mc Croskey, J.C. y Heisel, A.D. (1998). Communication apprehension as temperamental expression: a communibiological paradigm. *Communication monographs*, 65 (3), 197-219.
- Beatty, M.J. y Andriate, G.S. (1985). Communication apprehension and general anxiety in the prediction of public speaking. *Communication Quarterly*, 33 (3), 174-184.
- Beatty, M.J. y Behnke, R.R. (1980). An assimilation theory perspective of communication apprehension. *Human communication research*, 6, 319-325.
- Behnke, R.R. y Carille, L.W. (1971). Heart rate as an index of speech anxiety. *Speeches monographs*, 38, 65-69.

- Behnke, R.R. y Sawyer, C.R. (1999). Milestones of anticipatory public speaking anxiety. *Communication education*, 48, 156-172.
- Behnke, R.R. y Sawyer, C.R. (2000). Anticipatory anxiety pattern for male and female public speakers. *Communication education*, 49 (2), 187-195.
- Behnke, R.R. y Sawyer, C.R. (2001). Patterns of psychological state anxiety in public speaking as a function of anxiety sensitivity. *Communication Quarterly*, 49 (1), 84-94.
- Behnke, R.R. y Sawyer, C.R. (2004). Public speaking anxiety as a function of sensitization and habituation processes. *Communication education*, 53 (2), 1164-1173.
- Beidel, D.C., Rao, P., Scharfstein, L., Wong, N. y Alfaro, C. (2010). Social skills and social phobia: an investigation of DSM-IV subtypes. *Behaviour research and therapy*, 48, 992-1001.
- Beidel, D.C., Turner, S.M, Jacob, R.G. y Cooley, M. (1989). Assessment of social phobia: reliability of an impromptu speech task. *Journal of Anxiety Disorders*, 3 (3), 149-158.
- Bergamaschi, M.M., Costa Queiroz, R.M., Hortes Nisihara, M., Chavez Gomes de Oliveira, D., Spinosa de Martinis, B., Kapczinski, F.Q., ...Crippa, J.A. (2011). Cannabidiol reduces the anxiety induced by simulated public speaking in treatment-naïve social phobic patients. *Neuropsychopharmacology*, 1-8.
- Berger, B.A., McCroskey, J.C. y Richmond, V.P. (1984). Communication apprehension and shyness. En W.N. Tinnally, R.S. Beardsley y F.R. Cultiss, *Communication in pharmacy practice: a practical guide for students and practitioners*. (pp. 128-158). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Bernstein, D.A y Borkovec, T.D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva: un manual para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Blanco Villaseñor, Á. (1989). Fiabilidad y generalización de la observación conductual. *Anuario de Psicología*, 43 (4), 7-32.
- Bline, D., Lowe, D.R., Meixner, W.F. y Nouri, H. (2003). Measurement data on commonly used scales to measure oral communication an writing apprehensions. *Journal of Bussiness Communication*, 40 (4), 266-288.

- Blöte, A. W., Kint, M. J., Miers, A.C. y Westenberg, M. (2009). The relation between public speaking anxiety and social anxiety: a review. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 305-313.
- Bodie, G.D. (2010). A racing heart, rattling kness, and rumiative thoughts: defining, explaining and treating public speaking anxiety. *Communication education*, 59 (1), 70-105.
- Bonvicini, K.A., Perlin, M.J, Bylund, C.L., Caroll, G., Rouse, R.A. y Goldstein, M.G. (2009). Impact of communication training on phsician expresion of empathy in patiens encounters. *Patien Education and Counselling*, 75, 3-10.
- Botella Arbona, C., Gallego Pitarch, M.J., García-Palacios, R.M., Baños Rivera, R.M., Quero Castellano, S. y Guillén Botella, V. (2008). An Internet-based self-help program for the treatment of fear of public speaking: a case study. *Journal of technology in human services*, 26 (2), 182-202.
- Botella Arbona, C., García-Palacios, A., Baños Rivera, R.M. y Quero Castellano, S. (2007). Realidad virtual y tratamientos psicológicos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 17-31.
- Briz Villanueva, E. (2003). La evaluación de las habilidades lingüísticas. En A. Mendoza Fillola, *Didáctica de la lengua y la literatura para primaria*. (pp. 425-465). Madrid: Pearson Educación.
- Buendía Eisman, L., Colás Bravo, M.P. y Hernández Pina, F. (1998). *Métodos de investigación en Psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Buss, A.H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: W.H.Freeman.
- Bylund, C.L., Brown, R.F., Di Ciccone, B.L., Levin, T.T, Gueguen, J. y Hill, C. (2008). Training faculty to facilitate communication skills training: development and evaluation of workshop. *Patient education and counselling*, 70, 430-436.
- Caballo Manrique, V. (1991). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández Ballesteros y J.A. Carrobes Isabel, *Evaluación conductual* (pp. 553-594). Madrid: Pirámide.

- Caballo Manique, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo Manrique, V. y Buela Casal, G. (1988). Molar/molecular assessment in an analogue situation: relationships among several measures and validation of a behavioral assessment instrument. *Perceptual and motor skills*, 67, 591-602.
- Cano García, M.E. e Ion, G. (2012). Prácticas evaluadoras en las universidades catalanas: hacia un modelo centrado en competencias. *Estudios sobre Educación*, 22, 155-177.
- Cano García, M. E. (2008). La evaluación por competencias en la educación superior. *Profesorado. Revista de formación del profesorado*, 12 (3), 1-16.
- Cao Torija, M.J., Castro Alija, M.J. y Santo Tomás Pérez, M. (2012). Programa de formación en competencias transversales o genéricas para el empleo y desarrollo de la profesión enfermera. *Revista Iberoamericana de educación e investigación en Enfermería*, 2 (1), 37-43.
- Carducci, B.J. (1999). *Shyness: a bold new approach*. New York: Harper Collins.
- Carlson, R.E. y Smith-Howell, D. (1995). Classroom public speaking assessment: reliability and validity of selected evaluation instruments. *Communication education*, 44, 87-97.
- Carrillo Verdejo, E., Ricarte Bescós, J.M., González Bono, E., Salvador Fernández-Montejo, A. y Gómez Amor, J. (2003). Efectos moduladores de la personalidad y la valoración subjetiva en la respuesta autonómica ante una tarea de hablar en público en mujeres sanas. *Anales de Psicología*, 19 (2), 305-314.
- Carrobles Isabel, J.A. y Díez-Chamizo, V. (1991). Evaluación de conductas ansiosas. En R. Fernández-Ballesteros y J.A. Carrobles Isabel, *Evaluación conductual* (pp. 411-438). Madrid: Pirámide.
- Castejón Fernández, L. (2011). ¿Cómo desarrollar la competencia de hablar en público en el alumnado universitario? *Aula abierta*, 39 (3), 31-40.
- Cavaliere Giardino, A., Merma Molina, G., Pallarés Maiques, M.J. y Perandones González, T.M. (2011). *Experiencias coordinadas para el desarrollo de las competencias orales en el alumnado universitario*. IX Jornadas Redes de investigación en docencia universitaria. Recuperado de <http://web.ua.es/en/ice>:

/jornadas-redes-2011/documentos/proposals/185232.pdf

- Cebrià Andreu, J., Palma Sevillano, C., Segura Bernal, J., Gracia Ballarín, R. y Pérez Sánchez, J. (2006). El entrenamiento en habilidades comunicacionales podría ser un factor preventivo del síndrome de burnout en los médicos de familia. *Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Barcelona* 33 (1), 34-40.
- Cervera Enguix, S. y Schlatter, J. (2003). Aspectos etiopatogénicos actuales en la fobia social. *Psiquiatría biológica* 10 (2), 43-52.
- Chacón Moscoso, S., Anguera Argilaga, M.T. y López Ruiz, J. (2002). Diseños de evaluación de programas: bases metodológicas. *Psicothema*, 12 (2), 127-131.
- Chant, S., Jekinson, M., Randle, J., Russell, G. y Webb, C. (2002). Communication skills training in healthcare: a review of the literature. *Nurse education today*, 22, 189-202.
- Chavira, D.A., Stein, M.B. y Malcare, V.L. (2001). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of anxiety disorders*, 16, 585-598.
- Cheek, J.M. y Buss, A.H. (1981). Shyness and sociability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41 (2), 330-339.
- Chen, G., Casper, W.J. y Cortina, J. (2001). The roles of self-efficacy and task complexity in the relationships among cognitive ability, conscientiousness and work-related performance: a meta-analytic examination. *Human performance*, 14 (1), 209-230.
- Cho, Y., Smits, J.A. y Telch, M.J. (2004). The speech anxiety thoughts inventory: scale development and preliminary psychometric data. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 13-25.
- Christophel, D.M (1990). The relationships among teacher immediacy behaviors, student motivation and learning. *Communication education*, 39, 323-340.
- 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. Sneier, *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Clevenger, T. (1955). A definition of stage fright. *Community college journal of research and practice*, 7 (1), 26-60.

- Coles, M.E., Trevor, A.H. y Heimberg, R.G. (2001). Cognitive-Behavioral group of treatment for social phobia. En W.R. Crozier y L.E. Alden, *International handbook of social anxiety: concepts, research an interventions relating to the self and shyness*. (pp. 449-469). New York: Wiley.
- Comeche Moreno, M.I., Díaz García, M.I. y Vallejo Pareja, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Cone, J.D. (1991). Consideraciones "psicométricas" en la evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros y J.A. Carobles Isabel (Eds.), *Evaluación conductual*. (pp. 159-183). Madrid: Pirámide.
- Constans, J.L., Penn, D.L., Ihen, G.H. y Hope, D.A. (1999). Interpretive biases for ambiguous stimuli in social anxiety. *Behaviour research and therapy*, 37, 643-651.
- Cormier, H.W. y Cormier, L.S. (1991). Estrategias para el manejo de la resistencia. En H.W. Cormier y L.S. Cormier, *Estrategias de entrevista para terapeutas*. (pp. 633-666). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Corominas Rovira, E., Tesouro Cid, M., Capell Castañer, D., Teixidó Saballs, J., Pèlach Busom, J. y Cortada i Corominas, R. (2006). Percepciones del profesorado ante la incorporación de las competencias genéricas en la formación universitaria. *Revista de Educación* (341), 301-336.
- Crippa, J.A., Zuardi, A.W., Bussato, G.F., Santos-Filho, A., Graeff, F.G., Borduqui, T., ... Freitas, M.C. (2008). Grey matter correlates of cognitive measures of the simulated public speaking test in social anxiety spectrum. *European Psychiatry*, 23, S212.
- Crozier, W.R. (1979). Shyness as a dimension of personality. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 121-128.
- Curran, J.P. (1985). Social Skills therapy: a model and a treatment. En R.M. Turner y L.M. Ascher (Eds.), *Evaluating behavior therapy outcome* (pp.122-145). Nueva York: Springer.
- De la Puente Muñoz, M.L., Labrador Encinas, F.J. y García Vera, M.P. (2000). La observación conductual. En F.J. Labrador Encinas, J. Cruzado Rodríguez y

- M.L. Muñoz López, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 115-135). Madrid: Pirámide.
- De Miguel Díaz, M. (2006a). *Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias*. Oviedo: Universidad de Oviedo. Recuperado de http://www.enlinea.ugfca.net/enlinea/pluginfile.php/20285/mod_resource/content/1/LIBRO%20MARIO%20DE%20MIGUEL.pdf
- De Miguel Díaz, M. (2006b). Metodologías para optimizar el aprendizaje. Segundo objetivo del Espacio Europeo de Educación Superior. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 20 (3), 71-91.
- De Oliveira, D., Zuardi, A.W., Graeff, F.G., Queiroz, R.H. y Crippa, J.A. (2012). Anxiolytic-like effect of oxytocin in the simulated public speaking test. *Journal of Psychopharmacology*, 26 (4), 497-504.
- De Semir Zivojnovic, V. y Revuelta de la Poza, G. (2010). La importancia de la comunicación en el entorno científico. En E. Serés Escot, L. Rosich Moya y F. Bosch Llonch, *Presentaciones orales en biomedicina* (pp. 1-8). Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve. Recuperado de http://evavalpa.org/modulos/modulo_07/estev_e_presentaciones_orales.pdf
- Dodge Kelsey, K. (2000). Impact of communication apprehension and communication skills training on interaction in distance education course. *Journal of applied communications*, 84 (4), 7-21.
- Domínguez Sánchez, F. (2010). Emoción y procesamiento cognitivo. En E.G. Fernández-Abascal, B. García Rodríguez, M.P. Jiménez Sánchez, M.D. Martín Díaz y F.J. Domínguez Sánchez, *Psicología de las emociones* (pp. 185-216). Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces.
- Edwards, R. (1990). Sensitivity to feedback and the development of self. *Communication Quarterly*, 32 (8), 101-111.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and emotion*, 6, 169-200.
- Ekman, P. y Friesen, W.V. (1969). The repertoire of nonverbal behavior: categories, origins, usage and coding. *Semiotica*, 1 (1), 49-98.
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Emmelkamp, P.M.G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: theory, research and practice*. New York: Plenum Press.
- Escribano González, A. (1995). Aprendizaje cooperativo y autónomo en la enseñanza universitaria. *Enseñanza*, 13, 89-102.
- Estrella Cañada, R. y Lasa Aristu, A. (2013). Eficacia comparada de dos entrenamientos en estudiantes universitarios con dificultades para hablar en público. *Psicología Conductual: Revista de Psicología Clínica y de la Salud*, 21 (1), 39-58.
- Eysenk, H.J. y Eysenk, M.W. (1985). *Personality and individual differences*. New York: Plenum Press.
- Fallowfield, L., Saul, L. y Gilligan, B. (2001). Teaching senior nurses how to teach communication skills in oncology. *Cancer nursing*, 24 (3), 185-191.
- Farrel, A.D., Rabinowitz, J.A., Wallander, J.L. y Curran, J.P. (1985). An evaluation of two formats of the intermediate-level assessment of social skills. *Behavioral Assessment*, 7, 155-171.
- Fernández García, C. M., Torío López, S., Viñuela Hernández, M.P., Molina Martín, S.y Bermúdez Rey, T. (2008). La comunicación oral como competencia transversal de los estudiantes de Pedagogía y Magisterio: presentación del diseño metodológico de una innovación para su trabajo en el aula. *Revista de Enseñanza Universitaria* (31), 26-38.
- Fernández-Abascal, E.G. (2010). Procesamiento emocional. En E.G. Fernández-Abascal, B. García Rodríguez, M.P. Jiménez Sánchez, M.D. Martín Díaz y F.J. Domínguez Sánchez, *Psicología de las emociones* (pp. 75-120). Madrid: Edición universitaria Ramón Areces.
- Fernández-Abascal, E.G. y Jiménez Sánchez, M. (2010). Psicología de la emoción. En E. Fernández-Abascal, B. García Rodríguez, M.P. Jiménez Sánchez, M.D. Martín Díaz y F.J. Domínguez Sánchez, *Psicología de la emoción*. (pp. 17-74). Editorial universitaria Ramón Areces.
- Fernández-Abascal, E.G, García Rodríguez, B., Jiménez Sánchez, M.D., Martín Díaz, M.D. y Domínguez Sánchez, F.J. (2010). *Psicología de las emociones*. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces.

- Fernández-Ballesteros, R. (1992). La observación. En R. Fernández-Ballesteros, *Introducción a la evaluación psicológica* (Vol. 1, pp. 137-182). Madrid: Pirámide.
- Finn, A. N. (2007). *Widening the lens: an interdisciplinary approach to examining the effect of exposure therapy on public speaking state anxiety*. University of Texas, USA.
- Foa, E. B. y Kozak, M.J. (1986). Emotional Processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 20-35.
- Fontes de Gracia, S., García Gallego, C., Quintanilla Cobián, L., Rubio de Lemus, P. y Sarriá Sánchez, E. (2012). *Fundamentos de investigación en Psicología*. Madrid: UNED.
- Fremouw, W.J. y Zitter, R.E. (1978). A comparison of skills training and cognitive restructuring-relaxation for the treatment of speech anxiety. *Behavior Therapy*, 9, 248-259.
- Fydrych, T., Chambler, D.L., Perry, K.J, Buergener, F. y Beazley, M.B (1998). Behavioral assessment of social performance: a rating system for social phobia. *Behaviour research and therapy*, 36, 995-1010.
- Gallego Pitarch, M.J. (2007). *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*. Universitat Jaume I. España.
- Gallego Pitarch, M.J., Botella Arbona, C., Quero Castellano, S., García Palacios, A. y Baños Rivera, R.M. (2009). Validación del "Cuestionario de confianza para hablar en público" en una muestra clínica española. *Psicología Conductual*, 17 (3), 413-431.
- Gambrill, E.D y Richey, C.A. (1985). *Taking charge of your social life*. California: Wadsworth.
- García Gallego, C. (2012). La investigación cuasi experimental. En S. Fontes de Gracia, C. García Gallego, L. Quintanilla Cobián, R. Rodríguez Fernández, P. Rubio de Lemus y E. Sarriá Sánchez, *Fundamentos de investigación en Psicología* (pp.189-216). Madrid: UNED.

- García García, M.J y Terrón López, M. (2010). *Desarrollo de recursos docentes para la evaluación de competencias genéricas*. Revisión. Asociación de enseñantes universitarios de la informática, 3 (2). Recuperado de <http://aeuni.net/ojs/>
- García Llamas, J.L. (2003). *Métodos de investigación en educación. Investigación cualitativa y evaluativa*. Madrid: UNED.
- García Llamas, J.L., Ballesteros Velázquez, B. y González Galán, M.A. (2001). *Introducción a la investigación en Educación*. (Vol. 2). Madrid: UNED.
- García López, L.J., Olivares, J. y Vera Villarroel, P.E. (2003). Fobia social: revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 151-160.
- García-Leal, F.G., Del-Ben, C.M., Leal, F.H., Graeff, F.C. y Gimaraes, F. (2010). Escitalopram prolonged fear induced by simulated public speaking and released hypothalamic-pituitary adrenal axis activation. *Psychopharmacology*, 24 (5), 683-694.
- Gil Rodríguez, F. y García Saiz, M. (1993). *Habilidades de dirección en las organizaciones*. Madrid: Edudema.
- Gil Rodríguez, F. y García Saiz, M. (1995). Entrenamiento en habilidades sociales. En F.J. Labrador Encinas, J.A. Cruzado Rodríguez y M. Muñoz López, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. (pp. 796-825). Madrid: Pirámide.
- Gilkinson, H. (1942). Social fears as reported by students in college speech classes. *Speech Monography*, 9, 141-160.
- Gilovich, T., Savitsky, K. y Medvec, V. (1998). The illusion of transparency: biases assessments of other's ability to read one's emotional states. *Journal of personality and social psychology*, 75 (2), 332-346.
- Gismero González, E. (2000). *Escala de habilidades sociales*. Madrid:TEA.
- Goberman, A.M, Hughes, S. y Haydock, T. (2011). Acoustic characteristics of public speaking: anxiety and practice effects. *Speech communication*, 53, 867-876.
- Goldfried, M.R. y Goldfried, A.P. (1987). Métodos de cambio cognitivo. En F.J. Kanfer y A.P. Goldstein, *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia: un manual de métodos*. (pp. 123-165). Bilbao: Desclée de Brouwer.

- González Cabanach, R., Fernández Cervantes, R., González Doniz, L. y Freire Rodríguez, L. (2010a). Estresores académicos percibidos por estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Fisioterapia*, 32 (4), 151-158.
- González Cabanach, R., Valle Arias, A., Rodríguez Martínez, S., Piñeiro Arguín, I. y González Gómez, P. (2010b). Las creencias motivacionales como factor protector del estrés en estudiantes universitarios. *European Journal of education and psychology*, 3 (1), 75-87.
- González Ferreras, J. M. y Wagenaar, R. (2003). *Tuning educational structures in Europe. Informe final. Fase uno*. Bilbao: Deusto.
- González Moreno, B. y Monjas Casares, M.F. (2000). *Las habilidades sociales en el currículo*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- González Torres, M.C. y Tourón Figueroa, J. (1992). *Autoconcepto y rendimiento escolar*. Navarra: EUNSA.
- Gorham, J. (1988). The relationship between verbal teacher inmedicacy behaviors and student learning. *Communication education*, 37, 40-53.
- Gorham, J. y Christophel, D.M. (1992). Student's perceptions of teacher behaviors as motivating and demotivating factors in college classes. *Communication Quarterly*, 37, 239-252.
- Gracia Morán, J. (2011). *Descripción de una experiencia para el desarrollo de las exposiciones orales en informática*. Revista de formación e innovación educativa universitaria, 4 (2), 115-125: Recuperado de http://webs.uvigo.es/refiedu/Refiedu/Vol4_2/refiedu_4_2_4.pdf
- Graham, J.A. y Heywood, S. (1975). The effects of elimination af hand gestures and of verbal codability on speech performance. *European journal of Social Psychology*, 5 (2), 189-195.
- Granger, D., Kivilighan, K.T., El-Sheikh, M., Gordis, E. y Stroud, L.R. (2007). Salivary alpha-amylase in biobehavioral research: recent developments and applications. *Annals of the New York Academy of sciences*, 1098, 122-144.
- Gray, J.A. (1990). Brain system that mediate both emotion and cognition. *Cognition and emotion*, 4, 131-142.

- Gray, J.A. y McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety: a enquiry into the function of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Hancock, A.B., Stone, M. D., Brundage, S.B. y Zeigles, M.T. (2008). Public speaking attitudes: does curriculum make a difference? *Journal of voice*, 24 (3), 302-307.
- Harb, G., Eng, W., Zaider, 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.
- Harper, R.G, Wiens, A.N. y Matarazzo, J.D. (1978). *Non verbal communication: the state of the art*. New York: John Wiley & Sons.
- Hazlett-Stevens, H. y Borkovec, T.D (2001). Effects of worry and progressive relaxation on the reduction of fear in speech phobia: an investigation of situational exposure. *Behavior therapy*, 32, 503-517.
- Heiser, N.A, Turner, S.M. y Beidel, D.C. (2003). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research & Therapy*, 41, 209-221.
- Heiser, N.A. (2004). *Differentiating social phobia from shyness*. University of Maryland, United States of America.
- Herranz Torres, A. y Moranchel Pocaterra, M. (2011). *Cómo fomentar la expresión oral en el grado de derecho: una propuesta didáctica*. IV Congreso de innovación docente en Ciencias Jurídicas, 15-19 09 2011. Recuperado de [https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/1778/1/Fomentar_Expresio%CC%81n Oral.pdf](https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/1778/1/Fomentar_Expresio%CC%81n%20Oral.pdf)
- Herrero Nivelá, M.L., Orejudo Hernández, S., Nuño Pérez, J., Ramos Gascón, T. y Fernández-Turrado, T. (2007). Cuestionario de autoeficacia y de factores del entorno escolar para hablar en público. Un instrumento para analizar la evolución del miedo para hablar en público en el aula. *Comunicación en el X Congreso de Metodologías de las Ciencias Sociales y de la Salud*. Barcelona.
- Heyns, R. y Zander, A.F. (1972). Observación de la conducta de grupo. En L. Festinger y D. Katz, *Los métodos de investigación en las ciencias sociales* (págs. 335-385). Buenos Aires: Paidós.
- Hidalgo Montesinos, M.D., López-Pina, J.A., Inglés Saura, C.J. y Méndez Carrillo, F.X. (2002). Análisis psicométrico del Cuestionario de confianza para hablar en

- público, usando la teoría de respuesta al ítem. *Anales de Psicología*, 18 (2), 333-349.
- Hilmert, C.J., Ode, S., Zielke, D.J. y Robinson, M.D. (2010). Blood pressure reactivity predicts somatic reactivity to stress in daily life. *Journal of behavioral medicine*, 33, 282-292.
- Hopko, D.R., McNeil, D.W., Zvolensky, M.J. y Eifert, G.H. (2001). The relation between anxiety and skill in performance-based anxiety disorders: a behavioral formulation of social phobia. *Behavior therapy*, 32, 185-107.
- Instituto de Ciencias de la Educación de Zaragoza. (2008). Evaluación de competencias. Recuperado de <http://www.unizar.es/ice/images/stories/publicacionesICE/Col.%20Documentos%2008.pdf>
- Johnston, D.W., Tuomisto, M.T. y Patching, G.R. (2008). The relationship between cardiac reactivity in the laboratory and in real life. *Health Psychology*, 27 (1), 34-42.
- Jones, W.H., Briggs, S.R. y Smith, T.G. (1985). Shyness: conceptualization and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 629-639.
- Judge, T.A., Jackson, C.L., Shaw, J.C., Scott, B.A. y Rich, B.L. (2007). Self-Efficacy and work-related performance: the integral role of individual differences. *Journal of applied psychology*, 92 (1), 107-127.
- Kanfer, R. y Ackerman, P.L. (1989). Motivation and cognitive abilities: an integrative aptitude-treatment interaction approach to skill acquisition. *Journal of applied psychology*, 74 (4), 657-690.
- Kazdin, A.E. (1980). *Research design in clinical psychology*. New York: Harper & Row.
- Kelley, D.H. y Gorham, J. (1988). Effects of immediacy on recall of information. *Communication Education*, 37, 198-207.
- Kelly, J.A. (2004). *Entrenamiento en habilidades sociales; guía práctica para intervenciones*. Bilbao: DDB.
- Kendon, A. (1970). Movement coordination in social interaction. Some examples described. *Acta Psychologica*, 32, 101-125.

- Kerlinger, F.N. (1985). *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodologías*. Mexico: Interamericana.
- King, P.E., Young, M.J. y Behnke, R.R. (2000). Public speaking performance improvement as a function of information processing in immediate and delayed feedback interventions. *Communication education*, 53 (3), 203-216.
- King, P.E. y Young, M.J. (2004). An information processing perspective in the efficacy of instructional feedback. *Communication education*, 53 (3), 203-216.
- Kluger, A.N. y DeNisi, A. (1996). The effects of feedback instructions on performance: a historical review, a meta-analysis and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin*, 19 (2), 254-284.
- Knapp, M. L. (1992). *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós.
- Krauss, R.M., Dushay, R.A., Chen, Y. y Rausscher, F. (1995). The communicative values of conversational hand gestures. *Journal of experimental Social Psychology*, 31, 533-552.
- Kubany, E.S. y Sloggett, B.B. (1991). Attentional factors in observational learning: effects on acquisition of behavior management skills. *Behavior Therapy*, 22, 435-448.
- Kusserow, M., Amft, O. y Tröster, G. (2008). Analysis of heart stress response for public talk assistant system. *Ambient intelligence*, 5355, 326-342.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.M. Shilen, *Research in psychotherapy* (pp. 90-103). Whashington: APA.
- Larson, C.E., Backlund, P.M., Redmond, M.K. y Barbour, A. (1978). *Assessing communicative competence*. Falls Church: Speech Communication Association & ERIC.
- Lazarus, R.S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

- Levine, T.R. y Mc Croskey, J.C. (1990). Measuring trait communication apprehension; a test of rival measurement models of the PRCA-24. *Communication Monographs*, 57, 62-72.
- Levy-Levoyer, C. (1997). *Gestión de las competencias. Cómo analizarlas. Cómo evaluarlas. Cómo desarrollarlas*. Barcelona: Gestión 2000.
- Locke, E.A. (2009). *Handbook of principle of organizational behavior*. United Kingdom: Wiley.
- López-Ibor Aliño, J.J. y Valdés Miyor, M. (Eds.)(2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Luger, A.N. y DeNisi, A. (1996). The effects of feedback on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological bulletin*, 119 (2), 254-284.
- MacIntyre, P.D. y MacDonald, J.R. (1998). Public Speaking anxiety: perceived competence and audience congeniality. *Communication education*, 47, 359-365.
- MacIntyre, P.D. y Thivierge, K.A. (1995). The effects of audience pleasantness, audience familiarity and speaking contexts on public speaking anxiety and willingness. *Communication Quarterly*, 43 (4), 456-466.
- MacIntyre, P.D., Thivierge, K.A. y MacDonald, J.R. (1997). The effects of audience interest, responsiveness an evaluation on public speaking anxiety and related variables. *Communication research reports*, 14 (2), 157-168.
- McCroskey, J.C. (1977). Oral communication apprehension: a summary of recent theory and research. *Human communication research*, 4 (1), 78-96.
- McCroskey, J.C. (1982a). *An introduction to rethorical communication*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.
- McCroskey, J.C. (1982b). Communication competence and performance: a research and pedagogical perspective. *Communication Education*, 31, 1-7.
- McCroskey, J.C. (1984). The communication apprehension perspective. En J. Davy y J.C. McCroskey, *Avoiding communication: shyness, reticence and communication* (pp. 13-38). Beverly Hills: Sage publications.

- McCroskey, J.C. (1997). Willingness to communicate, communication apprehension and self-perceived communication competence: conceptualization and perspectives. En J. Davy y J.C. McCroskey, *Avoiding communication: shyness, reticence and communication apprehension* (pp. 75-108). Cresskill: Hampton Press.
- McCroskey, J. C. (1998). The future of communication education: communication as a content discipline. En J. Trent, *Communication: views from the helm for the 21st Century* (pp. 191-194). Needham Heights: Allyn and Bacon.
- McCroskey, J.C. y Beatty, M.J. (1986). Oral communication apprehension. En W. Jones, J. Cheek y S. Briggs, *Shyness: perspectives on research and treatment* (pp. 279-293). New York: Plenum Press.
- McCroskey, J.C y Beatty, M.J. (2000). The communication apprehension perspective: implication of communication instruction. *Communication education*, 49 (1), 1-6.
- McCroskey, J.C, Heisel, A.D. y Richmond, V.P. (2001). Eysenck's Big Three and communication traits: three correlational studies. *Communication monographs*, 68 (4), 360-366.
- Maher, C.A. y Zins, J.E. (1989). *Intervención psicopedagógica en los centros educativos: métodos y procedimientos para aumentar la competencia de los estudiantes*. Madrid: Narcea.
- Mallard, J. y Quintanilla, K. (2007). Does videotaped feedback for speeches impact student learning? Student self-assessment of public speaking. *Artículo publicado en la Reunión anual de la National Communication Association*, (p. 1-4). Chicago. Recuperado de http://citation.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/1/9/5/3/3/pages195338/p195338-1.php.
- Marín Sánchez, M. y León Rubio, J. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de Enfermería. *Psicothema*, 13 (2), 247-251.
- Martínez Clares, P., Martínez-Juárez, M. y Muñoz-Cantero, J.M. (2008). Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximaciones a enfoques y modelos de competencia. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 14 (2), 1-23. Recuperado de http://www.uv.es/RELIEVE/v14n2/RELIEVEv14n2_1.htm

- Martínez Fernández, J.R. y Galán García, F. (2000). Estrategias de aprendizaje, motivación y rendimiento académico en alumnos universitarios. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 11 (19), 35-50.
- Martos Montes, R., Callejas Aguilera, J.E., Ramírez Fernández, E. y Estrella Cañada, R. (2009). *Evaluación de la expresión oral*. VII Jornades de xarxes d'investigació en docència universitària: noves titulacions i canvi universitari. Recuperado de <http://www.eduonline.ua.es/jornadas2010/comunicaciones/271.pdf>.
- Martos Montes, R., Callejas Aguilera, J. E., Ramírez Fernández, E. y Estrella Cañada, R. (2010). Entrenamiento y evaluación de la expresión oral. Recuperado de *Revista electrónica de la Universidad de Jaén*. Recuperado de <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/488>.
- Martos Montes, R., Ramírez Fernández, E. Callejas Aguilera, J. E. y Estrella Cañada, R. (2011). Tarea de Discurso Improvisado: entrenamiento y evaluación sistemática de la comunicación verbal. En Grupo de Investigación Evalfor (Eds.) *Experiencias innovadoras en la sistematización de la evaluación* (pp. 30-39). Recuperado de http://avanza.uca.es/evaltrends/images/stories/libros/Libros_istemaevalDEF.pdf#page=30.
- Mauss, I.B., Wilhelm, F.M. y Gross, J.J. (2003). Autonomic recovery and habituation in social anxiety. *Psychophysiology*, 40, 648-653.
- McFall, R.M (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral assessment*, 4, 1-33.
- Medina Rivilla, A. (2010). *Investigación e innovación de la docencia universitaria*. Madrid: Ramón Areces.
- Medina Rivilla, A., Sánchez Romero, C. y Pérez Navío, E. (2012). Evaluación de las competencias genéricas y profesionales de los estudiantes. *Revista de innovación educativa*, 12 (58), 133-150.
- Mehrabian, A. (1970). A systematic space for nonverbal behavior. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 248-257.
- Mehrabian, A. (1971). *Silent messages*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Mehrabian, A. (1972). *Nonverbal communication*. New Jersey: Transaction Publishers.

- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive behavior modification: an integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Méndez Carrillo, F.X., Inglés Saura, C.J. y Hidalgo Montesinos, M.D. (1999). Propiedades psicométricas del cuestionario de confianza para hablar en público: estudio con una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema*, 11 (1), 66-74.
- Méndez Carrillo, F.X., Inglés Saura, C.J. y Hidalgo Montesinos, M.D. (2004). La versión española abreviada del "Cuestionario de confianza para hablar en público" (Personal report of confidence as speaker): fiabilidad y validez en población adolescente. *Psicología Conductual*, 12, 25-42.
- Menzel, K.E. y Carrell, L.J. (1994). The relationship between preparation and performance in public speaking. *Communication Education*, 43 (1), 17-26.
- Ministerio de Ciencia e Innovación. (2008). *Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio*. BOE número 174.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.
- Mischel, W. y Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics and invariance in personality structure. *Psychological review*, 102 (2), 246-268.
- Montaño Moreno, J. J., Palmer Pol, A. y Palou Oliver, M. (2008). *Les competències transversals a l'educació superior. Una visió acadèmica*. Palma: Universitat de les Illes Balears.
- Morreale, S., Moore, M., Surges-Tatum, D. y Webster, L. (2007). *The competent speaker speech evaluation form*. Whashington: National Communication Association.
- Morrison, R.L. y Bellack, A.S. (1981). The role of social perception in social skill. *Behavior therapy*, 12, 69-79.
- Moya Albilol, L. y Salvador Fernández-Montijo, A. (2001). Empleo de estresores psicológicos de laboratorio en el estudio de la respuesta psicofisiológica al estrés. *Anales de Psicología*, 17 (1), 69-81.

- Multon, K.D., Brown, S.D. y Lent, R.W. (1991). Relation of self-efficacy beliefs to academic outcomes: a metaanalytic investigation. *Journal of counseling psychology*, 38 (1), 30-38.
- Muñoz Seco, E. (2010). Cómo planificar una presentación oral. En C. Serés Escot, L. Rosich Moya y F. Bosch Llonch, *Presentaciones orales en biomedicina* (pp. 17-24). Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve. Recuperado de http://evavalpa.org/modulos/modulo_07/esteve_presentaciones_orales.pdf.
- Muñoz Seco, E. (2010). Estructuración de los contenidos. En C. Serés Escot, L. Rosich Moya y F. Bosch Llonch, *Presentaciones orales en biomedicina* (pp. 25-34). Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve. Recuperado de http://evavalpa.org/modulos/modulo_07/esteve_presentaciones_orales.pdf.
- Muñoz Seco, E. (2010). Principios de la comunicación oral. En E. Serés Escot, L. Rosich Moya y F. Bosch Llonch, *Presentaciones orales en biomedicina* (pp. 9-16). Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve. Recuperado de http://evavalpa.org/modulos/modulo_07/esteve_presentaciones_orales.pdf.
- Negrillo Durán, C., Tirado Barragán, A. y León Rubio, J.M. (1994). Habilidades sociales. Entrenamiento en una E.U.E. *Rol Enfermería*, 188, 26-29.
- Newman, M. G., Hofmann, S. G., Trabert, W., Roth, W. T. y Taylor, C. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? *Behavior Therapy*, 25, 503-517.
- Nicolson, N.A. (2008). Measurement of cortisol. En L.J. Luecken y L.C. Gallo, *Handbook of physiological research methods in health psychology* (pp. 37-74). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Olivares Rodríguez, J., Rosa-Alcázar, A.I., Piqueras Rodríguez, J.A., Sánchez-Meca, J., Méndez Carrillo, X. y García-López, L.J. (2002). Timidez y fobia social en niños y adolescentes: un campo emergente. *Psicología Conductual*, 10 (3), 523-542.
- Olivares Rodríguez, J., Piqueras Rodríguez, J. y Rosa Alcázar, A. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18 (2), 207-212.
- Olson, J.M. (1988). Misattribution, preparatory information and speech anxiety. *Journal of personality and social psychology*, 54, 758-767.

- Olson, J.M. y Ross, M. (1988). False feed-back about placebo effectiveness: consequences for the misattribution of speech anxiety. *Journal of experimental social psychology*, 24, 275-291.
- Orejudo Hernández, S., Nuño Pérez, J., Fernández Turrado, T., Herrero Nivelada, M. y Ramos Gascón, T. (2006). Evolución del miedo a hablar en público en la universidad. Variables personales y del entorno de la enseñanza-aprendizaje. *Jornadas de innovación docente, tecnologías de la información y comunicación e investigación educativa en la universidad de Zaragoza*, (pág. 1.25). Zaragoza.
- Orejudo Hernández, S., Nuño Pérez, J., Fernández Turrado, T., Ramos Gascón, T. y Herrero Nivelada, M. (2007). Participación del alumnado universitario en el aula. Una investigación sobre el temor a hablar en público en grandes grupos. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 21 (1), 145-160.
- Orejudo Hernández, S., Briz Villanueva, E. y Fernández Turrado, T. (2008). *El módulo de habilidades de comunicación del Curso cero de la Facultad de Educación. Diseño y resultados*. II Jornadas de innovación docente, tecnologías de la información y de la comunicación e investigación educativa en la Universidad de Zaragoza, 7-8 febrero. Recuperado de <http://ice.unizar.es/uzinnova/jornadas/pdf/91.pdf>.
- Orejudo Hernández, S., Fernández Turrado, T. y Briz Villanueva, 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.
- Pades Jiménez, A. (2003). Habilidades sociales en enfermería: propuesta de un programa de intervención. Universidad de las Islas Baleares, España.
- Pades Jiménez, A. y Ferrer Pérez, V.A. (2001). *Cómo mejorar las habilidades sociales. Ejercicios prácticos para profesionales de enfermería*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Pades Jiménez, A. y Ferrer Pérez, V.A. (2007). Niveles de habilidades sociales en alumnos/as de enfermería. *Nure investigación*, 26.
- Pajares, F. (1996). Self-Efficacy in academic settings. *Review of educational research*, 66 (4), 543-578.

- Paul, G.L. (1966). *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Stanford: University Press.
- Pérez Juste, R. (2006). *Evaluación de programas educativos*. Madrid: La Muralla.
- Phillips, G.C., Gary, E.J., Rieger, E.J. y Snell, J.B. (1997). Normative data for the personal report of confidence as a speaker. *Journal of anxiety disorders*, 11 (2), 215-220.
- Phillips, G.M. y Sokoloff, K.A. (1979). An end to anxiety treating speech problems with rhetoritherapy. *Journal of Communication Disorders*, 12, 385-397.
- Phillips, J.M. y Gully, S.M. (1997). Role of goal orientation, ability, need for achievement and locus of control in the self-efficacy and goal-setting process. *Journal of applied psychology*, 82 (5), 792-802.
- Pikonis, P.A. (1977). Shayness, public and private, and its relationship to other measures of social behavior. *Journal of personality*, 45 (4), 585-595.
- Pintrich, P.R. (1999). The role of mtivation in promiting and sustaining self-regulated learning. *Instructional Journal of Educational Research*, 31 (6), 459-470.
- Pribyl, C.B., Keaten, J. y Sakamoto, M. (2001). The effectiveness of a sikill-nbased program in reducing public speaking anxiety. *Japanese psychological reseach*, 43 (3), 148-155.
- Rae, G. (1984). On measuring agreement among several judges on the presence or absence of a trait. *Educational and Psychological Measurement*, 44, 247-253.
- Rae, G. (1988). The equivalence of multiple rater Kappa Statistics and Intraclass Correlation Coefficients. *Educational and Psychological Measurement*, 48, 367-374.
- Ramírez Martínez, J. (2002). La expresión oral. *Contextos educativos*, 5, 57-72.
- Ramos, E.J. (2008). *Las competencias comunicativo-lingüísticas de tipo disciplinar. Perfiles profesionales y recursos para su desarrollo en el nuevo EEES*. Depósito académico digital de la Universidad de Navarra. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10171/21083>

- Rapee, R.M. y Abbot, M. (2007). Modelling relationships between cognitive variables during and following public speaking in participants with social phobia. *Behaviour research and therapy*, 45, 2977-2989.
- Rapee, R.M. y Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of abnormal psychology*, 10 (4), 728-731.
- Richmond, V.P. y McCroskey, J.C. (2000). *Non verbal behavior in interpersonal relationships*. Boston: Allyn and Bacon.
- Richmond, V.P., Gorham, J. y McCroskey, J.C. (1987). The relationship between selected immediacy behaviors and cognitive learning. En M. Mc Laughlin, *Communication yearbook 10* (pp. 574-590). Beberly Hills: Sage.
- Rodríguez García, M. (2009). *La competencia comunicativa y la oratoria en el aula. ¿Qué puedo hacer? (I)*. Recuperado de Innovación y experiencias educativas, 24: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_24/CLEMENCIA_M_RODRIGUEZ_1
- Rohrman, S., Henning, J. y Netter, P. (1999). Changing psychobiological stress reactions by manipulating cognitive processes. *International Journal of Psychophysiology*, 33, 149-161.
- Romano, J. y Bellack, A.J. (1980). Social validation of a component model of assertive behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, 48 (4), 478-490.
- Rosales-Nieto, J., Polaino Lorente, A. y Veleró Aguayo, L. (1985). El empleo de observadores en investigación aplicada: el cálculo de la confiabilidad entre observadores. *Bordón, Revista de Pedagogía*, 256, 7-26.
- Roso-Bas, F., Pades Jiménez, A. y Ferrer Pérez, V.A. (2013). Evaluación de la competencia oral en el ámbito universitario. *Estudios sobre Educación*. En revisión.
- Salmón Beltrán, L.R. (1981). Adiós a Aristóteles: la comunicación horizontal. *Comunicación y sociedad*, 6, 5-35.
- Sanz Oro, R. (1990). *Evaluación de programas en orientación educativa*. Madrid: Pirámide.

- Savitsky, K. y Gilovich, T. (2003). The illusion of transparency and the alleviation of speech anxiety. *Journal of experimental social psychology*, 39, 618-625.
- Scherer, K.R. (1984). On the nature and function of emotion: a component process approach. En K.R. Scherer y P. Ekman, *Approaches to emotion* (pp. 293-318). Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schommer, N.C, Hellhammer, D.H. y Kirsbaum, C. (2003). Dissociation between reactivity of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis and the sympathetic-adrenal-medullary system to repeated psychosocial stress. *Psychosomatic medicine*, 65, 450-460.
- Serés Escot, E., Rosich Moya, L. y Bosch Llonch, F. (2010). *Presentaciones orales en biomedicina. Aspectos a tener en cuenta para mejorar la comunicación*. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve. Recuperado de http://evavalpa.org/modulos/modulo_07/esteve_presentaciones_orales.pdf
- Shannon, C.E. (1948). A mathematical theory of communication. *Bell system technical journal*, 27, 379-423.
- Shunk, D.H. (1984). Self-efficacy perspective on achievement behavior. *Educational psychologist*, 19, 48-58.
- Schunk, D.H. (1995). Self-Efficacy, motivation, and performance. *Journal of applied sport psychology*, 7 (2), 11-197.
- Smith, E.T. (2003). *Keeping it real: Does practicing speeches before an audience improve performance?*. Miami University, United States of America.
- Soravia, L.M., Heinrichs, M., Aerni, A., Maroni, C., Schelling, G., Ehlert, U. y De Quervain D. (2006). Glucocorticoids reduce phobic fear in humans. *Proceedings of National Academy of Sciences*, 103 (4), 5585-5590.
- 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.
- Suárez Riveiro, J.M., Fernández Suárez, A.P. y Anaya Nieto, D. (2005). Un modelo sobre la determinación motivacional del aprendizaje autorregulado. *Revista de Educación*, 338, 295-306.

- Sumter, S.R., Bokhorst, C.L., Miers, A.C., Van Pelt, J. y Westenberg, P.M. (2010). Age and puberty differences in stress responses during a public speaking task: do adolescents grow more sensitive to social evaluation? *Psychoneuroendocrinology*, 35, 1510-1516.
- Swewson, A. (2011). You make my heart beat faster: a quantitative study of the relationship between instructor immediacy, classroom community, and public speaking anxiety. *Journal of undergraduate research*, 14, 1-12.
- Trigo Cutiño, J.M. (1993). Hablar y escuchar con sentido crítico (sugerencias didácticas). *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 18, 129-140.
- Trower, P. (1986). Social fit and misfit; an international account of social difficulty. En A. Furnham, *Social behavior in context*. (págs. 169-194). Chicago: Allyn & Bacon.
- Trower, P. (1982). *Towards a generative model of social skills*. New York: Guilford Press.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Townsley, R.M. (1990). Social Phobia: relationship to shyness. *Behavioral Research. Therapy*, 28 (6), 497-505.
- Van-der-Hofstadt, C. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación*. Díaz de Santos.
- Witt, P.L. y Behnke, R.R. (2006). Anticipatory speech anxiety as a function of public speaking assignment type. *Communication education*, 55 (2), 167-177.
- Witt, P.L., Brown, K.L., Roberts, J.B., Weisel, J., Sawywer, C.R y Behnke, R.R. (2006). Somatic anxiety patterns before, during, and after giving a public speech. *Southern communication journal*, 87-100.
- Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.
- Woods, D.W, Twomig, M.P, Fuqua, R.W. y Hanley, J.M. (2000). Treatment of stuttering with regulated breathing: strength, limitations and future directions. *Behavior therapy*, 31, 547-568.
- Yániz Álvarez de Eulate, C. (2008). Las competencias en el currículo universitario: implicaciones para diseñar el aprendizaje y para la formación del profesorado. *Revista de la Red Estatal de Docencia Universitaria*, 6 (1).

Zimmerman, B.J. (2000). Self-Efficacy: an essential motive to learn. *Contemporary educational, 1*, 82-91.

10. ANEXOS.

ANEXO 1. Información sobre el entrenamiento en competencia oral presentada por el Colegio Oficial de Enfermeras/os (Baleares).

“TALLER DE COMUNICACIÓN ORAL PARA ENFERMERÍA”

OBJETIVOS

- Conocer los elementos básicos de la comunicación efectiva.
- Analizar el discurso oral mediante la técnica de la observación.
- Desarrollar o ampliar las propias habilidades comunicativas ante un auditorio.

DOCENTE: **Fátima Roso Bas.** Enfermera del Hospital Son Espases. Licenciada en Psicología y Psicopedagogía. Profesora Asociada de la Universidad de las Islas Baleares (UIB)

CONTENIDO

- Comunicación oral: competencia relevante para profesionales sanitarios.
 - Bases y dimensiones de la comunicación oral: verbal, no verbal, paralingüística.
 - La observación.
 - Prácticas de comunicación oral ante un auditorio
- METODOLOGÍA DIDÁCTICA:**
- Breve clase magistral.
 - Aprendizaje por observación de estrategias de oratoria.
 - Aprendizaje y desarrollo de habilidades comunicativas mediante ensayo y retroalimentación.
 - Autovaloración de la actuación y calificación externa.

DATOS GENERALES

-LUGAR: Palma. Sede Colegial.

-FECHAS: Días 21 y 22 de Noviembre 2011. **-HORARIO:** de 17 h. a 19 h.

-TOTAL HORAS CURSO: 4 h. **-PLAZAS:** 50 **-PRECIO COLEGIADOS COIBA:** 15€ (precio No Colegiados: 100€)

***IMPORTANTE:** La asignación de plazas se realizará por riguroso orden de inscripción, teniendo preferencia los colegiados en el COIBA.

*Asistencia mínima al 100% de las clases para la obtención del diploma.

* Solicitada Acreditación

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES:

PALMA: Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears. C/ Almirall Gravina, 1 -Bajos. 07014 Palma.

Tel. 971 46 27 28 – Fax. 971 77 04 96 Email: coiba.pm@enfermeriabaleaer.com - www.enfermeriabaleaer.com

ANEXO 2. Escalas de evaluación de la competencia oral presentadas en el trabajo de Carlson y Smith-Howell (1995).

Form A		
INFORMATIVE SPEECH EVALUATION FORM		
NAME: _____	TIME: _____	GRADE: _____
TOPIC: _____		
Introduction (15 points) _____		
Gained audience's attention		
Established speaker's credibility and good will		
Revealed topic Clear informative central idea		
Prepared audience for rest of speech (preview, need, definitions).		
Body (40 points) _____		
Main points clearly identified		
Each main point developed with appropriate details		
Topic development appropriate for assignment		
Logical arrangement of ideas		
Transitions used effectively		
Appropriate support (examples, testimony, statistics) used		
Clear source citation		
Relation to and inclusion of audience		
Appropriate use of visual aid (if used)		
Conclusion (15 points) _____		
Prepared audience for end		Reinforced central idea
Vivid ending used		
Presentation and Delivery (30 points) _____		
Extemporaneous delivery	Eye contact	Vocal variety
Enthusiasm for subject	Pronunciation	Fluency
Gestures/movement	Appropriate word choice	
Facial expressions	Vivid word choice	
Additional Comments:		

FORM B
INFORMATIVE SPEAKING EVALUATION FORM

Name: _____

Topic: _____

	POOR	FAIR	AVERAGE	GOOD	EXCELLENT
INTRODUCTION: (capture attention; relate to audience; introduce topic)	_____	_____	_____	_____	_____
ORGANIZATION: (speech easy to follow; clear progression of ideas)	_____	_____	_____	_____	_____
DEVELOPMENT: (clear explanation; use of supporting material; visual aids enhance presentation)	_____	_____	_____	_____	_____
CONCLUSION: (provides closure; summary; vivid)	_____	_____	_____	_____	_____
DELIVERY: (eye contact; understandable; use of gestures/ facial expression; conversational)	_____	_____	_____	_____	_____

COMMENTS:

Rating Scale: (A) Excellent = 90–100; (B) Good = 80–89; (C) Average = 70–79;
(D) Fair = 60–69; (F) Poor = 50–59

Overall Rating (50–100): _____

FORM C
INFORMATIVE SPEAKING EVALUATION FORM

Name: _____

Topic: _____

CATEGORY	SCORE (+, 0, -)	COMMENTS
Appearance		
Self-confidence		
Enthusiasm		
Body Vitality		
Contact Vitality		
Voice Vitality		
Speech Clarity		
Evidence of Planning		
Explanations		
Visual Aids		
Interest		
Content Material		
Support		
Logical Development		
Introduction		
Body		
Conclusion		

TOTAL SCORE: _____ Time: _____

(-17 to +17 possible)

Percentage Equivalent: _____% Letter Grade: _____

ANEXO 3. The NCA competent speaker speech evaluation form.

The Competent Speaker Speech Evaluation Form			
Speaker's Name:			Date:
Length of Speech:	On time: () yes () no		Grade:
8 Basic Competencies Performance Ratings			unsat. sat. excel.
Competency #1: Chooses and Narrows a Topic Appropriate for the Audience and Occasion <i>Topic narrow enough, appropriate to speaker, appropriate to audience and occasion, time</i>			10%
Competency #2: Communicates the Thesis/Specific Purpose in a Manner Appropriate for the Audience and Occasion <i>effective attention getter, clearly revealed topic and previewed the main ideas, explained your relationship (credibility) to the topic</i>			10%
Competency #3: Provides Appropriate Supporting Material Based on Audience and Occasion <i>adequacy of sources (number, variety, quality): sources clearly cited; visual aids supported thesis; looked professional, used well;</i>			20%
Competency #4: Uses an Organizational Pattern Appropriate to the Topic, Audience, Occasion, and Purpose <i>Main points clear and memorable; logical progression, transitions</i>			10%
Competency #5: Uses Language Appropriate to the Audience and Occasion <i>Non-offensive, appropriate; Creative and clear; Oral style, not written</i>			10%
Competency #6: Uses Vocal Variety in Rate, Pitch and Intensity to Heighten and Maintain Audience Interest <i>Rate, Volume; vocal variety, pausing; pitch;</i>			10%
Competency #7: Uses Pronunciation, Grammar and Articulation Appropriate to the Audience and Occasion <i>pronunciation; grammar; articulation</i>			10%
Competency #8: Uses Physical Behaviors that Support the Message <i>use of dress; eye contact; facial expression; extemp style: conversational, dynamic; body posture, use of space; gestures; body movement, control; relaxed, polished</i>			20%
*8 competencies approved by the National Communication Association			

ANEXO 4. Rúbrica de evaluación de la expresión oral. Tomada de Martos Montes, Callejas Aguilera y Estrella Cañada (2011).

Nombre:					NOTA	
Fecha:						
Evaluador:						
A. PREPARACIÓN DE LA CHARLA						
CATEGORIA 1	4	3	2	1	PUNTUACION	PESO
Preparación de la charla	Emplea el tiempo completo del que dispone subrayando ideas y haciendo notas al margen	Emplea en torno al 50% del tiempo. Subraya ideas importantes	Emplea en torno al 50% del tiempo sin subrayar y sin anotar al margen	Emplea escaso tiempo en preparar el texto (menos de 50%) sin subrayar ni hacer anotaciones		5
B. INICIO DE LA CHARLA						
CATEGORIA 2	4	3	2	1	PUNTUACION	PESO
Presentación e Introducción	Se presenta a la audiencia, manifiesta el objetivo de su charla (informar, entretener, motivar, enseñar) y presenta el tema del que va a hablar	Se presenta no manifestando la intención de la charla pero presenta el tema que va a exponer	No se presenta; no señala el objetivo de su charla pero presenta brevemente el tema del que va a hablar	No se presenta, no especifica el objetivo de su charla, no presenta el tema del que va a hablar		10
C. CUERPO DE LA CHARLA						
CATEGORIA 3	4	3	2	1	PUNTUACION	PESO
Exposición estructurada de los contenidos de la charla	Organiza la charla secuencialmente mostrando, en primer lugar, los aspectos centrales y los secundarios posteriormente.	Organiza la charla secuencialmente, sin diferenciar aspectos centrales de los secundarios	No organiza la charla secuencialmente, no diferencia ideas centrales y secundarias	No organiza la charla secuencialmente, no diferencia ideas centrales y secundarias		20
CATEGORIA 4	4	3	2	1	PUNTUACION	PESO
Claridad y fluidez	Expresa las ideas todo el tiempo con claridad y fluidez	Expresa las ideas con claridad y fluidez casi todo el tiempo	Se expresa con relativa claridad y poca fluidez (pausas, bloqueos)	Muestra las ideas sin claridad y con continuos bloqueos o pausas		20
CATEGORIA 5	4	3	2	1	PUNTUACION	PESO
Empiezo de apoyo e ideas complementarias	Recurre ocasionalmente al apoyo del texto. Aporta sus ideas y opiniones completando la información del texto	Recurre varias veces al apoyo del texto. Aporta algunas ideas y opiniones completando la información del texto	Recurre constantemente al apoyo del texto. Aporta pocas o ninguna opiniones fuera del la información del texto	Recurre constantemente e al apoyo del texto. No aporta opiniones al contenido del texto		20
CATEGORIA 6	4	3	2	1	PUNTUACION	PESO
Orientación, contacto ocular y movimiento	Mantiene contacto ocular durante toda la exposición. Orienta la postura hacia la audiencia. Sin estereotipias ni signos de nerviosismo	Mantiene contacto ocular durante el 50% de la charla. Orienta la postura hacia la audiencia. Ausentes o leves estereotipias y signos de nerviosismo	Mantiene contacto ocular menos del 50% de la charla. Orienta la postura hacia la audiencia. Evidentes estereotipias y/o signos de nerviosismo.	Ausencia de contacto ocular. No orienta la postura hacia la audiencia. Evidentes estereotipias y/o signos de nerviosismo.		10
CATEGORIA 7	4	3	2	1	PUNTUACION	PESO
Volumen, entonación y velocidad	Volumen adecuado en toda la presentación, entonación acorde al contenido de la charla. La velocidad facilita la comprensión de la exposición	Volumen adecuado la mayor parte de la presentación, entonación acorde con el contenido. La velocidad permite la comprensión de la exposición	Volumen poco adecuado, entonación relativamente acorde con el contenido. La velocidad no facilita la comprensión	Volumen inadecuado, entonación no acompaña al contenido de la charla. La velocidad dificulta la comprensión		10
D. FIN DE LA CHARLA						
CATEGORIA 8	4	3	2	1	PUNTUACION	PESO
Conclusiones despedida y	Repite la idea o mensaje principal. Solicita a la audiencia preguntas o aclaraciones. Se despide correctamente	Repite la idea o mensaje principal. Solicita a la audiencia preguntas o aclaraciones. Se despide correctamente	No repite la idea o mensaje principal. No solicita a la audiencia preguntas o aclaraciones. Se despide	No repite la idea o mensaje principal. No solicita a la audiencia preguntas o aclaraciones. No se despide		5

ANEXO 5. Tablas de análisis de la fiabilidad y concordancia de la Escala ECO (5categorías). Roso-Bas, Pades Jiménez y Ferrer Pérez (2013).

Covarianza media y alfa de Cronbach.

	Observadora 1	Observadora 2
α Cronbach	.896	.913
Covarianza media	.978	.981

Nota: N° ítems=5, n° observaciones=34.

Estadísticos total-elemento y efecto de la eliminación de los ítems para la Escala ECO-5.

Variables observadas	Correlación elemento-total corregida		Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	
	Obs.1	Obs.2	Obs.1	Obs.2
Expresión Coporal	.787	.858	.865	.879
Gesticulación Facial	.895	.866	.840	.875
Mirada	.773	.756	.868	.904
Fluidez	.755	.800	.872	.890
Volumen	.529	.648	.915	.919

Acuerdo entre las dos observadoras para todas las categorías de la Escala ECO-5.

Variables observadas	Observ.	Medias	Diferencia de medias	Varianza	Covarianza	CCC	IC (95%)																																							
Expresión corporal	Obs1	3.53	.29	1.711	1.005	.317	-.023 .591																																							
	Obs2	3.82		1.301				Gesticulación facial	Obs1	3.68	0	1.498	1.135	.757	.562 .871	Obs2	3.68	1.498	Mirada	Obs1	3.35	.44	1.750	1.348	.645	.391 .804	Obs2	3.79	1.907	Fluidez	Obs1	3.65	0	1.690	1.266	.807	.644 .899	Obs2	3.65	1.447	Volumen	Obs1	4.03	.21	1.060	.884
Gesticulación facial	Obs1	3.68	0	1.498	1.135	.757	.562 .871																																							
	Obs2	3.68		1.498				Mirada	Obs1	3.35	.44	1.750	1.348	.645	.391 .804	Obs2	3.79	1.907	Fluidez	Obs1	3.65	0	1.690	1.266	.807	.644 .899	Obs2	3.65	1.447	Volumen	Obs1	4.03	.21	1.060	.884	.777	.594 .882	Obs2	3.82	.998						
Mirada	Obs1	3.35	.44	1.750	1.348	.645	.391 .804																																							
	Obs2	3.79		1.907				Fluidez	Obs1	3.65	0	1.690	1.266	.807	.644 .899	Obs2	3.65	1.447	Volumen	Obs1	4.03	.21	1.060	.884	.777	.594 .882	Obs2	3.82	.998																	
Fluidez	Obs1	3.65	0	1.690	1.266	.807	.644 .899																																							
	Obs2	3.65		1.447				Volumen	Obs1	4.03	.21	1.060	.884	.777	.594 .882	Obs2	3.82	.998																												
Volumen	Obs1	4.03	.21	1.060	.884	.777	.594 .882																																							
	Obs2	3.82		.998																																										

ANEXO 6. Tablas de análisis de la fiabilidad y concordancia de la Escala ECO (7categorías). Roso-Bas, Pades Jiménez y Ferrer Pérez (2013).

Covarianza media y alfa de Cronbach.

	Observadora 1	Observadora 2
α Cronbach	.812	.837
Covarianza media	.361	.386

Nota: N° ítems=7, n° observaciones=26.

Estadísticos total-elemento y efecto de la eliminación de los ítems para la Escala ECO-7.

Variables observadas	Correlación elemento-total corregida		Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	
	Obs.1	Obs.2	Obs.1	Obs.2
Expresión Coporal	.580	.837	.782	.776
Gesticulación Facial	.830	.628	.738	.810
Mirada	.738	.709	.756	.795
Fluidez	.344	.489	.825	.836
Volumen	.542	.795	.791	.793
Entonación	.744	.790	.748	.782
Contenido	.216	.024	.849	.891

Acuerdo entre las dos observadoras para todas las categorías de la Escala ECO-7.

Variables Observadas	Observ.	Medias	Diferencia de medias	Varianza	Covarianza	CCC	IC (95%)																																																													
Expresión corporal	Obs1	3.65	.04	.955	.729	.708	.442 .859																																																													
	Obs2	3.69		.942				Gesticulación facial	Obs1	3.69	.04	.942	.554	.593	.267 .796	Obs2	3.73	.765	Mirada	Obs1	3.69	.23	.942	.668	.737	.489 .874	Obs2	3.46	.818	Fluidez	Obs1	3.62	.19	1.046	.563	.192	-.210 .538	Obs2	3.81	1.202	Volumen	Obs1	4.35	0	.555	.275	.495	.133 .739	Obs2	4.35	.555	Entonación	Obs1	3.88	0	.986	.826	.774	.552 .893	Obs2	3.88	1.146	Contenido	Obs1	4.31	.16	.942	.591
Gesticulación facial	Obs1	3.69	.04	.942	.554	.593	.267 .796																																																													
	Obs2	3.73		.765				Mirada	Obs1	3.69	.23	.942	.668	.737	.489 .874	Obs2	3.46	.818	Fluidez	Obs1	3.62	.19	1.046	.563	.192	-.210 .538	Obs2	3.81	1.202	Volumen	Obs1	4.35	0	.555	.275	.495	.133 .739	Obs2	4.35	.555	Entonación	Obs1	3.88	0	.986	.826	.774	.552 .893	Obs2	3.88	1.146	Contenido	Obs1	4.31	.16	.942	.591	.540	.193 .766	Obs2	4.15	1.175						
Mirada	Obs1	3.69	.23	.942	.668	.737	.489 .874																																																													
	Obs2	3.46		.818				Fluidez	Obs1	3.62	.19	1.046	.563	.192	-.210 .538	Obs2	3.81	1.202	Volumen	Obs1	4.35	0	.555	.275	.495	.133 .739	Obs2	4.35	.555	Entonación	Obs1	3.88	0	.986	.826	.774	.552 .893	Obs2	3.88	1.146	Contenido	Obs1	4.31	.16	.942	.591	.540	.193 .766	Obs2	4.15	1.175																	
Fluidez	Obs1	3.62	.19	1.046	.563	.192	-.210 .538																																																													
	Obs2	3.81		1.202				Volumen	Obs1	4.35	0	.555	.275	.495	.133 .739	Obs2	4.35	.555	Entonación	Obs1	3.88	0	.986	.826	.774	.552 .893	Obs2	3.88	1.146	Contenido	Obs1	4.31	.16	.942	.591	.540	.193 .766	Obs2	4.15	1.175																												
Volumen	Obs1	4.35	0	.555	.275	.495	.133 .739																																																													
	Obs2	4.35		.555				Entonación	Obs1	3.88	0	.986	.826	.774	.552 .893	Obs2	3.88	1.146	Contenido	Obs1	4.31	.16	.942	.591	.540	.193 .766	Obs2	4.15	1.175																																							
Entonación	Obs1	3.88	0	.986	.826	.774	.552 .893																																																													
	Obs2	3.88		1.146				Contenido	Obs1	4.31	.16	.942	.591	.540	.193 .766	Obs2	4.15	1.175																																																		
Contenido	Obs1	4.31	.16	.942	.591	.540	.193 .766																																																													
	Obs2	4.15		1.175																																																																

ANEXO 7. Escala ECO y definición de las categorías que la componen. Roso-Bas, Pades Jiménez y Ferrer Pérez (2013).

DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS: ESCALA ECO.

Categoría	Puntuación	Descripción de las conductas a observar
1. Expresión facial	1	<ul style="list-style-type: none"> - Expresiones negativas/desagradables muy frecuentes (tensión en los diferentes músculos faciales); - Expresiones que no son congruentes con el mensaje que transmite - Gestos inhibidos - Frecuentes risas de tipo nervioso.
	2	<ul style="list-style-type: none"> - Alguna expresión negativa y algunos gestos poco congruentes. - En la mayor parte del discurso permanece inhibido/a, sin reflejar las emociones en su rostro.
	3	<ul style="list-style-type: none"> - Apenas se observan expresiones negativas, mayor gesticulación positiva. - Genera una impresión correcta y formal.
	4	<ul style="list-style-type: none"> - Dominan las expresiones positivas y congruentes con el mensaje verbal - Gesto agradable,
	5	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza muecas con las diferentes partes de la cara reflejando emociones congruentes con el discurso. - Ilustra y enfatiza el mensaje verbal. - Mantiene atento al público.

Categoría	Puntuación	Descripción de las conductas a observar
2. Expresión Corporal	1	<ul style="list-style-type: none"> - Postura cerrada, inhibida o rígida (manos, hombros y brazos inmóviles) que denota tensión e incomodidad - Expresividad desmesurada dando la sensación de sobreactuación. - Constante uso de adaptadores: tocarse el pelo, rascarse barbilla, jugar con el puntero... - Excesivos paseos, balanceo - Adopta una orientación preferente hacia una parte del público dando la sensación de que se olvida de la otra
	2	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza leves movimientos pero, en general, da la impresión de postura y expresión inhibidas - Los gestos no reflejan de forma natural el contenido del mensaje. - Frecuente uso de adaptadores
	3	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuada postura corporal y orientación frontal hacia la totalidad de la audiencia - Moderado uso de adaptadores - Lenguaje corporal ligeramente expresivo
	4	<ul style="list-style-type: none"> - Postura relajada - Uso de ilustradores del mensaje verbal: expresión no verbal con manos, brazos y hombros que apoya el discurso. - A veces, da la sensación de falta de espontaneidad en el manejo de la conducta no verbal
	5	<ul style="list-style-type: none"> - Adecúa la posición del cuerpo y de los miembros durante el discurso: cuerpo distendido, erguido y ligeramente hacia delante. - Expresividad corporal muy congruente con el mensaje - Uso óptimo de ilustradores no verbales.

Categoría	Puntuación	Descripción de las conductas a observar
3. Mirada	1	- No mira al público. - Contacto ocular muy breve, desvía la mirada rápidamente hacia objetos, techo, paredes... - Mira sólo a una o dos personas del público.
	2	- Mira con poca frecuencia al público, manteniendo un contacto ocular breve; - Mira a un pequeño grupo de personas - Suele detener muy pausadamente la mirada en los objetos del ambiente
	3	- Abarca con su mirada aproximadamente a la mitad del auditorio - Mantiene el contacto ocular durante pocos segundos - Apenas mira hacia los elementos del entorno perdiendo contacto con el público
	4	- Frecuencia y patrón de miradas bastante adecuado aunque evita mirar alguna zona del público (<i>que no sean los/as observadores/as</i>)
	5	- Dirige la mirada hacia la parte superior de las caras o a los ojos de la totalidad del público a modo de "barridos". - Manifiesta interés por el público y capta su atención.

Categoría	Puntuación	Descripción de las conductas a observar
4. FLUIDEZ	1	- ≥5bloqueos* - Habla lenta, vacilante o muy acelerada - Uso frecuentes de muletillas (<i>vale?, es decir,...</i>)
	2	- 3-4 bloqueos -. Habla bastante lenta/rápida
	3	- 1-2 Bloqueos - Moderación de la velocidad tras los primeros minutos - Uso de muletillas de forma ocasional
	4	- Algún breve bloqueo que es inmediatamente controlado. - Velocidad apropiada
	5	- Discurso elocuente, sin interrupciones, bloqueos, silencios o vacilaciones - Habla fluida y serena - Modula la velocidad en función del contenido del mensaje verbal - Uso adecuado de silencios funcionales**

* **Bloqueos:** pausas muy intensas del discurso no deseadas que hacen manifiesto el nivel de estrés del/a orador/a. Se anota la frecuencia de bloqueos en la hoja de registro a partir del segundo minuto del discurso.

** **Silencio funcional:** pausa intencionada del mensaje verbal que sirve para enfatizar ideas, emociones o brinda la oportunidad para profundizar en la reflexión de una idea relevante para el/a orador/a.

Categoría	Puntuación	Descripción de las conductas a observar*
5. VOLUMEN	1	- Inaudible o casi inaudible para el público situado en la parte posterior del auditorio - Excesivamente alto, produce incomodidad y sensación desagradable.
	2	- Volumen bajo o demasiado alto
	3	- Volumen adecuado pero con fluctuaciones, en ocasiones no se puede seguir discurso.
	4	- Volumen adecuado y fácilmente audible por todo el público.
	5	- Discurso claro y fácilmente audible - Modulación del volumen como recursos para enfatizar el contenido del mensaje ganando la atención del público.

* El/a observador/a se situará a partir de la zona media hacia la zona posterior del auditorio para registrar las conductas.

Categoría	Puntuación	Descripción de las conductas a observar
6. ENTONACIÓN	1	- Nada expresiva, monótona, aburrida, temblorosa - Excesivamente expresiva, sobreactuación, falta de naturalidad
	2	- .Poco expresiva, monótona - Artificialidad en la expresión.
	3	- En ocasiones realiza ideas expresando mayor vivacidad, otras veces parece un discurso más vacilante. - Monotonía en algunas partes del discurso
	4	- Buena entonación en la mayor parte del discurso.
	5	- Lenguaje melódico y expresivo en la totalidad del discurso. - Adecuación natural de la entonación al el contenido del discurso (si es alegre sube el tono, si es triste, decae).

Categoría	Puntuación	Descripción de las conductas a observar
7. CONTENIDO	1	- Ideas pobremente desarrolladas, - Discurso poco variado, nada interesante - Las ideas surgen de forma desestructurada dando una impresión de desorganización. - Se excede ampliamente del tiempo establecido para la charla o bien es excesivamente breve.
	2	- .Poco interesante y variado - La mayor parte del mensaje está desorganizado - No quedan claros los conceptos principales - El tiempo de charla sobrepasa o no llega al estipulado.
	3	- . Contenido correcto, pero no estimula o persuade - Adecuada estructuración de la introducción y las ideas clave, no aclara las conclusiones - Ajuste al tiempo preestablecido
	4	- Interesante, animado, variado (congruente con la temática) - Estructuración del mensaje óptima. - Consigue captar la atención (buen uso de ejemplos, anécdotas.,etc) - Ajuste al tiempo preestablecido
	5	- Ideas bien organizadas - Discurso coherente - Retórica y uso de argot muy adecuados - Mensaje persuasivo - Suscita el interés y la atención del auditorio - Ajuste al tiempo preestablecido

ESCALA ECO (7)	ALUMNO/A:					
TEMA:						
1. EXPRESIÓN CORPORAL						
EXPRESIÓN INHIBIDA/INCONGRUENTE CON EL DISCURSO. ADAPTADORES	1	2	3	4	5	EXPRESIÓN ADECUADA Y CONGRUENTE CON EL DISCURSO. ILUSTRADORES
2. GESTICULACIÓN						
GESTOS INCONGRUENTES . CASI IMPERCEPTIBLES/ ASPAVIENTOS	1	2	3	4	5	GESTOS ADECUADOS, MUECAS QUE ILUSTRAN DISCURSO
3. MIRADA						
NO MIRA AL PÚBLICO O MIRA CONTINUAMENTE A POCAS PERSONAS	1	2	3	4	5	RECORRE CON LA MIRADA A LA TOTALIDAD DEL PÚBLICO IMPLICÁNDOLE
4. FLUIDEZ						
SE BLOQUEA, INTERRUMPE, O TITUBEA, VERBORREA, MULETILLAS. ≥4 BLOQUEOS	1	2	3	4	5	RITMO ADECUADO. MENSAJE NATURAL, CLARO. SILENCIO FUNCIONAL. ≤1 BLOQUEO
5. VOLUMEN						
CASI INAUDIBLE O EXTREMADAMENTE BAJO/ELEVADO	1	2	3	4	5	DISCURSO FÁCILMENTE AUDIBLE POR TODO EL PÚBLICO
6. ENTONACIÓN						
NADA EXPRESIVA, MONÓTONA, ABURRIDA	1	2	3	4	5	ANIMADA, CORDIAL, AGRADABLE
7. CONTENIDO						
POCO INTERESANTE Y/O ATRACTIVO. NO ORGANIZADO (INTRODUCCIÓN, DESARROLLO, CONCLUSIÓN)	1	2	3	4	5	ANIMADO, VARIADO, SUGESTIVO, ATRACTIVO. ORGANIZADO.

OBSERVACIONES

ANEXO 8. Versión abreviada del cuestionario de Confianza para hablar en público (PRCS-12, Méndez Carrillo et al., 2004).

Este cuestionario está compuesto por 12 ítems relacionados con tus sentimientos de confianza para hablar en público. Por favor, indica en la hoja de respuesta el grado en que cada frase es aplicable a ti, anotando mediante el número correspondiente si estás:

Completamente de acuerdo.

Bastante de acuerdo.

Ligeramente de acuerdo.

Ligeramente en desacuerdo.

Bastante en desacuerdo.

Completamente en desacuerdo.

Esta información es totalmente confidencial. Contesta rápidamente y no pierdas mucho tiempo en ninguno de los ítems. Lo importante es tu primera impresión.

Adelante, trabaja rápidamente y no te olvides de contestar ningún ítem.

CUESTIONARIO DE CONFIANZA PARA HABLAR EN PÚBLICO – 12		1	2	3	4	5	6
1	Cuando hablo delante de un auditorio, los pensamientos se me confunden y mezclan.						
2	No tengo miedo de estar enfrente del público.						
3	Aunque estoy nervioso/a justo antes de ponerme de pie, pronto olvido mis temores y disfruto de la experiencia.						
4	Afronto con completa confianza la perspectiva de dar una charla.						
5	Creo que estoy en completa posesión de mí mismo/a mientras hablo.						
6	Aunque hablo con fluidez con mis amigos/as, no encuentro palabras para expresarme en la tarima.						
7	Me siento relajado/a y a gusto mientras hablo.						
8	Siempre que me es posible, evito hablar en público.						
9	Mi mente está clara cuando me encuentro delante de un auditorio.						
10	Mi postura parece forzada y poco natural.						
11	Tengo miedo y estoy tenso/a todo el tiempo que estoy hablando delante de un grupo de gente.						
12	Me siento aterrorizado/a ante la idea de hablar delante de un grupo de personas.						

ANEXO 9. Autoinforme de temor a la comunicación o aprensión comunicativa (PRCA-24, Personal report of communication apprehension, McCroskey, 1982).

Instrucciones

Este instrumento se compone de 24 ítems acerca de cómo te sientes cuando te comunicas con otras personas. Indica el grado en que cada una de las afirmaciones que se presentan puede aplicarse a ti. Hay frases muy parecidas pero no te preocupes por ello. Contesta a cada afirmación rápidamente, con la primera impresión.

Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Utiliza la siguiente escala de cinco puntos:

1 = totalmente de acuerdo

2 = de acuerdo

3 = unas veces sí, otras no

4 = en desacuerdo

5 = totalmente en desacuerdo

Lista de ítems	Nivel de acuerdo
1. No me gusta participar en grupo.	
2. Generalmente me siento cómodo/a mientras participo en discusiones en grupo.	
3. Estoy tenso/a y nervioso/a mientras participo en discusiones en grupo.	
4. Me gusta implicarme en discusiones en grupo.	
5. Enzarmarme en discusiones grupales con gente no conocida me pone tenso/a y nervioso/a.	
6. Me siento tranquilo/a y relajado/a mientras participo en una discusión en grupo.	
7. Generalmente me pongo nervioso/a si tengo que asistir a una reunión.	
8. Generalmente me siento tranquilo/a y relajado/a mientras participo en reuniones.	
9. Me siento muy tranquilo/a y relajado/a si se me pide que exprese mi opinión en una reunión.	
10. Me da miedo expresarme en reuniones.	
11. Tener que hablar en reuniones me hace sentir incómodo/a.	
12. Me siento muy relajado/a cuando contesto a preguntas en una reunión.	
13. Mientras converso con un/a nuevo/a conocido/a me siento muy nervioso/a.	
14. No me da miedo hablar en las conversaciones.	
15. Normalmente estoy muy tenso/a y nervioso/a en una conversación.	
16. Normalmente estoy muy tranquilo/a y relajado/a en las conversaciones.	
17. Me siento muy relajado/a mientras converso con un/a nuevo/a conocido/a.	
18. Me da miedo hablar en las conversaciones.	
19. No me da miedo pronunciar un discurso.	
20. Ciertas partes de mi cuerpo están muy tensas y rígidas mientras pronuncio un discurso.	
21. Me siento relajado/a mientras pronuncio un discurso.	
22. Mis ideas se nublan y vuelven confusas mientras estoy pronunciando un discurso.	
23. Afronto con confianza la idea de pronunciar un discurso.	
24. Mientras estoy pronunciando un discurso me pongo tan nervioso/a que olvido cosas que realmente sé.	

ANEXO 10. Índice de competencia-estado percibida (SPIC, State Perceived Index of Competence. MacDonald y MacIntyre, 1998)

SPIC previo al entrenamiento en comunicación oral.	Desacuerdo						Acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7
1. Estoy seguro/a de que haré un buen discurso.	1	2	3	4	5	6	7
2. No creo que haga un buen trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy capaz de hacer un buen discurso	1	2	3	4	5	6	7
4. Siento que voy a estropear ese discurso.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ese discurso va a ser malo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ese discurso va a ser bueno.	1	2	3	4	5	6	7
7. Yo sé que no puedo hacer un buen trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Siento que no sé lo que estaré haciendo durante el discurso.	1	2	3	4	5	6	7
9. Ese discurso va a ser genial.	1	2	3	4	5	6	7
10. No puedo hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
11. El discurso será un fracaso total.	1	2	3	4	5	6	7
12. Probablemente olvidaré cosas importantes durante el discurso.	1	2	3	4	5	6	7
13. Me siento bien al pensar en ese discurso.	1	2	3	4	5	6	7
14. Estoy seguro/a de que podré explicar mi tema.	1	2	3	4	5	6	7
15. Podré expresarme bien.	1	2	3	4	5	6	7

SPIC previo al discurso.	Desacuerdo						Acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7
1. Estoy seguro/a de que hoy haré un buen discurso.	1	2	3	4	5	6	7
2. No creo que hoy haga un buen trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy capaz de hacer un buen discurso hoy.	1	2	3	4	5	6	7
4. Siento que voy a estropear ese discurso.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ese discurso va a ser malo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ese discurso va a ser bueno.	1	2	3	4	5	6	7
7. Yo sé que no puedo hacer un buen trabajo hoy.	1	2	3	4	5	6	7
8. Siento que no sé lo que estoy haciendo hoy.	1	2	3	4	5	6	7
9. Ese discurso va a ser genial.	1	2	3	4	5	6	7
10. No puedo hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
11. El discurso será un fracaso total.	1	2	3	4	5	6	7
12. Probablemente me voy a olvidar cosas importantes durante el discurso.	1	2	3	4	5	6	7
13. Me siento bien al pensar en ese discurso.	1	2	3	4	5	6	7
14. Estoy seguro/a de que voy a poder explicar mi tema.	1	2	3	4	5	6	7
15. Puedo expresarme bien hoy.	1	2	3	4	5	6	7

SPIC posterior al discurso	Desacuerdo						Acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7
1. Estoy seguro/a de que hoy he hecho un buen discurso.	1	2	3	4	5	6	7
2. Hoy no he hecho un buen trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
3. He sido capaz de hacer un buen discurso hoy.	1	2	3	4	5	6	7
4. He sentido que metía la pata en este discurso.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ese discurso ha sido malo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ese discurso ha sido bueno.	1	2	3	4	5	6	7
7. Sabía que no podía hacer un buen trabajo hoy.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sentía que no sabía lo que estaba haciendo hoy.	1	2	3	4	5	6	7
9. Ese discurso ha sido genial.	1	2	3	4	5	6	7
10. Hoy no he podido hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
11. El discurso ha sido un fracaso total.	1	2	3	4	5	6	7
12. He olvidado cosas importantes durante el discurso de hoy.	1	2	3	4	5	6	7
13. Me he sentido bien.	1	2	3	4	5	6	7
14. Sabía que podría explicar mi tema.	1	2	3	4	5	6	7
15. Me he expresado bien hoy.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 11. Termómetro del miedo (TM, Bados López, 1986).

TERMÓMETRO DEL MIEDO (Bados López, 1986). La puntuación 1 significa "ausencia de miedo o ansiedad, tranquilidad completa" y 10 significa "miedo o temor extremo".										
Piensa en la última o alguna de las últimas situaciones en que hablaste en público y rodea en esta escala el número que mejor corresponda a cómo te sentías mientras dabas la charla.										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ausencia de miedo o Tranquilidad										Miedo o temor extremo

TERMÓMETRO DEL MIEDO (Bados López, 1986). La puntuación 1 significa "ausencia de miedo o ansiedad, tranquilidad completa" y 10 significa "miedo o temor extremo".										
Rodea en esta escala el número que mejor corresponda a cómo te has sentido mientras dabas la charla.										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ausencia de miedo o Tranquilidad										Miedo o temor extremo

ANEXO 12. Termómetro de autocalificación de la actuación (AACH, Bados López, 1986).

TERMÓMETRO AUTOCALIFICACIÓN DE LA ACTUACIÓN (Bados López, 1986). La puntuación 1 significa "actuación extremadamente mala o pobre" y 10 significa "actuación excelente".									
Piensa en la última o alguna de las últimas situaciones en que hablaste en público y rodea en esta escala el número que, para ti, mejor califique tu actuación en aquella charla.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Actuación Mala									Actuación excelente

Cumplimentación previa al comienzo del entrenamiento.

TERMÓMETRO AUTOCALIFICACIÓN DE LA ACTUACIÓN (Bados López, 1986). La puntuación 1 significa "actuación extremadamente mala o pobre" y 10 significa "actuación excelente".									
Rodea en esta escala el número que, para ti, mejor califique tu actuación en esta charla.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Actuación Mala									Actuación excelente

Cumplimentación posterior al entrenamiento.

ANEXO 13. Diario de aprendizaje.

DIARIO DE APRENDIZAJE. SEMINARIOS DE COMUNICACIÓN Y SALUD. CURSO 2012-13

Nombre del Alumno/a:

Te proponemos que cumplimentes este documento de forma reflexiva teniendo en cuenta que las cuestiones son orientativas; puedes escribir en la parte final aquello que consideres importante aunque no aparezca reflejado.

El propósito es evaluar los seminarios de la asignatura para poder incorporar mejoras en sucesivas ediciones. Además aparecen algunas preguntas que evalúan contenidos relacionados con los mismos, por ese motivo este diario tiene asociada una nota final 15% y es necesario su cumplimentación de manera individual.

1. ¿Consideras que estos seminarios teórico-prácticos han sido útiles para tu formación como futuro/a profesional de la salud? ¿por qué?
2. Identifica el ejercicio que más te ha impactado y por qué.
3. ¿Piensas que alguna/s de las habilidades que se han practicado te van a resultar difíciles de llevar a la práctica en tu profesión? ¿por qué?
4. ¿Cómo clasificarías el clima que se ha generado durante los seminarios?
5. ¿Crees que las profesoras han manejado adecuadamente las dinámicas grupales durante los seminarios?, ¿Han conseguido implicarte en los ejercicios?
6. Sugerencias de mejora.
7. ¿Has practicado en casa, en clase, en prácticas clínicas, en el trabajo... algunas de los ejercicios realizados? Puedes contarnos tus experiencias, ¿Han resultado gratificantes?
8. Responde a esta escala:

Evalúa del 1 al 5 en orden ascendente, siendo 1 el valor mínimo y 5 el máximo.

¿Qué puntuación te darías a ti mismo/a en cuanto a la habilidad para hablar en público antes del entrenamiento en competencia oral?	1	2	3	4	5
Si aplicas lo aprendido durante el entrenamiento ¿qué nivel de habilidad para hablar en público crees que podrás alcanzar?	1	2	3	4	5

9. Evalúa:

	(-)				(+)
En este momento tras el entrenamiento, ¿cómo valoras tu habilidad para hablar en público?	1	2	3	4	5

10. Expresa con tus propias palabras qué es la competencia comunicativa intercultural.

11. Reflexiona, argumentándolo o poniendo ejemplos de comportamientos en situaciones determinadas, sobre tu propio nivel de competencia comunicativa intercultural. Explica también cómo podrías mejorarlo.

12. En el último seminario se han tratado el tema de la expresión emocional y su manejo.

Reflexiona sobre la importancia del conocimiento de tu propia esfera emocional y la influencia con la relación terapéutica. ¿Crees que eres diestro a la hora de expresar tus propias emociones? ¿Te cuesta hablar de tus sentimientos? ¿Puedes controlar la ira, agresividad cuando se presenta dentro de tí? ¿Qué haces para este control?

¿En el caso hipotético que una persona presente agresividad verbal ante ti (humillaciones, insultos, gritos)...qué harías?

ANEXO 14. Escalas de competencia oral percibidas cumplimentadas después de asistir al entrenamiento (extraídas del diario de aprendizaje).

Evalúa del 1 al 5 en orden ascendente, siendo 1 el valor mínimo y 5 el máximo.

	(-)				(+)
¿Qué puntuación te darías a ti mismo/a en cuanto a la habilidad para hablar en público antes del entrenamiento?	1	2	3	4	5
Si aplicas lo aprendido durante el entrenamiento, ¿qué nivel de habilidad para hablar en público crees que podrás alcanzar?	1	2	3	4	5

Evalúa:

	(-)				(+)
En este momento tras el entrenamiento, ¿cómo valoras tu habilidad para hablar en público?	1	2	3	4	5

ANEXO 15. Definición de Categorías Escala ECO (10 categorías): Subescala verbal.
Roso-Bas, Pades Jiménez y Ferrer Pérez (2013).

Categoría	Puntuación	Descripción de la conducta a observar
7. INTERÉS	1	- Nada interesante aunque el tema tratado sea importante y relevante - Aburrido - No capta la atención en ningún momento de la charla
	2	- Presenta alguna idea interesante - Capta en algún momento la atención
	3	- Desarrolla el contenido de forma correcta - Es interesante pero no estimula y/o persuade
	4	- Interesante, animado, variado (congruente con la temática) - Capta la atención durante casi todo el discurso
	5	- Mensaje persuasivo - Suscita interés y atención - Utiliza recursos que animan el discurso

Categoría	Puntuación	Descripción de la conducta a observar
8. ESTRUCTURACIÓN	1	- Las ideas aparecen inconexas, parece un mensaje incoherente - Da la impresión de que no se ha preparado el contenido - No hay estructura: introducción, cuerpo y conclusión
	2	- Se pueden entresacar las ideas principales pero la exposición de las mismas es anárquica - No hay estructura: introducción, cuerpo y conclusión
	3	- El mensaje puede estar estructurado (introducción, cuerpo, conclusión) pero no de forma explícita. - Faltan la introducción o las conclusiones
	4	- Se enmarca correctamente el tema desde el inicio resumiendo la introducción, cuerpo y conclusión.
	5	- Mensaje bien estructurado. - En la introducción aparecen elementos atractivos que captan la atención, enmarca y prepara al auditorio para el resto de la comunicación. - En el cuerpo expone con claridad las ideas clave antes introducidas. - En la conclusión: refuerza la idea central y resume el contenido de la comunicación

Categoría	Puntuación	Descripción de la conducta a observar
9. CLARIDAD	1	- Utiliza un lenguaje no adaptado al tipo de auditorio - Uso de términos inadecuados y construcciones gramaticales incorrectas - Material de apoyo inadecuado (redundante, aburrido, cargante, distractor...) - No se entiende el mensaje que trata de transmitir
	2	- En ocasiones hace uso de frases gramaticalmente incorrectas - No explica con claridad los conceptos - Algunas partes del mensaje no quedan esclarecidas
	3	- Exposición lógica y adecuada de las ideas - Lenguaje fácil de seguir aunque algunos conceptos parecen difusos - Apoyo audiovisual adecuado
	4	- Clara progresión de las ideas - Apoyo audiovisual adecuado

	5	<ul style="list-style-type: none"> - Claro dominio de retórica, uso de argot muy adecuados - Se entiende perfectamente todo el contenido del discurso - Apoyo audiovisual muy adecuado (esclarecedor, no redundante, relajante, atractivo...)
--	----------	--

Categoría	Puntuación	Descripción de la conducta a observar
10. AJUSTE CONTENIDO/ TIEMPO	1	<ul style="list-style-type: none"> - Se excede ampliamente del margen temporal asignado a la charla. - La charla resulta excesivamente breve, apenas ha desarrollado la idea central.
	2	<ul style="list-style-type: none"> - Se excede del margen temporal asignado a la charla. - La charla resulta breve.
	3	<ul style="list-style-type: none"> - Se ajusta al tiempo establecido pero interrumpe el discurso dejando ideas importantes sin comunicar. - Se ajusta al tiempo establecido pero comprime la información, comunicando velozmente.
	4	<ul style="list-style-type: none"> - Se acomoda el contenido al tiempo dejando una pequeña parte sin explicar o aumentando la velocidad en la parte final del discurso.
	5	<ul style="list-style-type: none"> - La sincronización del contenido es perfecta al tiempo establecido.

ESCALA ECO (10)	ALUMNO/A:					
TEMA:						
1. EXPRESIÓN CORPORAL						
EXPRESIÓN INHIBIDA/INCONGRUENTE CON EL DISCURSO. ADAPTADORES	1	2	3	4	5	EXPRESIÓN ADECUADA Y CONGRUENTE CON EL DISCURSO. ILUSTRADORES
2. GESTICULACIÓN						
GESTOS INCONGRUENTES. CASI IMPERCEPTIBLES/ ASPAVIENTOS	1	2	3	4	5	GESTOS ADECUADOS, MUECAS QUE ILUSTRAN DISCURSO
3. MIRADA						
NO MIRA AL PÚBLICO O MIRA CONTINUAMENTE A POCAS PERSONAS	1	2	3	4	5	RECORRE CON LA MIRADA A LA TOTALIDAD DEL PÚBLICO COMPLICÁNDOLE
4. FLUIDEZ						
SE BLOQUEA, INTERRUMPE, OTITUBEA. VERBORREA, MULETILLAS. 24 BLOQUEOS	1	2	3	4	5	RITMO ADECUADO. MENSAJE NATURAL, CLARO. SILENCIO FUNCIONAL. ≤1 BLOQUEO LEVE.
5. VOLUMEN						
CASI INAUDIBLE O EXTREMADAMENTE BAJO/ELEVADO	1	2	3	4	5	DISCURSO FÁCILMENTE AUDIBLE POR TODO EL PÚBLICO
6. ENTONACIÓN						
NADA EXPRESIVA, MONÓTONA, ABURRIDA	1	2	3	4	5	ÁNIMADA, CORDIAL, PROSÓDICA, AGRADABLE
7. INTERÉS						
NADA INTERESANTE, ABURRIDO, NO CAPTA LA ATENCIÓN DEL PÚBLICO	1	2	3	4	5	ESTIMULANTE, PERSUASIVO, MUY INTERESANTE, CAPTA LA ATENCIÓN DEL PÚBLICO
8. ESTRUCTURACIÓN						
IDEAS INCONEXAS, MENSAJE INCOHERENTE. NO ESTRUCTURA: INTRODUCCIÓN, CUERPO Y CONCLUSIÓN	1	2	3	4	5	INT: ENMARCA/MOTIVA CUE: DESTACA IDEA-CLAVE CONC: REFUERZA IDEA Y RESUME
9. CLARIDAD						
TÉRMINOS Y GRAMÁTICA INCORRECTOS, LENGUAJE NO ADAPTADO, APOYO INADECUADO. NO SE ENTIENDE BIEN EL MENSAJE	1	2	3	4	5	DOMINIO DE RETÓRICA SE ENTIENDE PERFECTAMENTE APOYO: ESCLARECEDOR, RELAJANTE, ATRACTIVO
10. AJUSTE CONTENIDO/TIEMPO						
EXCESIVAMENTE LARGO/BREVE. SE LE LLAMA LA ATENCIÓN EN MÁS DE 1 OCASIÓN. CORTA O PRENSA INFORMACIÓN EN EXCESO.	1	2	3	4	5	AJUSTE PERFECTO, NO FALTA NI SOBRA TIEMPO.
OBSERVACIONES						

