

## **VALIDACIÓN DEL “CUESTIONARIO DE CONFIANZA PARA HABLAR EN PÚBLICO” EN UNA MUESTRA CLÍNICA ESPAÑOLA**

M<sup>a</sup> José Gallego<sup>1</sup>, Cristina Botella<sup>2,4</sup>, Soledad Quero<sup>2,4</sup>, Azucena García-Palacios<sup>2,4</sup> y Rosa M<sup>a</sup> Baños<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>University of Amsterdam (Netherlands); <sup>2</sup>Universitat Jaume I (España);

<sup>3</sup>Universidad de Valencia (España); <sup>4</sup>CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CB06/03), Instituto de Salud Carlos III (España)

### **Resumen**

El objetivo del presente trabajo fue obtener datos psicométricos del “Cuestionario de confianza para hablar en público” (*Personal Report of Confidence as Speaker-Modified*; PRCS-M; Paul, 1966) adaptado al español y validado por Bados (1986) en una muestra de fóbicos sociales ( $N= 120$ ). El 84,17% fueron mujeres entre 17 y 48 años ( $M= 24,06$ ;  $DT= 5,16$ ). Mediante un análisis factorial confirmatorio se comprobó que un modelo bifactorial se ajustaba relativamente bien a los datos: enunciados negativos (PRCS-MR) y enunciados positivos (PRCS-MR). La consistencia interna obtenida fue elevada ( $\alpha= 0,89$ ). El PRCS-M correlacionó con ambas subescalas del “Cuestionario de autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público-modificado” (SSPS-P  $r= -0,50$ ; SSPS-N  $r= 0,55$ ), la “Escala de evitación y malestar social” ( $r= 0,31$ ) y el “Miedo a la evaluación negativa versión breve” ( $r= 0,35$ ). Finalmente, se observaron diferencias significativas ( $F [2, 115]= 7,72, p < 0,005$ ) en el PRCS-M entre los tres subtipos de fobia social (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer y Liebowitz, 1993).

**PALABRAS CLAVE:** *Fobia social, ansiedad social, miedo a hablar en público, propiedades psicométricas.*

### **Abstract**

The goal of this paper was to explore the psychometric properties of the PRCS-M (*Personal Report of Confidence as Speaker-Modified*; Bados, 1986) in a social phobic sample ( $N= 120$ ). The 84.17% of the participants were women, with ages

---

*Correspondencia:* M<sup>a</sup> José Gallego Pitarch, Dpt. Clinical Psychology, University of Amsterdam, Roetersstraat, 15 1018 WB Amsterdam (Netherlands). E-mail: gallegom@guest.uji.es

*Agradecimientos:* Este estudio ha sido subvencionado por el Ministerio de Educación y Ciencia. PROYECTOS CONSOLIDER-C (SEJ2006-14301/PSIC). También queremos manifestar nuestro agradecimiento a los profesores Arturo Bados, Luis Joaquín García-López y José Olivares por facilitarnos documentación de sus investigaciones. Finalmente, a Paul Emmelkamp por dar la oportunidad a M<sup>a</sup> José Gallego de obtener la beca Postdoctoral (2007-0322) del Ministerio de Educación y Ciencia.

ranging from 17 to 48 ( $M= 24.06$ ,  $SD= 5.16$ ). Confirmatory factor analysis was calculated and we found that a bifactorial model adjusted quite well to data: positive statements (PRCS-MS) and negative statement (PRCS-MR). The internal consistency obtained was high ( $\alpha= .89$ ). The PRCS-M correlated with both SSPS subscales (*Self-Statements During Public Speaking*) (SSPS-P  $r= -.50$ ; SSPS-N  $r= .55$ ), the SAD (*Social Avoidance and Distress Scale*) ( $r= .31$ ), and the BFNE (*Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale*) ( $r= .35$ ). Finally, there were significant differences ( $F [2, 115]= 7.72$ ,  $p < .005$ ) in the PRCS-M amongst the three social phobia subtypes (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer y Liebowitz, 1993).

KEY WORDS: *Social phobia, social anxiety, fear of public speaking, psychometric properties.*

## Introducción

Las definiciones del concepto "Miedo a hablar en público" (MHP) han sido muchas y muy variadas aunque nos decantamos por la realizada por Bados (1986) desde un enfoque conductual. Para este autor el MHP es un patrón de conducta variable y complejo, que implica tres componentes o sistemas de respuesta (cognitivo, conductual y fisiológico) separados, pero interactivos, que ocurren en respuesta a estímulos externos (socio-ambientales) e internos (cognitivos y fisiológicos).

En los actuales sistemas de clasificación diagnóstica, el MHP forma parte de la fobia social (*American Psychological Association; APA, 2000*), la cual se define como "un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso" (p. 456). El DSM-IV-TR (APA, 2000) especifica el subtipo de fobia social generalizada cuando los temores hacen referencia a la mayoría de situaciones sociales. Con respecto a este subtipo varios autores han señalado (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer y Liebowitz, 1993; Turner, Beidel y Townsley, 1992) que es demasiado general y en él se incluye un gran número de casos muy heterogéneos de diferentes niveles de gravedad. Heimberg *et al.* (1993) identificaron tres subtipos de fobia social: a) la fobia social generalizada, la cual se diagnosticaría cuando la ansiedad está presente en la mayoría de situaciones sociales, b) la fobia social no generalizada, la cual incluye a personas que temen a múltiples situaciones sociales, pero que funcionan adecuadamente en al menos un área de su vida, y c) la fobia social específica, si la persona presenta ansiedad en un número limitado de situaciones muy concretas (no más de dos y relacionadas con situaciones de ejecución: hablar, escribir, comer en público, etc.). Por lo tanto, el MHP es una fobia social de tipo específico.

Cho, Smits y Telch (2004) hacen referencia al hecho de hablar en público como la situación más temida en población general (Cho y Won, 1997; Furmark *et al.*, 1999; Furmark, 2002; Kessler, Stein y Berglund, 1998; Pollard y Henderson, 1988; Stein, Walter y Forde, 1996). En un estudio llevado a cabo con estudiantes universitarios, el 70% de los participantes había experimentado aprehensión a la comu-

nicación en clase en algún momento de su vida (Bowers, Bush, Conway y Darrow, 1986). Ruscio *et al.* (2008) en los resultados de la Repetición de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (*National Comorbidity Survey Replication*, NCSR) informaron que los miedos sociales más comunes fueron hablar en público (21,2%) y hablar en una reunión o una clase (19,5%). Algunos estudios estiman que la prevalencia del MHP oscila entre el 20% (Cho y Won, 1997; Pollard y Henderson, 1988) y el 34% de la población adulta (Stein *et al.*, 1996). Furmark *et al.* (1999) también destacaron que el MHP es el miedo social más común, el 24% de la población general y el 77% de los fóbicos sociales lo sufren. Faravelli *et al.* (2000) informó de una prevalencia del MHP en fóbicos sociales del 89,4%. En nuestro país, Montorio, Guerrero e Izal (1991) observaron como el 45% de universitarios informaba tener dificultad para hablar en público. Estudios epidemiológicos en población adolescente han puesto de manifiesto que el MHP es una de las situaciones sociales que más temen (Inglés, Méndez e Hidalgo, 2000; Méndez, Inglés e Hidalgo, 1999).

A pesar de la gran prevalencia de este problema, hay pocos instrumentos validados en población de lengua española que midan el grado de MHP. En primer lugar se realizará una revisión de los instrumentos que se han validado en muestras extranjeras de lengua no española y, a continuación, se revisarán los cuestionarios adaptados al español.

“El Inventario de miedo a hablar en público” (*Speech Anxiety Inventory*, SAI; Lamb, 1972) está formado por dos escalas que miden dos conceptos diferentes: MHP estado y MHP rasgo. El “Inventario de estado de miedo a hablar en público” (*Speech Anxiety-State*, SAS) consta de 23 ítems con una escala de respuesta de 1 (*en absoluto*) a 4 (*muchísimo*) y mide el miedo en una situación de hablar en público concreta. El “Inventario de rasgo de miedo a hablar en público” (*Speech Anxiety-Trait*, SAT) consta de 28 ítems que miden la frecuencia de 1 (*casi nunca*) a 4 (*casi siempre*) en la que una persona siente MHP en general. A pesar de que los resultados obtenidos por Lamb (1972) informaron de una buena fiabilidad y validez en población anglosajona, estas escalas han sido poco utilizadas.

“El Cuestionario de aprehensión a la comunicación” (*Personal Report of Communication Apprehension*, PRCA; McCroskey, 1978) mide la anticipación ansiosa y la aprehensión a la comunicación. Este instrumento consta de 24 ítems con una escala de respuesta de cinco puntos y está formado por cuatro subescalas: situaciones de grupo, reuniones, conversaciones y hablar en público. Este instrumento se validó en población anglosajona (p. ej., McCroskey, 1978) y japonesa (McCroskey, Gudykunst y Nishida, 1985).

En cuanto a los instrumentos que se han validado en población española, el “Cuestionario de evaluación de dificultades interpersonales en la adolescencia” (CEDIA; Inglés *et al.*, 2000) mide el nivel de dificultad en las relaciones interpersonales. Este instrumento está formado por 39 ítems con una escala de respuesta que va de 0 (*ninguna dificultad*) a 4 (*máxima dificultad*). El cuestionario tiene cinco factores: Aserción, Relaciones con el otro sexo, Relaciones con iguales, Hablar en público y Relaciones familiares.

“La Escala de ansiedad ante la audiencia” (*Audience Anxiousness Scale*, AAS; Leary, 1983a) mide la ansiedad a la hora de hablar o actuar en público. Para cada

ítem la persona que cumplimenta la escala ha de indicar “el grado en el que cada afirmación es característica en ti mismo” en una escala de respuesta de cinco puntos. Este cuestionario fue validado en una muestra anglosajona y en población de lengua española (Sanz, 1994).

“Autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público” (*Self-Statements during Public Speaking*, SSPS; Hofmann y DiBartolo, 2000). Este instrumento está formado por 10 ítems con un formato de respuesta de seis puntos que miden las autoverbalizaciones y el malestar asociados a hablar en público. Este instrumento está formado por dos subescalas: autoverbalizaciones positivas (SSPS-P) y autoverbalizaciones negativas (SSPS-N) (Hofmann y DiBartolo, 2000). Esta medida ha mostrado buenas propiedades psicométricas en muestra española (Gallego, Botella, García-Palacios, Quero y Baños, 2008).

El “Cuestionario de dificultad para hablar en público” (Montorio *et al.*, 1991) compuesto por 33 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, evalúa respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas en situaciones de hablar en público. Esta medida ha sido validada en muestra española universitaria.

El “Cuestionario de miedo a hablar en público” (CMHP) fue adaptado por nuestro grupo de investigación a partir del cuestionario “Inquietud al hablar en público” (Bados, 1986) con el propósito de hacer una medida breve, para su utilización en un programa autoadministrado vía Internet para el MHP (Botella *et al.*, 2008). El cuestionario de Bados (1986) está formado por 12 ítems que evalúan el grado de inquietud experimentado o que se experimentaría en 12 actividades diferentes que implican hablar en público. Bados (1986) validó esta medida en población española y mostró buenas propiedades psicométricas, por ejemplo, una fiabilidad test-retest alta ( $r=0,92$ ). El CMHP está formado por ocho ítems y mide la presencia e intensidad de una serie de síntomas de ansiedad cuando se tiene que hablar en público o se piensa en la posibilidad de hacerlo. Esta medida no ha sido validada todavía.

El “Cuestionario de confianza para hablar en público” (*Personal Report of Confidence as Speaker*, PRCS) fue creado originalmente por Gilkinson (1942) con el propósito de evaluar el grado de MHP. Esta escala estaba formada por 104 ítems con una escala de respuesta dicotómica (verdadero-falso). Unos años después Paul (1966) redujo este cuestionario a 30 ítems, la mitad eran enunciados positivos y la otra mitad negativos. En cada ítem el sujeto informa si la afirmación se ajusta a los sentimientos que experimentó y las conductas que realizó en la última charla. Esta versión reducida mostró una consistencia interna alta y además ha demostrado ser un instrumento de evaluación válido en población clínica (p. ej., Klorman, Weerts, Hastings, Melamed y Lang, 1974; Lombardo, 1988). Sin embargo, su utilidad es limitada debido a su formato de respuesta verdadero-falso (Heimberg, Liebowitz, Hope y Schneider, 1995). La adaptación española de este instrumento fue el PRCS-M (*Personal Report of Confidence as Speaker-Modified*) y fue llevada a cabo por Bados (1986), el cual modificó el formato de respuesta incorporando una escala Likert de seis puntos. Este autor también omitió la referencia a la charla más reciente porque, tal como muestra la redacción de los ítems del cuestionario original (Paul, 1966), se pretende evaluar el MHP en general. Bados (1986) administró el PRCS-M a 944 estudiantes universitarios de entre 18 y 36 años. Esta medida demostró

una alta consistencia interna ( $\alpha = 0,91$ ) y fiabilidad test-test ( $r = 0,94$ ), y discriminó adecuadamente entre el grupo de participantes de poco MHP y el grupo de mucho MHP. En este estudio también se comparó la eficacia de cuatro tratamientos para el MHP en población subclínica, es decir, participantes que puntuaron alto en el PRCS-M pero no fueron diagnosticados según los criterios DSM-IV-TR para fobia social.

Méndez *et al.* (1999) administraron el PRCS-M a 799 estudiantes de 16 a 18 años. Estos autores obtuvieron una consistencia interna alta ( $\alpha = 0,91$ ) y estudiaron la validez de constructo de este instrumento. En primer lugar, llevaron a cabo un análisis exploratorio que apuntaba a la existencia de dos factores. El siguiente paso fue realizar un análisis factorial confirmatorio, el cual mostró que la estructura que se ajustaba mejor a los datos era la unidimensional. En este mismo estudio Méndez *et al.* propusieron una versión abreviada formada por seis ítems positivos y seis negativos, el PRCS-12. Estos mismos autores, en un trabajo posterior, administraron esta escala abreviada a 788 adolescentes de entre 12 a 17 años, tanto la consistencia interna ( $\alpha = 0,81$ ) como la fiabilidad test-retest ( $r = 0,81$ ) fueron altas. El análisis factorial indicó la existencia de dos factores: Seguridad/Disfrute al hablar en público y MHP. Respecto a la validez concurrente, el PRCS-12 correlacionó significativamente con medidas de dificultades interpersonales y de fobia social (Méndez, Inglés e Hidalgo, 2004).

En un trabajo reciente Hook, Smith y Valentiner (2008) analizaron las propiedades psicométricas del PRCS original (Paul, 1966) en una muestra de 1194 estudiantes universitarios anglosajones con una media de edad de 19,11 ( $DT = 2,18$ ). Estos autores encontraron en un análisis factorial exploratorio la existencia de dos factores, uno compuesto por los ítems directos (PRCS- *straightforward*) y el otro por los ítems inversos (PRCS-*reverse*). En este mismo trabajo propusieron una escala breve formada por 12 ítems, esta escala está compuesta por ítems diferentes a la de Méndez *et al.* (2004) y está formada por un solo factor. La consistencia interna de esta medida fue alta ( $\alpha = 0,85$ ).

En suma, los trabajos que estudian las propiedades psicométricas de diferentes versiones del PRCS muestran que es una medida fiable y válida. Asimismo, como vemos en la revisión que hemos hecho de medidas de MHP, hay pocos instrumentos validados en muestras de lengua española para evaluar este concepto. Por ambas razones hemos decidido validar este instrumento en población clínica española. En concreto, se ha elegido el PRCS-M (Bados, 1986) por ser la versión más utilizada.

El objetivo principal de este trabajo es realizar un análisis psicométrico del PRCS-M en población clínica española. Los objetivos específicos serían: 1) analizar la consistencia interna de esta medida; 2) analizar la estructura factorial; 3) comprobar la validez concurrente de esta escala; y 4) analizar las puntuaciones diferenciales del PRCS-M en función del diagnóstico según la clasificación de Heimberg *et al.* (1993). Las hipótesis previas para cada uno de los objetivos son: 1) la consistencia interna del PRCS-M será alta (Bados, 1986; Hook *et al.*, 2008; Méndez *et al.*, 1999); 2) la estructura unifactorial será la que mejor se ajuste a los datos (Méndez *et al.*, 1999); 3) el PRCS-M mostrará estar relacionado con otras medidas de fobia social, de ansiedad rasgo y de depresión, y 4) se observarán diferencias significativas entre los tres subgrupos de fobia social (Heimberg *et al.*, 1993).

## Método

### *Sujetos*

La muestra se obtuvo de entre las personas que acudieron al Servicio de Asistencia Psicológica de la Universidad Jaume I con una queja de MHP. Un total de 120 sujetos cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Los criterios de inclusión fueron: a) cumplir criterios diagnósticos DSM-IV-TR para la fobia social, b) como mínimo un año de duración del trastorno, y c) edad entre 18 y 60 años. Por otra parte, los criterios de exclusión fueron los siguientes: a) adicción a drogas, b) depresión mayor, c) estar recibiendo tratamiento por MHP, d) psicosis, y e) retraso mental. Los sujetos excluidos fueron 17, un total de 3 personas por adicción a drogas (una por consumo de alcohol y 2 por consumo de cannabis), una cumplía criterios de trastorno depresivo mayor, 3 recibían ayuda por MHP, 9 no cumplían criterios de fobia social y una padecía un retraso mental leve.

Por lo que se refiere al sexo la muestra estuvo formada por 101 mujeres y 19 varones. La mayoría de sujetos eran estudiantes universitarios (97,5%). Era una muestra joven ( $M= 24,06$ ;  $DT= 5,16$ ) y, en general, los sujetos eran solteros (90,8%). Respecto al diagnóstico de los sujetos, de los 118 sujetos que fueron diagnosticados según los criterios de Heimberg *et al.* (1993) (2 participantes de los 120 no fueron diagnosticados por la terapeuta según estos criterios), el 45,4% cumplió criterios para fobia social específica, el 36,1% para fobia social no generalizada y el 18,5% para fobia social generalizada.

### *Instrumentos*

- “Entrevista de admisión” (Botella, 1988). Esta entrevista se utiliza de forma rutinaria en el Servicio de Asistencia Psicológica y permite averiguar si existe sintomatología clínica relacionada con los trastornos de ansiedad (en este caso concreto, de MHP) en los sujetos. En esta entrevista también se obtiene información acerca de los criterios de inclusión y exclusión.
- “Entrevista estructurada para los trastornos de ansiedad” (*Anxiety Disorders Interview Schedule*, ADIS-IV; Brown, DiNardo y Barlow, 1994). Se utilizó el apartado dedicado al diagnóstico de fobia social, el cual rastrea los criterios diagnósticos DSM-IV (APA, 1994) para este trastorno, el grado de miedo y evitación ante diferentes situaciones sociales en una escala de 0 a 10, la antigüedad del problema y la gravedad de éste en una escala de 0 a 8.
- “Cuestionario de confianza para hablar en público - modificado” (*Personal Report of Confidence as Speaker-Modified*, PRCS-M). Este cuestionario fue modificado por Bados (1986) a partir del PRCS de Paul (1966). Este cuestionario mide MHP en una escala que va de 1 (*completamente de acuerdo*) a 6 (*completamente en desacuerdo*). A pesar del nombre puntuaciones más altas corresponden a más miedo a dirigirse a audiencias. Para más información sobre este instrumento, véase la introducción.

- “Cuestionario de miedo a hablar en público” (CMHP; adaptado del “Cuestionario de inquietud al hablar en público” de Bados, 1986). Este instrumento mide el grado de miedo a hablar en público y está formado por 8 ítems con una escala de respuesta de once puntos (0= *completamente en desacuerdo*; 10= *completamente de acuerdo*). Bados (1986) obtuvo una alta fiabilidad test-retest ( $r= 0,92$ ).
- “Cuestionario de autoeficacia al intervenir en público” (CAIP; adaptado de Bados, 1986). Este instrumento fue adaptado por nuestro grupo de investigación a partir del cuestionario de “Autoeficacia para hablar en público” (Bados, 1986), que tenía una alta fiabilidad test-retest ( $r= 0,94$ ). La escala está formada por seis ítems que miden el grado en el que una persona se siente eficaz para afrontar diferentes situaciones sociales. La escala de respuesta es tipo Likert y va de 1 (*claramente no podría realizarlo*) a 10 (*claramente sí podría realizarlo*).
- “Autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público” (*Self-Statements During Public Speaking*, SSPS; Hofmann y DiBartolo, 2000). Esta medida valora las autoafirmaciones y el grado de malestar experimentado mientras se habla en público. Está formada por 10 ítems con un formato de respuesta que va de 0 (*en absoluto de acuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*) y presenta dos subescalas: la SSPS-P y la SSPS-N. Ambas subescalas mostraron una buena consistencia interna (SSPS-P  $\alpha= 0,81$ ; SSPS-N  $\alpha= 0,88$ ) en muestra clínica española (Gallego *et al.*, 2008).
- “Miedo a la evaluación negativa versión breve” (*Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale*, BFNE; Leary, 1983b). Esta escala evalúa el componente cognitivo de la ansiedad social y el miedo que la persona siente ante la posibilidad de ser juzgada negativamente por los demás. Este instrumento está formado por 12 ítems y tiene un formato de respuesta tipo Likert que varía de 1 (*nada característico en mi*) a 5 (*extremadamente característico en mi*). Gallego, Botella, Quero, Baños y García-Palacios (2007) han validado esta escala en población clínica española, obteniendo una consistencia interna alta ( $a= 0,90$ ).
- “Escala de evitación y malestar social” (*Social Avoidance and Distress Scale*, SAD; Watson y Friend, 1969). Esta escala está formada por 28 ítems con un formato de respuesta dicotómico (verdadera vs. falso). La mitad de los ítems evalúa la ansiedad que experimenta la persona en situaciones sociales y los otros catorce la evitación activa o deseo de evitación de esas situaciones. En cuanto a la fiabilidad esta escala presenta una consistencia interna alta ( $a= 0,94$ ) y una buena estabilidad temporal (1 mes) ( $r= 0,68$ ) (Watson y Friend, 1969).
- “Tarea del discurso improvisado” (TD; adaptado de Beidel, Turner, Jacob y Cooley, 1989). Nuestro grupo de investigación adaptó esta medida de Beidel *et al.* (1989). La tarea consiste en hablar durante 10 minutos ante tres personas. El sujeto escoge cinco temas al azar y habla como máximo de tres temas, tiene tres minutos para prepararse los temas y como mínimo ha de hablar durante tres minutos. El paciente valora la ansiedad (0= *nada*; 10= *mucha*), la evitación (0= *nunca*; 10= *siempre*) y la ejecución en la tarea (1= *nula*; 7= *excelente*).

- “Test de autoafirmaciones en interacciones sociales” (*The Social Interaction and Self-Statement Test*, SISST; Glass, Merluzzi, Biever y Larsen, 1982). Este cuestionario consta de 30 ítems con una escala de respuesta de 1 (*nunca*) a 5 (*siempre*). El instrumento rastrea los pensamientos que el participante tiene en la TD (Beidel *et al.*, 1989) y está formado por una escala de pensamientos positivos (SISST-P) y una escala de pensamientos negativos (SISST-N). Ambas subescalas mostraron una consistencia interna alta (SISST-P  $\alpha = 0,73$ ; SISST-N  $\alpha = 0,86$ ) (Glass *et al.*, 1982).
- “Inventario de ansiedad rasgo” (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI-R; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1983), adaptado a población española por TEA (1988). Este instrumento está formado por 20 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 0 (*casi nunca*) a 3 (*casi siempre*). En esta escala el paciente describe como se siente generalmente. La consistencia interna ( $\alpha = 0,90$ ) y la fiabilidad test-retest ( $r = 0,81$ ) para esta medida fueron altas.
- “Inventario de depresión de Beck” (*Beck Depression Inventory*, BDI-13; Beck, Rial y Richels, 1974), adaptado por Conde y Franch (1984) a población española. Esta versión corta del BDI está formada por 13 ítems con cuatro alternativas de respuesta, en cada ítem la persona debe elegir la afirmación que describe sus sentimientos actualmente. La consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) para el BDI-13 fue de 0,89.

### *Procedimiento*

Desde el Servicio de Asistencia Psicológica de la Universidad Jaume I se informó a la población universitaria de la puesta en marcha de un tratamiento gratuito para el MHP. En la primera sesión se entrevistó a las personas interesadas utilizando la entrevista de admisión con el objetivo de averiguar si cumplían los criterios de inclusión y exclusión establecidos. En la segunda sesión se procedió al establecimiento del diagnóstico mediante la entrevista ADIS-IV. A las personas con un diagnóstico de fobia social y que tenían MHP se les explicó el estudio y se les invitó a participar. Los interesados firmaron el consentimiento informado y realizaron la TD, después de ésta cumplimentaron el SISST. El resto de cuestionarios organizados en un dossier los cumplimentaron los participantes en casa. En la siguiente sesión se entregaron los cuestionarios, se comentaron las posibles dudas al respecto y se comenzó un tratamiento cognitivo-comportamental para el MHP. El proceso se llevó a cabo de forma individual para asegurar el anonimato de los participantes.

### *Análisis de datos*

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo en el que se calcularon, por una parte, la media, la mediana y el rango de ambas subescalas del PRCS-M, y por otra, la media y la desviación típica para cada uno de los ítems del cuestionario. A continuación se calcularon las correlaciones y se halló la consistencia interna mediante el  $\alpha$  de Cronbach. Se revisó la dimensionalidad del instrumento mediante un análisis factorial confirmatorio. Todos los modelos fueron hallados mediante el programa MPlus



(Muthén y Muthén, 1998). Los índices de bondad empleados fueron el estadístico  $\chi^2$ , la raíz cuadrática media de residuales (SRMR), el error de aproximación cuadrático medio (RMSEA), el criterio de información de Akaike (AIC) y el índice de ajuste comparativo (CFI). Señalan un mejor ajuste modelos con menores  $\chi^2$ , SRMR, RMSEA, AIC y mayores CFI (Hu y Bentler, 1999). Indican un ajuste relativamente bueno del modelo valores no significativos de  $\chi^2$ , valores del CFI cercanos a 0,90 o superiores, SRMR menor de 0,08 y un RMSEA menor de 0,10. El  $\chi^2/gf$  constituye un índice menos sensible al tamaño de la muestra, valores por debajo de 2 son indicadores de un muy buen ajuste del modelo, valores por debajo de 3 son indicadores de un buen ajuste y valores por debajo de 5 son considerados como aceptables. Por lo que respecta a la validez concurrente se hallaron las correlaciones de Pearson bivariadas entre el PRCS-M, sus subescalas y medidas de fobia social, ansiedad-rasgo y depresión. Finalmente, se calcularon las puntuaciones diferenciales en el PRCS-M en función del diagnóstico según Heimberg *et al.* (1993), mediante un ANOVA de un factor y se utilizó la prueba HSD Tukey para analizar las diferencias *post-hoc* entre grupos.

## Resultados

### *Análisis descriptivo*

La media obtenida en el PRCS-M para la muestra clínica fue 135,25 ( $DT= 19,48$ ), la mediana fue 138 y el rango de puntuaciones osciló de 73 a 168. Respecto a la subescala formada por los ítems directos la media fue 65,28 (10,84), la mediana fue 66, la puntuación mínima fue 34 y la máxima 82. Para la subescala compuesta por los ítems indirectos la media fue 69,97 (10,51), la mediana fue 71 y el rango fue 39-89.

**Tabla 1**

Puntuaciones diferenciales en el PRCS-M y sus subescalas en función del sexo

Escala	Sexo	M (DT)	F	p<
PRCS-M	Varón	123,61 (22,36)	F (1, 117)= 8,02	0,01
	Mujer	137,33 (18,28)		
PRCS-MS	Varón	58,56 (13,30)	F (1, 117)= 8,69	0,005
	Mujer	66,47 (9,95)		
PRCS-MR	Varón	65,06 (11,00)	F (1, 117)= 4,80	0,05
	Mujer	70,85 (10,23 )		

*Nota:* PRCS-M= Personal Report of Confidence as Speaker-Modified; PRCS-MS= Personal Report of Confidence as Speaker-Modified straightforward subscale; PRCS-MR: Personal Report of Confidence as Speaker-Modified reversed subscale.

**Tabla 2**  
Análisis descriptivo de los ítems

<i>Ítems positivos</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
1. Espero con ilusión una oportunidad para hablar en público	5,03	1,31
4. Los auditorios parecen amables cuando me dirijo a ellos	2,81	1,21
6. Al final de la charla siento que he tenido una experiencia desagradable	4,19	1,53
9. No tengo miedo de estar enfrente del auditorio	5,39	,91
10. Aunque estoy nervioso/a justo antes de ponerme de pie, pronto olvido mis temores y disfruto de la experiencia	5,06	1,12
11. Afronto con completa confianza la perspectiva de dar una charla	4,44	1,40
12. Creo que estoy en completa posesión de mí mismo/a mientras hablo	5,09	1,07
14. Me gusta observar las reacciones del auditorio ante mi charla	3,88	1,66
16. Me siento relajado/a y a gusto mientras hablo	5,05	1,17
17. Aunque no me gusta hablar en público, no le tengo particular temor	4,82	1,41
21. Me gusta preparar una charla	4,46	1,63
22. Mi mente está clara cuando me encuentro delante del auditorio	5,09	1,05
23. Tengo bastante fluidez verbal	5,14	1,19
27. Encuentro ligeramente agradable la perspectiva de hablar en público	4,79	1,35
30. Tengo una sensación de atención vigilante al estar enfrente de un auditorio	1,77	1,07
<i>Ítems negativos</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
2. Me tiemblan las manos cuando trato de coger algo estando en la tarima	4,61	1,44
3. Tengo un miedo constante de olvidar lo que voy a decir	4,78	1,41
5. Mientras preparo la charla, estoy en un constante estado de ansiedad	4,66	1,37
7. Me desagrada utilizar el cuerpo y la voz expresivamente	3,47	1,55
8. Cuando hablo delante de un auditorio, los pensamientos se me confunden y mezclan	4,41	1,29
13. Prefiero tener notas a mano por si olvido mi charla	5,31	1,02
15. Aunque hablo con fluidez con mis amigos, no encuentro palabras para expresarme en la tarima	4,79	1,35
18. Siempre que me es posible, evito hablar en público	4,72	1,62
19. Las caras del auditorio aparecen desdibujadas cuando las miro	2,54	1,69
20. Me siento a disgusto conmigo mismo/a después de intentar dirigir la palabra o dar una charla a un grupo de personas	4,22	1,54
24. Sudo y tiemblo antes de levantarme para hablar	4,74	1,44
25. Mi postura parece forzada y poco natural	4,68	1,33
26. Tengo miedo y estoy tenso/a todo el tiempo que estoy hablando delante de un grupo de gente	5,11	1,11
28. Me resulta difícil buscar con calma en mi cabeza las palabras adecuadas para expresar mis pensamientos	4,89	1,19
29. Me siento aterrorizado/a ante la idea de hablar delante de un grupo de personas	5,30	1,11

Se llevó a cabo un ANOVA en el que la puntuación en el PRCS-M fue la variable dependiente y el sexo el factor, los resultados mostraron diferencias significativas, como se puede observar en la tabla 1 las mujeres obtuvieron una puntuación media mayor en el PRCS-M que los varones. Para ambas subescalas del PRCS se llevaron a cabo los mismos análisis y se obtuvieron resultados parecidos.

En cuanto al análisis descriptivo de los ítems para los enunciados positivos el rango de puntuaciones medias osciló entre 5,39 y 1,77 (ver tabla 2). El ítem que presentó una mayor puntuación media fue el 9: "No tengo miedo de estar enfrente del auditorio" y el que menor puntuación media presentó fue el 30: "Tengo una sensación de atención vigilante al estar enfrente de un auditorio". Respecto a los enunciados negativos el rango de puntuaciones medias osciló entre 5,31 y 2,54, el ítem que mayor puntuación media obtuvo fue el 13: "Prefiero tener notas a mano por si olvido mi charla" y el que menor puntuación media obtuvo fue el 19: "Las caras del auditorio aparecen desdibujadas cuando las miro".

#### *Análisis de ítems y consistencia interna*

Se calcularon las correlaciones de cada ítem con la puntuación total del cuestionario. La correlación más elevada la obtuvo el ítem 12 ("Creo que estoy en completa posesión de mí mismo/a mientras hablo") ( $r= 0,71$ ), el cual corresponde a la subescala de enunciados positivos. La correlación más baja la obtuvo el ítem 13 ("Prefiero tener notas a mano por si olvido mi charla") ( $r= 0,14$ ), el cual corresponde a la subescala de enunciados negativos. El ítem 30 ("Tengo una sensación de atención vigilante al estar enfrente de un auditorio") fue el único que obtuvo una correlación negativa ( $r= -0,27$ ). También se calcularon las correlaciones para de cada ítem con la puntuación de la subescala correspondiente. En la tabla 3 vemos como la subescala de enunciados negativos la correlación más baja la obtuvo el ítem 13 ("Prefiero tener notas a mano por si olvido mi charla") y la más elevada el 26 ("Tengo miedo y estoy tenso/a todo el tiempo que estoy hablando delante de un grupo de gente"). Con respecto a la subescala de enunciados positivos la correlación más baja fue la del ítem 4 ("Los auditorios parecen amables cuando me dirijo a ellos") y las más elevadas las de los ítems 11 ("Afronto con completa confianza la perspectiva de dar una charla") y 22 ("Mi mente está clara cuando me encuentro delante del auditorio").

La consistencia interna para el total de la escala medida mediante el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach fue 0,89. El rango de correlaciones de cada uno de los ítems de la escala con la puntuación de ésta corregida osciló entre -0,33 (ítem 30) y 0,69 (ítem 12).

En cuanto a la subescala compuesta por los enunciados negativos (PRCS-MS) la fiabilidad obtenida fue  $\alpha= 0,78$ . El rango de correlaciones de los ítems con la puntuación del PRCS-MS corregida ( $r_c$ ) osciló entre -0,38 (ítem 30) y 0,60 (ítem 26) (ver tabla 3).

Por lo que respecta a la subescala compuesta por los enunciados positivos (PRCS-MR) la fiabilidad fue  $\alpha= 0,85$ . El rango de correlaciones de cada ítem con la puntuación del PRCS-MR corregida fue de 0,09 (ítem 4) a 0,70 (ítem 12) (ver tabla 3).

**Tabla 3**  
Cargas factoriales de los ítems del PRCS

PRCS-MS	Factor 1	<i>r</i>	<i>rc</i>	PRCS-MR	Factor 2	<i>r</i>	<i>rc</i>
2	0,42	0,33	0,35	1	0,70	0,37	0,66
3	0,48	0,35	0,48	4	0,08	0,13	0,09
5	0,41	0,42	0,40	6	0,51	0,54	0,46
7	0,49	0,42	0,48	9	0,52	0,32	0,49
8	0,57	0,41	0,55	10	0,56	0,35	0,55
13	0,10	0,06	0,11	11	0,70	0,57	0,63
15	0,44	0,37	0,42	12	0,77	0,55	0,70
18	0,46	0,43	0,38	14	0,42	0,30	0,41
19	0,31	0,21	0,30	16	0,51	0,30	0,47
20	0,54	0,36	0,43	17	0,51	0,40	0,50
24	0,61	0,38	0,54	21	0,69	0,44	0,64
25	0,66	0,37	0,59	22	0,73	0,57	0,65
26	0,74	0,56	0,60	23	0,62	0,41	0,54
28	0,57	0,32	0,46	27	0,62	0,37	0,57
29	0,45	0,27	0,29				
30	-0,43	-0,21	-0,38				

Nota: PRCS-MS= Personal Report of Confidence as Speaker-Modified straightforward subscale; PRCS-MR: Personal Report of Confidence as Speaker-Modified reversed subscale; *r*= correlación ítem-total; *rc*= correlación de cada ítem de la escala con la puntuación de ésta corregida

### Análisis factorial confirmatorio

Se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio en el que se sometieron a prueba tres modelos: a) el modelo nulo, el cual asume la máxima independencia entre ítems, b) el modelo de un solo factor basado en los resultados obtenidos en el análisis factorial confirmatorio de Méndez *et al.* (1999), y c) el modelo de dos factores basado en el análisis factorial exploratorio llevado a cabo por Méndez *et al.* (1999) y Méndez *et al.* (2004). Como vemos en la tabla 4 la  $\chi^2$  para los tres modelos no fue significativa, lo cual indica un mal ajuste de los modelos. Respecto a los demás estadísticos de bondad vemos como el modelo bifactorial tiene la  $\chi^2$ , el SRMR, el RMSEA y el AIC menor que el modelo unifactorial y mayor CFI. En ningún modelo el CFI fue mayor a 0,90, el SRMR menor a 0,08 o el RMSEA mayor a 0,10. Respecto al índice  $\chi^2/gf$  fue menor de 2 en el modelo bifactorial lo cual indica un muy buen ajuste del modelo, el modelo unifactorial también indican un buen ajuste ya que es menor de 3.

**Tabla 4**  
Análisis factorial confirmatorio

Modelo	$\chi^2$	gl	prob.	$\chi^2$ /gl	SRMR	RMSEA	AIC	CFI
Nulo (MO)	1684,97	435	0,000	3,87	0,267	0,157	11839,86	0,000
Un factor (M1)	865,73	405	0,000	2,14	0,092	0,099	11080,62	0,631
Dos factores	797,94	404	0,000	1,98	0,089	0,091	11014,83	0,685

*Nota:* SRMR= raíz cuadrática media de residuales; RMSEA= error de aproximación cuadrático medio; AIC= criterio de información de Akaike; CFI= índice de ajuste comparativo.

En la tabla 3 se muestra la estructura factorial del modelo bifactorial formada por un factor llamado ítems directos o enunciados negativos (PRCS-MS) y el otro llamado ítems inversos o enunciados positivos (PRCS-MR). La saturación de cada ítem con el factor correspondiente fue mayor a 0,35 para todos los ítems a excepción de los ítems 4, 13 y 19. También es importante destacar que el ítem 30 obtuvo una carga factorial negativa.

#### *Correlaciones con otras medidas*

Como podemos ver en la tabla 5, el PRCS-M y sus subescalas correlacionaron de forma significativa ( $p < 0,05$ ) con medidas de fobia social, ansiedad-rasgo y depresión. Atendiendo a los criterios establecidos por Cohen (1988) relativos a los tamaños del efecto, la correlación obtenida entre el PRCS-M y medidas como el CMHP, el SSPS-N y el SISST-N fue elevada y positiva, y la hallada entre el PRCS-M y el SSPS-P fue elevada y negativa. Por otra parte, el PRCS-M correlacionó moderada y positivamente con el grado de ansiedad y evitación ante la TD, el SAD, el BFNE y con la medida de ansiedad-rasgo (STAI-R). Otras medidas como el CAIP, la ejecución en la TD y el SISST-P correlacionaron moderada y positivamente con el PRCS-M. La única medida con una correlación baja y positiva fue el BDI.

Tanto la subescala PRCS-MS como la PRCS-MR obtuvieron una correlación elevada y positiva con el CMHP. El PRCS-MS obtuvo una correlación moderada y negativa con el SSPS-P y el PRCS-MR obtuvo una correlación elevada y negativa con el SSPS-P. El PRCS-MS obtuvo una correlación moderada y positiva con el SSPS-N, en cambio el PRCS-MR obtuvo una correlación elevada y positiva con el SSPS-N. La correlación de ambas escalas del PRCS-M con el grado de ansiedad y evitación en la TD, el SSIST-N, el SAD, el BFNE y el STAI-R fue moderada y positiva. Ambas subescalas del PRCS-M obtuvieron una correlación moderada y negativa con el CAIP y la ejecución en la TD, y una correlación baja y positiva con el BDI. Con respecto al SISST-P obtuvo una correlación negativa con ambas subescalas del PRCS-M, aunque obtuvo una correlación moderada con el PRCS-MS y baja con el PRCS-MR.

En la tabla 5 también se pueden observar los valores del  $R^2$  que nos informan de la varianza explicada.

**Tabla 5**  
Coeficiente de correlación de Pearson y  $R^2$  entre el PRCS-M y otras medidas relevantes

Medidas	$R$	$R^2$	$R$	$R^2$	$R$	$R^2$
	PRCS-MS	PRCS-MS	PRCS-MR	PRCS-MR	PRCS-M	PRCS-M
CMHP	0,60**	0,36	0,91**	0,83	0,80**	0,64
SSPS-P	-0,53**	0,22	-0,37**	0,14	-0,50**	0,25
SSPS-N	0,47**	0,28	0,51**	0,26	0,55**	0,30
CAIP	-0,34*	0,12	-0,44**	0,19	-0,46**	0,21
Ansiedad ante la TD	0,45**	0,20	0,33*	0,11	0,40**	0,16
Evitación ante la TD	0,36**	0,13	0,36**	0,13	0,40**	0,16
Ejecución en la TD	-0,41**	0,17	-0,42**	0,18	-0,45**	0,20
SISST-P	-0,45**	0,20	-0,28**	0,08	-0,40**	0,16
SISST-N	0,45**	0,20	0,49**	0,24	0,51**	0,26
SAD	0,36**	0,13	0,44**	0,19	0,31*	0,10
BFNE	0,34**	0,12	0,30*	0,09	0,35**	0,12
STAI-R	0,37**	0,14	0,39**	0,15	0,42**	0,18
BDI	0,23*	0,05	0,24*	0,06	0,26*	0,07

Nota: CMHP= Cuestionario de miedo a hablar en público; SSPS-P; *Self-Statements During Public Speaking – Positive scale*; SSPS-N= *Self-Statements During Public Speaking – Negative scale*; CAIP= Cuestionario de autoeficacia al intervenir en público; TD= Tarea del discurso; SISST-P= *Social Interaction and Self-Statement Test – Positive self-statements*; SISST-N= *Social Interaction and Self-Statement Test – Negative self-statements*; SAD= *Social Avoidance and Distress Scale*; BFNE= *Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale*; STAI-R= *State-Trait Anxiety Inventory*; BDI= *Beck Depression Inventory*; \*\* $p < 0,001$ ; \* $p < 0,05$ .

#### *Puntuaciones diferenciales en el PRCS-M en función de la clasificación diagnóstica de Heimberg et al. (1993)*

Se realizó un ANOVA con el propósito de comprobar si existían diferencias significativas en la puntuación del PRCS-M, en función del diagnóstico según la clasificación de Heimberg *et al.* (1993). Los resultados mostraron diferencias significativas entre los tres subtipos de fobia social,  $F(2, 115) = 7,72, p < 0,005$ . El análisis *post-hoc* (HSD Tukey) reveló diferencias significativas entre el grupo con un diagnóstico de fobia social específica ( $M = 127,81; N = 54$ ) y el de fobia social no generalizada ( $M = 141,07; N = 42$ ),  $p < 0,005$ ; el tamaño del efecto obtenido fue medio ( $d = 0,71$ ). Asimismo, se observaron diferencias significativas entre el grupo de fobia social específica y el de fobia social generalizada ( $M = 141,45; N = 22$ ),  $p < 0,05$ ; el tamaño del efecto obtenido también fue medio ( $d = 0,74$ ). Respecto a la comparación entre el grupo de fobia social no generalizada y fobia social generalizada no se observaron diferencias significativas a un nivel  $p < 0,05$ ; el tamaño del efecto en este caso fue muy pequeño ( $d = 0,02$ ).

## Discusión

El objetivo principal de este estudio fue averiguar las propiedades psicométricas del PRCS-M en población clínica española. Respecto a la consistencia interna se ha cumplido la hipótesis de partida del presente trabajo. Los datos obtenidos confirman una consistencia interna alta ( $\alpha = 0,89$ ), de modo que los ítems de la escala han mostrado estar altamente relacionados, al igual que en el estudio realizado por Bados (1986) en población española universitaria ( $\alpha = 0,91$ ) y Méndez *et al.* (1999) en población española adolescente ( $\alpha = 0,91$ ). La consistencia interna de ambas subescalas del PRCS-M también ha sido elevada (PRCS-MS  $\alpha = 0,78$ ; PRCS-MR  $\alpha = 0,85$ ), Méndez *et al.* (2004) en el PRCS-12 obtuvieron alfas de Cronbach altos tanto para la subescala de ítems negativos ( $\alpha = 0,82$ ), a la que ellos llaman *Miedo a hablar en público*, como la de ítems positivos ( $\alpha = 0,84$ ), a la que llaman *Seguridad/Disfrute al hablar en público*.

En cuanto al análisis descriptivo de la escala se ha visto como las mujeres con un diagnóstico de fobia social presentaban significativamente un mayor MHP que los varones. Resultados parecidos los obtuvo Bados (1986) en población universitaria y Méndez *et al.* (2004) en adolescentes, aunque Méndez *et al.* (1999) no encontraron diferencias significativas en función del sexo. Del análisis descriptivo de los ítems se desprende que las personas con un diagnóstico de fobia social tienen miedo a estar enfrente de un auditorio y prefieren tener notas a mano por si olvidan la charla. Además, tienen la sensación de atención vigilante (respuesta de ansiedad) al estar enfrente de un auditorio y no ven las caras desdibujadas cuando las miran.

Mediante un análisis confirmatorio se comprobó el ajuste del modelo unifactorial hallado por Méndez *et al.* (1999) en su análisis factorial confirmatorio, y el modelo bifactorial propuesto por el análisis factorial exploratorio de ese mismo trabajo y por el estudio de Méndez *et al.* (2004) en el PRCS-12. Los estadísticos de bondad de ajuste que se obtuvieron para ambos modelos fueron muy parecidos, aunque el modelo bifactorial mostró un mejor ajuste. Por lo tanto, en contra de nuestras expectativas, parece que el modelo que mejor se ajusta a los datos está formado por dos factores, al igual que encontraron Méndez *et al.* (2004) en la versión breve de este instrumento en una muestra de adolescentes, y Méndez *et al.* (1999) en el análisis factorial exploratorio que llevaron a cabo también en población adolescente. Sin embargo, en este mismo trabajo el análisis factorial confirmatorio mostró como el modelo unifactorial se ajustaba mejor a los datos. En un estudio reciente, Hook *et al.* (2008) encontraron que el PRCS está formado por dos factores basados en la metodología de corrección del test más que en la existencia de dos dimensiones diferentes como apoyan Méndez *et al.* (2004). Hook *et al.* (2008) construyeron una versión corta del PRCS compuesta por doce ítems de la subescala de enunciados negativos. Nosotros creemos sería interesante ver tanto en el PRCS-M como en el PRCS-12, si seguirían siendo bifactoriales al redactar todos los ítems en una misma dirección. El BFNE (Leary, 1983) también está compuesto por dos factores, uno formado por ítems directos y el otro por ítems inversos, Cartelon, McCreary, Norton y Asmundson (2006) realizaron una versión llamada BFNE-II en la que todos los ítems estaban redactados en modo directo. Estos autores recomiendan el uso del BFNE-II en lugar del BFNE original.

En cuanto a la saturación de los ítems con los factores a que corresponden es 0,35 o mayor en casi todos los ítems, a excepción de los ítems 4 y 13 en el factor 1, y el 19 en el factor 2; estos resultados indicarían la conveniencia de eliminarlos, sin embargo, en el estudio de Méndez *et al.* (1999) estos ítems obtuvieron saturaciones mayores de 0,35, por eso sería necesario llevar a cabo más estudios para confirmar estos resultados. El ítem 30 obtuvo una saturación negativa en el factor 1, y una correlación ítem-total e ítem-puntuación total corregida negativas. Este ítem pertenecía originalmente al grupo de enunciados positivos, pero se comporta como si perteneciera al de enunciados negativos. Méndez *et al.* también señalaron que el ítem 30 era el único con una saturación factorial negativa. Estos autores destacan que el término original "alertness" es ambiguo y la traducción al español que se realizó "atención vigilante" también es un término ambiguo que puede significar respuesta de atención o respuesta de ansiedad. Tanto los sujetos de nuestra muestra como los de Méndez *et al.* entendieron "atención vigilante" como una respuesta de ansiedad, pero ésta no es la traducción que corresponde a la versión inglesa. La reformulación del ítem 30 que proponemos es "Tengo sensación de viveza al estar enfrente de un auditorio"<sup>1</sup>.

El PRCS-M ha mostrado tener una buena validez concurrente. Tal como preveíamos en la introducción, esta medida ha mostrado estar relacionada con medidas de fobia social, de ansiedad rasgo y de depresión. El CMHP evalúa la aprehensión a hablar en público al igual que el PRCS-M, por esta razón la correlación entre ambas medidas ha sido elevada; resultados parecidos obtuvieron Méndez *et al.* (2004). Las escalas que miden la frecuencia en la que una persona tiene autoverbalizaciones positivas y negativas al hablar en público (SSPS y SISST) han mostrado estar relacionadas con el MHP, aunque las subescalas que miden los pensamientos positivos están inversamente relacionados con el MHP (Gallego *et al.*, 2008). También hemos visto que el grado de miedo y evitación ante una tarea de dirigirse a una audiencia están relacionados con la puntuación del PRCS-M, y la ejecución en dicha tarea obtuvo una correlación negativa con el PRCS-M. La autoeficacia al hablar en público ha mostrado estar inversamente relacionada con el PRCS-M. Medidas más generales de ansiedad social como el BFNE y el SAD también han mostrado estar relacionados con el MHP, aunque en menor medida. En general, las correlaciones más altas se han obtenido con medidas de MHP, seguidas de las correlaciones obtenidas con otras medidas de ansiedad social lo cual demuestra la validez convergente del instrumento (Gallego *et al.*, 2006; Hook *et al.*, 2008; Méndez *et al.*, 2004). Respecto a la validez divergente, vemos que la correlación obtenida con el BDI es baja, esto demuestra que están midiendo diferentes atributos.

Por otro lado, los resultados obtenidos indicaron la existencia de diferencias significativas en la puntuación del PRCS-M en función de los subtipos de fobia social (Heimberg *et al.*, 1993), siendo las personas con fobia social específica las que obtuvieron puntuaciones significativamente menores que las personas con fobia social no generalizada ( $d= 0,71$ ) y generalizada ( $d= 0,71$ ). Gallego *et al.* (2007)

---

1 Esta reformulación fue propuesta por un revisor anónimo.



observaron un continuo en la puntuación del BFNE en función de los subtipos de fobia social y en el presente estudio también se observa este continuo en la puntuación del PRCS-M. Esto avala la validez discriminante del PRCS-M.

Nuestros resultados van en la misma línea que los obtenidos por Hook *et al.* (2008) en población americana adulta y Méndez *et al.* (2004) en población española adolescente: el PRCS-M ha demostrado ser un instrumento válido y fiable para medir el MHP en población clínica española.

Nos gustaría señalar que este trabajo presenta algunas limitaciones, ya que la mayoría de los sujetos son universitarios y hay un mayor número de mujeres, por lo que sería conveniente realizar una validación del cuestionario con muestras más representativas de la población clínica. También creemos que sería necesaria la realización de estudios de validación del PRCS-M reformulando todos los ítems en sentido directo, para averiguar si los dos factores obtenidos son producto de la metodología de corrección del test (Hook *et al.*, 2008) o son dimensiones diferentes (Méndez *et al.*, 2004).

## Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4ª ed, texto revisado). Washington, DC: Autor.
- Bados, A. (1986). *Análisis de componentes de un tratamiento cognitivo-somático-conductual del miedo a hablar en público*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Barcelona, España.
- Beck, A. T., Rial, W. Y. y Richels, K. (1974). Short form of Depression Inventory (Cross-validation). *Psychological Reports*, 34, 1184-1186.
- Beidel, D. C., Turner, S.M., Jacob, R.G. y Cooley, M.R. (1989). Assessment of social phobia: reliability of an impromptu speech task. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 149-158.
- Botella, C. (1988). *Entrevista de admisión para los pacientes que solicitan ayuda psicológica*. Manuscrito no publicado. Universidad Jaume I, Castellón, España.
- Botella, C., Gallego, M. J., García-Palacios, A., Guillén, V., Baños, R. M., Quero, S. y Alcañiz, M. (2008). *An internet-based self-help treatment for fear of public speaking: a controlled trial*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Bowers, J. W., Bush, S., Conway, J. y Darrow, W. (1986). Classroom communication apprehension: survey. *Communication Education*, 35, 372-378.
- Brown, T. A., DiNardo, P. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV (ADS-IV). Adult and lifetime version. Clinician manual*. Psychological Corporation: San Antonio.
- Carleton, R. N., McCreary, D. R., Norton, P. J. y Asmundson, G. J. G. (2006). Brief Fear of Negative Evaluation Scale-Revised. *Depression & Anxiety*, 23, 297-303.
- Cohen, J. (1988). Set correlation and contingency tables. *Applied Psychological Measurement*, 12, 425-434.
- Conde, V. y Franch, J. I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Laboratorios Upjohn.

- Cho, Y., Smits, J. A. J. y Telch, M. J. (2004). The Speech Anxiety Thoughts Inventory: scale development and preliminary psychometric data. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 13-25.
- Cho, Y. y Won, H. (1997). Cognitive assessment of social anxiety: a study on the development and validation of the social interaction self-efficacy scale. *Issues in Psychological Research*, *4*, 397-434.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, A., Scarpato, A., Vigliaturo, A., Rosi, S., D'adamo, D., Bartolozzi, D., Cecchi, C. y Abrardi, L. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psychiatry*, *15*, 17-24.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *105*, 84-93.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P.O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O. y Fredrikson, M. (1999). Social Phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *34*, 416-424.
- Gallego, M. J., Botella, C., García-Palacios, A., Quero, S. y Baños, R. M. (2008). *La escala de autoverbalizaciones durante la situación de hablar en público (SSPS): validación en una muestra clínica española*. Manuscrito no publicado, Universitat Jaume I, Castellón, España.
- Gallego, M. J., Botella, C., Quero, S., Baños, R. M. y García-Palacios, A. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala de miedo a la evaluación negativa versión breve (BFNE) en muestra clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *12*, 163-176.
- Gilkinson, H. (1942). Social fears as reported by students in collage speech classes. *Speech Monography*, *9*, 141-160.
- Glass, C. R., Merluzzi, T. V., Biever, J. L. y Larsen, K. H. (1982). Cognitive assessment of social phobia: development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, *6*, 37-55.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L. y Liebowitz, M. R. (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, *7*, 249-269.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. y Schneider, F. R. (1995). *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Hofmann, S. G. y DiBartolo, P. M. (2000). An Instrument to assess self-statements during public speaking: scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior Therapy*, *31*, 499-515.
- Hook, J. N., Clifford, A. y Valentiner, D. V. (2008). A short-form of the Personal Report of Confidence as a Speaker. *Personality and Individual Differences*, *44*, 1306-1313.
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*, 1-55.
- Inglés, C. J., Méndez, F. X. e Hidalgo, M. D. (2000). Cuestionario de Evaluación de dificultades interpersonales en la adolescencia. *Psicothema*, *12*, 390-398.
- Kessler, R. C., Stein, M. B. y Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 613-619.
- Klorman, R., Weerts, T. C., Hastings, J. E., Melamed, B. G. y Lang, P. J. (1974). Psychometric description of some specific-fear questionnaires. *Behavior Therapy*, *5*, 401-409.
- Lamb, D. H. (1972). *The Speech Anxiety Inventory: preliminary test. Manual for form X*. Normal, IL: Illinois State University.
- Leary, M. R. (1983a). Social Anxiousness: the Construct and its Measurement. *Journal of Personality Assessment*, *47*, 1, 66-75.
- Leary, M. R. (1983b). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *9*, 371-375.

- Lombardo, T. W. (1988). Personal Report of Confidence as a Speaker. En M. Hersen y A. S. Bellack (dirs.), *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp. 347-348). Nueva York: Pergamon.
- McMacroskey, J. C. (1978). Validity of the PRCA as an index of oral communication apprehension. *Communication Monographs*, 45, 192-203.
- McCroskey, J. M., Gudykunst, W. B. y Nishida, T. (1985). Communication apprehension among Japanese students in native and second language. *Communication research reports*, 2, 11-15.
- Méndez, F. J., Inglés, C. J. e Hidalgo, M. D. (1999). Propiedades psicométricas del Cuestionario de confianza para hablar en público: estudio con una muestra de alumnos de enseñanzas medias. *Psicothema*, 1, 65-74.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J. e Hidalgo, M. D. (2004). La versión española abreviada del "Cuestionario de confianza para hablar en público" (Personal Report of Confidence as Speaker): fiabilidad y validez en población adolescente. *Psicología Conductual*, 12, 25-42.
- Montorio, I., Guerrero, M. e Izal, M. (1991). *Estudio sobre las dificultades para hablar en público de estudiantes universitarios*. Manuscrito no publicado, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Muthén, L. K. y Muthén, B. O. (1998). *Mplus User's Guide*. Los Angeles, CA: Muthén y Muthén.
- Paul, G. L. (1966). *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Standford, CA: Standford University Press.
- Pollard, C. A. y Henderson, J. F. (1988). Four types of social phobia in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 440-445.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B. y Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 15-28.
- Sanz, P. (1994). The Spanish version of the Interaction Anxiousness Scale: psychometric properties and relationship with depression and cognitive factors. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 129-135.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. (1988). Manual del Inventario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA (orig. 1983).
- Stein, M. B., Walter, 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.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1992). Social phobia: a comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.

