Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata

Repositorio RPsico **http://rpsico.mdp.edu.ar**

Trabajos de Tesis Tesis de Grado

2016-04-04

Estudio bibliográfico sobre la ansiedad ante los exámenes y las heramientas para su abordaje

Juárez, Natalia

http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/461

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO BIBLIOGRÁFICO SOBRE LA ANSIEDAD ANTE LOS EXÁMENES Y LAS HERRAMIENTAS PARA SU ABORDAJE

Juárez, Natalia

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Informe final del trabajo de investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89

TÍTULO:

Estudio Bibliográfico sobre la Ansiedad ante los Exámenes y las Herramientas para su Abordaje

ALUMNA:

Juárez, Natalia. Mat. Nº 7008/05. DNI Nº 32.791.806

SUPERVISOR:

Dr. Sebastian Urquijo

CO-SUPERVISOR:

Lic. Luis Heredia

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:

CIMEPB - Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación.

EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO EN MAYOR DESARROLLO**:** Perfiles Psicológicos y Académicos de Estudiantes Universitarios. Aprendizaje, Personalidad, Cognición, Salud Mental y Bienestar Psicológico.

FECHA DE PRESENTACIÓN:

2015

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna Juárez Natalia, mat. Nº 7008/05, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de la autora”.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Proyecto de Investigación de Pregrado

ALUMNA:

Juárez, Natalia. Mat. Nº 7008/05. DNI Nº 32.791.806

SUPERVISOR:

Dr. Sebastian Urquijo

CO-SUPERVISOR:

Lic. Luis Heredia

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:

CIMEPB - Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación.

EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO EN MAYOR DESARROLLO**:** Perfiles Psicológicos y Académicos de Estudiantes Universitarios. Aprendizaje, Personalidad, Cognición, Salud Mental y Bienestar Psicológico.

FECHA DE PRESENTACIÓN:

2014

PLAN DE TRABAJO

- Título del Proyecto.

Estudio Bibliográfico sobre la Ansiedad ante los Exámenes y las Herramientas para su Abordaje

- Descripción Resumida.

El objetivo de dicho trabajo de investigación es relevar información de carácter científico sobre la ansiedad ante los exámenes, llevando a cabo la consiguiente conceptualización y caracterización de la misma. Para ello se realizará un estudio exploratorio de la bibliografía sobre el tema en cuestión, indagando las teorizaciones existentes sobre la ansiedad ante los exámenes.

Asimismo, se analizarán las técnicas disponibles para el abordaje de dicha problemática. En base a lo expuesto, se tendrán en cuenta las consecuencias que la ansiedad ante los exámenes acarrea en la vida diaria de las personas que la padecen y las limitaciones que tienen lugar.

De esta manera, se comenzará definiendo el termino ansiedad como fenómeno normal y habitual de la vida psíquica de todo individuo, diferenciando su función adaptativa, como cuando se convierte en un trastorno incapacitante, traspasando ciertos límites e interfiriendo en la vida cotidiana de las personas.

A continuación, se realizará una conceptualización de la ansiedad ante los exámenes, entendiéndola como un rasgo especifico-situacional, que

suscita en los sujetos que la padecen síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales de ansiedad, cuando se ven sometidos a evaluaciones de su rendimiento.

Finalmente se realizará una descripción de aquellas técnicas de intervención que se utilizan, como así las consideradas eficaces para el abordaje de dicha problemática.

- *Palabras claves*

Ansiedad. Ansiedad ante exámenes. Teorías. Técnicas de abordaje.

- *Descripción detallada:*

- Motivos y Antecedentes

La ansiedad frente a los exámenes puede definirse como un rasgo especifico-situacional, caracterizado por la predisposición a responder con elevados niveles de ansiedad en contextos en las que las aptitudes y conocimientos adquiridos del individuo están siendo evaluados, experimentando síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales de ansiedad (Spielberger, 1980).

El aspecto central en la ansiedad ante los exámenes es la anticipación del fracaso con la consiguiente preocupación por el posible mal desempeño en la tarea y sus consecuencias aversivas para el autoestima, la valoración social negativa o la pérdida de algún beneficio esperado (Gutiérrez Calvo, 1996; Gutiérrez Calvo, Avero y Jiménez Sosa, 1997; Hembree, 1988).

Las tendencias recientes conciben a la ansiedad ante los exámenes como una variable con múltiples dimensiones: preocupación, emocionalidad, interferencia y falta de confianza y, a la vez, afirman que los alumnos desarrollan estrategias de afrontamiento diferenciales para cada una de ellas en las etapas de preparación y al momento de rendir los exámenes (Stöber y Pekrun, 2004, Keith, Hoddap, Schermelleh-Engel y Moosburguer, 2003).

Numerosas investigaciones han demostrado que es el componente cognitivo de la ansiedad ante los exámenes el que mayor incidencia tiene sobre el desempeño académico de los individuos. De esta manera, las preocupaciones constantes y los pensamientos negativos e irrelevantes, interfieren con la atención y la concentración, impidiendo de esta forma que se sigan debidamente las instrucciones, mal interpretando las preguntas o problemas que plantea el examen. Asimismo, esto genera como consecuencia efectos negativos sobre el rendimiento académico.

Siguiendo con este razonamiento, se llegó a la conclusión, a partir de varias investigaciones, de que un examen comprende los elementos de los principales estresores ambientales: preparación para impedir la amenaza o el evento, confrontación con el estresor, incertidumbre acerca de los resultados, y afrontamiento ante las consecuencias (Carver y Scheier, 1995; Folkman y Lazarus, 1985).

En consecuencia, se puede concluir que la elevada ansiedad presente ante los exámenes puede deberse tanto a la interferencia de pensamientos aversivos en la recuperación de la información, como a una

adquisición inadecuada del material relevante por déficit en las habilidades de estudio, o una combinación de ambos factores (Furlan, Sánchez Rosas, Heredia, Piemontesi & Illbele, 2009). El resultado de esto, es una clara disminución en el rendimiento académico.

Si bien actualmente la ansiedad ante los exámenes no es considerada como un trastorno especificado dentro de los manuales de salud mental, las limitaciones que acarrea en aquellos individuos que la padecen, son de interés psicológico (imposibilidad de rendir exámenes, deserción universitaria, fracaso). (Piemontesi y Heredia, 2009; Bausela Herreras, 2005).

De este modo, el objetivo de dicho trabajo de investigación consiste en dilucidar qué se entiende por ansiedad ante los exámenes, cómo la conceptualizan las diferentes teorías y manuales de salud mental, como también describir cuáles son las técnicas de intervención que desde dichos modelos teóricos se proponen para abordarla.

- Objetivos

* Indagar y exponer las conceptualizaciones sobre la ansiedad como respuesta psicobiológica adaptativa.

* Indagar y exponer las conceptualizaciones sobre la ansiedad ante los exámenes, a partir del relevamiento y análisis sistemático de información científica.

* Describir las herramientas psicológicas que se emplean para el

abordaje de dicha problemática.

- Metodología

Los métodos se centran, básicamente en relevamiento, recopilación, análisis y organización de bibliografía científica.

- Cronograma de actividades

1. Búsqueda bibliográfica y virtual.

2. Relevamiento de la información obtenida.

3. Confección de informes parciales y presentación al supervisor y co-supervisor.

4. Análisis de la información obtenida.

5. Conclusiones.

	I	II	III	IV	V	VI	VI	VIII	IX	X	XI	XII
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												

- Referencias Bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a. ed.)*. Barcelona: Masson.

Ayora, A. (1993). Ansiedad en situaciones de Evaluación o Examen en estudiantes secundarios de la ciudad de Loja (Ecuador). *Revista Latinoamericana de Psicología. 25 (3),* 425-431.

Baringoltz, S. y Levy, R. (2012). *Terapia Cognitiva: del dicho al hecho.* Buenos Aires: Polemos.

Bausela Herreras, E. (2005). Ansiedad ante los Exámenes: Evaluación e Intervención Psicopedagógica. *Revista Educere. 9 (31)*, 553-558.

Bilbao Maya, A. (2010). *Gestalt para la ansiedad*. México: Alfaomega.

Cía, A., Carnelli, L. M. y Casas, F. (1994). *Ansiedad en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Productos Roche S. A. Q. e I.

Cia, A. (2002). *La Ansiedad y sus Trastornos. Manual Diagnóstico y Terapéutico.* Buenos Aires: Polemos.

Furlan, L. A., Sánchez Rosas, J., Heredia, D., Piemontesi, S. y Illbele, A. (2009). Estrategias de aprendizaje y ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico. 5 (12)*, 117-124.

Furlan, L. (2006). Ansiedad ante los exámenes. ¿Qué se evalúa y cómo?. *Revista Evaluar. 6*, 32-51.

Gomar, M., Mandil, J. y Bunge, E. (2010). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.

Heredia, D., Piemontesi, S., Furlan, L. y Volker, H. (2008). Adaptación del Inventario Alemán de Ansiedad frente a los Exámenes: GTAI-A. *Revista Evaluar*. *8*, 46 - 60.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Labor.

Mandil, J. (2009). Escaleras y Globitos: Abordaje Cognitivo de los Trastornos de Ansiedad en Niños*. Actualidad Psicológica. 377.*

Montaña, L. A. (2011). *Ansiedad en situación de Examen y Estrategias de Afrontamiento en alumnos universitarios de 1º y 5º año.* Tesis de pregrado. Facultad de Psicología y Relaciones Humanas, Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina.

Morales, G., Gallego, L. M., Mestre, M. y Sancho, C. (2002). *Manejo de la Ansiedad ante la Evaluación.* 3° Congreso Virtual de Psiquiatría Interpisquis. Recuperado el 12 de septiembre de 2013, desde http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2002

Piemontesi, S., Heredia, D., Furlan, L., Sánchez-Rosas, J. y Martínez, M.

(2012). Ansiedad ante los exámenes y estilos de afrontamiento ante el estrés académico en estudiantes universitarios. *Anales de Psicología. 28 (1),* 89-96.

Piemontesi, S. y Heredia, D. (2009). Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición. *Anales de Psicología. 25 (1),* 102-111.

Rodríguez Biglieri, R. y Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los Trastornos de Ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.

Rosário, P., Núñez, J. C., Salgado, A., González-Pienda, J. A., Valle, A., Joly, C. y Bernardo, A. (2008). Ansiedad ante los exámenes: relación con variables personales y familiares. *Psicothema. 20 (4),* 563-570.

Rubio Valladolid, G. (2002). *El tratamiento de los Trastornos de Ansiedad a lo largo de la historia*. Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2002. Recuperado el 12 de septiembre de 2013, desde http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias/34_ci_e.htm.

Serrano Pintado, I. y Delgado Sánchez-Mateos, J. (1991). Estrategias de afrontamiento y ansiedad ante los exámenes. *Revista de Psicología General y Aplicada. 44 (4),* 447-456.

Valero Aguayo, L. (1999). Evaluación de ansiedad ante exámenes: Datos de aplicación y fiabilidad de un cuestionario CAEX. *Anales de Psicología. 15 (2),* 223-231.

INDICE GENERAL

Introducción……..……..……Pág. 2

Ansiedad

- Conceptualización de la Ansiedad……..……Pág. 5
- Teorizaciones sobre la Ansiedad…….……Pág. 16

Conceptualización de la Ansiedad ante los Exámenes…….Pág. 34

Herramientas para el abordaje de la Ansiedad ante los exámenes

- Psicoterapia Congnitivo-Conductual..……Pág. 45
- Farmacoterapia……..……Pág. 52
- Terapia Psicoanalítica…….…..….Pág. 58
- Psicoterapia Humanista…….……Pág. 61
- Psicoterapia Sistémica……..……..Pág. 67

Estudios de Eficacia sobre Ansiedad ante los Exámenes…….Pág. 73

Conclusiones……...Pág. 81

Referencias Bibliográficas……..…Pág. 87

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación consiste en un estudio bibliográfico sobre la ansiedad ante los exámenes y las herramientas para su abordaje, y forma parte de un proyecto mayor en desarrollo referente a los perfiles psicológicos y académicos de estudiantes universitarios, analizando las variables del aprendizaje, la personalidad, la cognición, la salud mental y el bienestar psicológico.

El objetivo del trabajo es relevar información de carácter científico sobre la ansiedad ante los exámenes, llevando a cabo la consiguiente conceptualización y caracterización de la misma, mediante un estudio exploratorio de la bibliografía sobre el tema en cuestión, indagando las teorizaciones existentes sobre la ansiedad ante los exámenes y las correspondientes técnicas disponibles para su abordaje.

Se comenzará definiendo el termino ansiedad como fenómeno normal y habitual de la vida psíquica de todo individuo, diferenciando su función adaptativa, como así, cuando se convierte en un trastorno incapacitante, atravesando ciertos límites e interfiriendo en la vida cotidiana de las personas.

A continuación, se realizará una conceptualización de la ansiedad ante los exámenes, entendiéndola como un rasgo especifico-situacional, que suscita en los sujetos que la padecen, síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales, cuando se ven sometidos a evaluaciones de su rendimiento.

Finalmente se realizará una descripción de aquellas técnicas de intervención que se utilizan, discriminando las consideradas eficaces para el

abordaje de dicha problemática.

ANSIEDAD

Conceptualización de la Ansiedad

La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas* y refiere a sentimientos de acongoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego, frente a aquello que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida.

La ansiedad es un fenómeno normal y habitual de la vida psíquica de todo individuo, cuyo rango oscila desde una perspectiva adaptativa a un trastorno incapacitante, que puede ser definida como una reacción emocional consistente en una activación del sistema nervioso autónomo, que se acompaña de una sensación subjetiva de malestar caracterizada por preocupación, nerviosismo y aprehensión. De esta manera, la misma ha sido considerada como un bien filogenético, como un estado ontogenético de excitación y tensión, el cual aparece tempranamente en el desarrollo (Montaña, 2011). A partir de esta herencia filogenética, es el sistema de alarma (arousal), al servicio de la adaptación, el que permite al animal anticipar peligros, detectar amenazas y activar el consiguiente afrontamiento, escapatoria o evitación. Por lo expuesto, la ansiedad es necesaria para la supervivencia del organismo, ya que le permite prepararse y reaccionar con eficacia ante una situación amenazante.

En el ser humano los peligros no son solamente externos, pueden estar localizados en el individuo, en su cuerpo o autogenerados por su propia mente. Asimismo, en la ansiedad existe una relación particular entre

el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar.

La ansiedad es un sistema de respuesta complejo, cognitivo, afectivo, fisiológico y conductual, que se activa cuando se cree o se anticipa que ciertos eventos o circunstancias son altamente aversivos porque son percibidos como impredecibles e incontrolables, y se los considera como potencialmente amenazantes para los intereses vitales del individuo (Clark & Beck, 2010; Rodríguez Biglieri y Vetere, 2011).

De esta manera, se comprende que la ansiedad es una respuesta normal y necesaria por estar ligada al instinto de conservación de la especie. Sin embargo, puede transformarse en una respuesta patológica cuando se presenta de modo desproporcionado e innecesario, interfiriendo negativamente en la vida laboral, social y familiar (Cía, 2002).

Por consiguiente, la ansiedad normal comprende una emoción psicobiológica básica y adaptativa. Su función es la de motivar conductas apropiadas que ayuden a superar situaciones que connotan desafío o peligro, ya sea presente o futuro. La duración de este tipo de ansiedad se relaciona directamente con la magnitud y la resolución del problema desencadenante y con los recursos con los que cuente el sujeto para afrontarlo. La ansiedad es un estado identificado de activación cerebral que, a su vez, produce una vivencia psíquica. De esta manera, la ansiedad normal es reactiva, breve, motivadora, no genera sufrimiento ni desajuste en el ser humano.

Por el contrario, la ansiedad patológica se trata de una respuesta

exagerada, no necesariamente ligada a un peligro, situación y objeto externo, su presencia es de carácter aleatorio y, aun así puede resultar incapacitante para el individuo, al punto de condicionar la conducta del mismo limitando distintas esferas de su vida (Cía, 1994). La ansiedad patológica es autónoma, prolongada, paralizante, genera sufrimiento y desajuste en el ser humano.

Se puede concluir afirmando que la diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica es que ésta última se funda en valoraciones irreales de la amenaza. Para el sujeto, el mundo se torna un lugar inseguro y peligroso, apareciendo la necesidad excesiva de control por miedo a la catástrofe y sus consecuencias. Cuando la ansiedad es leve produce una sensación de inquietud, intranquilidad y desasosiego. Por el contrario, cuando es muy severa puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

Una vez identificada la amenaza, se desencadenan cuatro tipos de manifestaciones involucradas en la respuesta de ansiedad, observándose cambios en las cogniciones, el estado fisiológico, el comportamiento y las emociones.

Por un lado tenemos a la respuesta fisiológica, en donde se producen una serie de alteraciones en la intensidad de las respuestas del sistema nervioso autónomo, acompañadas de un incremento en la tensión muscular (sistema nervioso somático). A su vez, estas modificaciones pueden llegar a generar trastornos en los órganos inervados por estos

sistemas, pudiéndose observar síntomas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios, neuromusculares y neurovegetativos (Aymes y Acuña Castillo, 2000).

Por otro lado, podemos observar la respuesta cognitiva, en donde acontece la evaluación de la situación y se ponen en juego los recursos para afrontarla. Se genera una apreciación respecto de las probabilidades de ocurrencia del evento temido así como de las consecuencias que esto acarrearía. Por otro lado, se sopesan los recursos internos y externos para enfrentar exitosamente el peligro potencial. El resultado de este balance determinará que la respuesta de ansiedad aumente o disminuya.

Asimismo, se acompaña de la respuesta comportamental o motora, consistente en conductas observables que el individuo realiza como consecuencia de la actividad cognitiva y fisiológica. Las conductas típicas son de lucha, huida o inmovilización (congelamiento).

Por último, también tienen lugar los síntomas afectivos, en donde se despliegan las diferentes emociones que la situación genera.

De esta manera, los síntomas de ansiedad más frecuentes que se identifican son:

A nivel cognitivo	A nivel fisiológico	A nivel conductual	A nivel afectivo
Preocupación	Síntomas cardiovasculares (palpitaciones, taquicardia)	Evitación de situaciones temidas.	Temor

Inseguridad	Dificultades respiratorias (ahogo, opresión toráxica, sofocación, falta de aire)	Fumar, comer o beber en exceso.	Angustia
Anticipación de eventos negativos (peligro o amenaza)	Síntomas gastrointestinales (molestias digestivas, nauseas, vómitos, diarrea)	Hiperactividad. Inquietud.	Miedo
Dificultad para tomar decisiones.	Síntomas genitourinarios (micciones, enuresis, frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	Ir de un lado para otro sin una finalidad concreta.	Irritabilidad
Pensamientos negativos sobre uno mismo.	Síntomas neuromusculares (tensión, cefalea, contracturas, fatiga, hormigueo entumecimiento, temblor)	Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal	Aprensión

Temor a que se den cuenta de nuestras dificultades, a la pérdida de control.	Síntomas neurovegetativos (sequedad de boca, sudoración, mareos, sensación de desmayo)	Movimientos repetitivos, torpes y desorganizados. Tics.	Enfado
Dificultades para pensar, estudiar, concentrarse, recordar.		Paralización motora	Desasosiego
Alerta e hipervigilancia		Conductas desajustadas	Nerviosismo
Sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables			

Cuando el estado de ansiedad es prolongado, estos síntomas se vuelven incontrolables y generan muchas limitaciones en la vida de las personas (Baringoltz y Levy, 2007).

Se han identificado una serie de áreas del Sistema Nervioso Central que intervienen en la respuesta de ansiedad:

- Corteza Orbito Frontal: tiene conexión con la amígdala y el tálamo, envía señales hacia otras áreas del a corteza a través de los lóbulos temporales. Codifica la información proveniente del entorno y la vincula a las representaciones corporales de la experiencia. También está involucrada en la evocación de la información, lo que permite regular el

tono emocional y las respuestas físicas al entorno.

- Cuerpo Calloso: está constituido por un grupo de células y fibras que interconectan los dos hemisferios. Su presencia es vital para la integración de los pensamientos, sentimientos y acciones propias de un individuo.

- Ganglios Basales: coordinan la conducta con los impulsos y la expresión emocional, e intermedian en las cogniciones ejecutivas. Afectan de modo importante la actividad vigil y la energía vital. Constituyen una conexión entre el tálamo y la corteza, para regular las cogniciones, el humor, la atención, la vigilancia, el alerta y la motivación.

- Amígdala: es la responsable de evaluar los estímulos percibidos de cambios posibles en el entorno inmediato y de adjudicarles un valor emocional positivo o negativo. Es considerada un sistema de alarma inmediato y tiene un rol fundamental en el procesamiento de las emociones. Interviene en el aprendizaje.

- Hipocampo: ocupa un rol fundamental en el procesamiento, conservación y evocación de la memoria. Constituye parte del sistema de inhibición comportamental, que permite la retirada o la huida ante estímulos peligrosos o generadores de ansiedad.

- Tálamo: actúa como estación de relevo y como filtro, facilitando o impidiendo el ingreso de información específica proveniente del mundo exterior y adecuando ésta a la conducta.

- Hipotálamo: monitorea y controla los sistemas endocrinos e internos, operando mediante la secreción de neurohormonas o péptidos.

De esta manera, es responsable de la regulación de las distintas funciones básicas (respiración, circulación, digestión, actividad sexual y metabólica, etc.). Tiene fundamental importancia en la regulación del ritmo del sueño, el apetito y al sed. Analiza además la información proveniente del funcionamiento orgánico. Inicia la respuesta al estrés, que prepara al cuerpo para enfrentarlo.

Asimismo, Le Doux (1999) afirma que hay dos circuitos cerebrales relacionados con la emoción de ansiedad. En el primer circuito, la activación de la amígdala se da por la información recibida desde el tálamo, prescindiendo del procesamiento cognitivo. Este circuito tálamo-amígdala nos permitiría responder rápidamente ante situaciones amenazantes, y por ende, asegurar nuestra supervivencia. Por otro lado, en el segundo circuito se activa la amígdala por la información recibida desde el neocórtex, precedida por el procesamiento cognitivo. Este circuito nos permitirá responder de manera adecuada a las situaciones a través de una evaluación detallada de las mismas (Gomar, Mandil, Bunge, 2010).

Por otro lado, también están presenten ciertos neurotransmisores en la respuesta de ansiedad. Los neurotransmisores son sustancias químicas que permiten transmitir mediante la sinapsis neuronal el impulso nervioso de una célula a otra. Así como la célula es la unidad anatómica del sistema nervioso, la sinapsis es la unidad fisiológica funcional de ese mismo sistema. Las neuronas están constituidas por un cuerpo celular con su

núcleo, cuentan con una prolongación llamada axón y con una serie de ramificaciones llamadas dendritas, capacitadas para conectarse con otras neuronas y captar los impulsos provenientes de otras células. De esta manera, a través del axón y de las dendritas, las neuronas transmiten los impulsos nerviosos que en realidad son órdenes o mensajes destinados a adaptarnos a las necesidades medioambientales (Carrión y Bustamante, 2001). Los neurotransmisores se encuentran en equilibrio recíproco. Se conocen al menos treinta neurotransmisores diferentes.

- Adrenalina y Noradrenalina: intervienen en la preparación para la lucha o huida, aportando dinamia, energía. Funcionan como alertas del cerebro y encargados de la activación de los sistemas corporales. Los neurotransmisores noradrenérgicos se concentran en el locus coeruleus, un núcleo ubicado en el puente o protuberancia del tallo cerebral.

- Serotonina: su función es fundamentalmente inhibitoria. Está presente en la regulación del sueño-vigilia, de la temperatura corporal, del cortisol-estrés, del humor, del apetito y del control de impulsos. También está implicada en el reconocer una recompensa o experiencias positivas. Los receptores de serotonina están ubicados en los 6 núcleos del rafe, ubicados a cada lado de la línea media del tronco cerebral.

- Dopamina: interviene en la regulación del umbral doloroso, en el pensamiento, la toma de decisiones, el movimiento corporal, la experimentación del placer, la exaltación del ánimo. Los receptores de dopamina se encuentran mayoritariamente en los ganglios basales.

- Acetilcolina: presente en el sueño REM, los movimientos, la

memoria y el funcionamiento cognitivo.

- Gaba (ácido gamma aminobutírico): es un neurotransmisor inhibitorio y regula los procesos de inhibición y excitación neuronal.

- Glutamato: es una neurotransmisor excitatorio responsable de activar los disparos neuronales. Actúa estimulando la actividad del músculo liso. Interviene en la potenciación de pre y post sinapsis.

- Betaendorfinas: son péptidos naturales generados por el organismo, ubicados en diferentes partes del cerebro. En su papel de morfina u opiáceos endógenos, son los encargados de la disminución de la sensación de dolor y de ordenar la liberación de dopamina. Son opioides naturales, vitales para las sensaciones de completud y saciedad.

Ansiedad como respuesta de alarma

En cuanto se percibe una situación estresante o traumática, el cuerpo se moviliza para la acción. De esta manera, el cerebro envía señales de alerta máxima a través del Sistema Nervioso. Una vez disparada la repuesta de alarma, tiene lugar una cadena de eventos fisiológicos y se activan diversas glándulas, como la hipófisis y la suprarrenal, a partir de la estimulación mediada por los neurotransmisores del hipotálamo.

Una vez que la adrenalina y la noradrenalina son segregadas y volcadas al torrente sanguíneo por las glándulas suprarrenales, el corazón, los pulmones y los músculos se preparan para la emergencia. La adrenalina despierta al cuerpo y lo pone en alerta, preparándolo para la

lucha o la huida, el corazón se acelera y late con más fuerza, por lo que se pueden sentir palpitaciones, la glucemia aumenta, las pupilas se dilata para ver mejor, las glándulas sudoríparas se activan para mantener fresco el organismo y volver resbaladiza la piel, permitiéndole al individuo escapar fácilmente del agresor, la respiración se acelera para enviar una mayor cantidad de oxigeno a los pulmones, la boca se seca, los músculos se tensan para lanzarse a la acción y suelen producirse temblores, el flujo sanguíneo disminuye en el aparato digestivo (la digestión se hace más lenta para ahorrar energía) para aumentar el suministro de sangre a los grandes grupos musculares y prepararlos para luchar o huir del peligro, la sangre y aumenta en los miembros y en la cabeza y pueden sentirse mareos, el ritmo respiratorio es más frecuente (hiperventilación) y a pesar de ello, puede haber una sensación de falta de aire. Con la hiperventilación, aumenta la cantidad de oxigeno en la sangre, lo que permite a los músculos y al cerebro quemar mas glucosa, su combustible principal, con más eficacia (Cía, 2002; Bilbao Maya, 2010).

Teorizaciones sobre la Ansiedad

La Ansiedad según los modelos Psicodinámicos

Freud realiza una distinción entre la palabra “ansiedad” y la palabra “angustia”. Plantea que ansiedad proviene del latín “anxietas” y se refiere a un estado de ánimo inquieto, agitado o afligido que no permite sosiego y

crea una visión pesimista del mundo. Por otro lado, la angustia es una vivencia emocional con concomitantes psíquicos y somáticos, de corta duración. Según Amalia Baumgart (2001), en cuanto a la etimología de la palabra angustia, la misma proviene del latín “angustiare”, que significa angostura, dificultad y se refiere a una sensación constrictiva que se localiza en la región precordial o en la epigástrica con dificultad para respirar, acompañada de cierto afecto de tristeza. (Grané, Posse, Rigo, 2004). La angustia es una manifestación afectiva y se caracteriza por un temor a lo desconocido (Cía, 2002).

En sus primeras teorizaciones, Freud (1984) plantea que la angustia consiste en un afecto provocado por un aumento de excitación, de carácter displaciente, que tendería a aliviarse a través de una acción de descarga. Es una experiencia psíquica con manifestaciones somáticas concomitantes. Consiste en un estado en el que el sujeto detecta la presencia de un peligro no identificable, ni referible a un objeto de la percepción. En 1925 (Inhibición, síntoma y angustia), Freud especificó que la angustia aparece ante una situación de peligro que se refiere a una separación, una pérdida o una ausencia, de modo que el contenido está relacionado con la amenaza de castración. La angustia hace a la estructuración psicológica del sujeto. Concibe al yo como sede de la angustia y como instancia en la que opera la represión. Aparece la angustia como causa de la represión, es decir, es la angustia la que pone en marcha los mecanismos psíquicos destinados a que el sujeto desconozca aquellos deseos que suscitarán un peligro. De esta manera, la angustia más que

remitir a una cantidad de libido sin empleo, continuará indicando la proximidad de un peligro exterior del que el sujeto trata, a partir de esa indicación, de preservarse, reprimiendo las mociones pulsionales. (Berreta, Canales, 2006).

En la reestructuración de su Teoría de la Angustia (1926), Freud introduce el término señal de angustia para designar un dispositivo puesto en acción por el yo, ante una situación de peligro, con vistas a evitar ser desbordado por el aflujo de excitaciones. La señal de angustia reproduce en forma atenuada la reacción de angustia vivida primitivamente en una situación traumática, lo que permite poner en marcha operaciones defensivas. Las defensas son un conjunto de operaciones cuya finalidad consiste en reducir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad y constancia del individuo. (Laplanche y Pontails, 1981).

En cuanto a la etiología de la angustia, Freud ubica al trauma del nacimiento como un factor histórico que enlaza entre sí las sensaciones y las inervaciones de la angustia, ya que es la primera experiencia donde el exceso de energía perturba al organismo. De esta manera, la angustia es una reproducción de dicho estado que se caracteriza por un incremento de estímulo y de descarga por vías determinadas. Así explica la estructura y la génesis de la angustia, y en cuanto a su función considera que “la angustia nació como una reacción a un estado de peligro y se reproduce cada vez que surge de nuevo tal estado” (Freud, 1925, p. 2865).

De esta manera, Freud concibe a la aparición de la angustia y sus

inervaciones como adecuada en algunos casos para señalar y prevenir una situación, y otra inadecuada, cuando se responde a un peligro actual con un acto que fue adecuado ante un peligro pretérito. (Grané, Posse, Rigo, 2004)

Para las teorías psicoanalíticas actuales la ansiedad es una señal para el yo de un impulso inaceptable que está intentando adquirir representación consciente y liberarse y, como señal, provoca en el yo la adopción de medidas defensivas contra las presiones que proceden del ello. Si las defensas tienen éxito, la ansiedad desaparece, pero si la represión no es completamente efectiva, el individuo puede presentar una variedad de síntomas psiconeuróticos. El significado de la ansiedad depende de la naturaleza del conflicto subyacente del cual forma parte, y el que a su vez es el producto de las experiencias infantiles del individuo que han moldeado su estructura psíquica, con la que como adulto enfrenta al mundo. Son los estímulos y amenazas del ambiente actual, que activan los conflictos y traumas que la persona lleva consigo, causando alteraciones del equilibrio psíquico y movilizando a la ansiedad señal, la que a su vez reclama a las diversas defensas del yo (Cía, 2002).

Según la Teoría del Apego de Bowlby (1973) el vínculo de apego consiste en cualquier forma de comportamiento en el cual una persona alcanza o conserva proximidad y contacto con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. De esta manera, el apego es el vínculo emocional

que desarrolla el niño con sus padres o cuidadores y que le proporciona la seguridad indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. Si la figura de apego permanece accesible y responde, tal conducta puede consistir meramente en una verificación visual o auditiva del lugar en que se halla, es decir, intercambiando ocasionalmente miradas y saludos.

La tesis fundamental de la teoría del apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y la capacidad de respuesta de su principal figura de afecto, que es la persona con la que se establece el vínculo. Por consiguiente, para desarrollar la percepción del apego como base segura es necesario que la figura de apego sea accesible y se halle disponible para responder de manera apropiada a la necesidad de apego del niño.

Asimismo, Bowlby (1976) proponía que en los niños se presentan dos instintos opuestos, uno de ellos es el apego y el otro la exploración. De esto se desprende que la figura de apego sirve como base segura a partir del cual el niño siente la seguridad necesaria para explorar y dominar su entorno. Es decir, en situaciones en las que no hay una amenaza aparente, es más posible que el bebé lleve a cabo actividades exploratorias que conductas de apego. Por otro lado, es más probable que busque la proximidad del cuidador cuando perciba una amenaza en su entorno más cercano. De este modo, el cuidador también tiene la función de refugio seguro donde el bebé puede buscar seguridad y consuelo en estas ocasiones.

Se puede concluir que la función de las conductas de apego consiste

en la búsqueda por parte del niño de seguridad y protección. De esta manera, el sistema de apego mantiene un equilibrio entre las conductas exploratorias y las conductas de proximidad, en función de la accesibilidad de la figura de apego y de los peligros presentes en el entorno físico y social.

Para Bowlby (1969) la disposición al apego es una tendencia instintiva y consciente dirigida a lograr proximidad física con una figura en particular, que requiere del ambiente y de las experiencias para organizarse. En consecuencia el apego se desarrolla como un modelo mental interno que integra creencias acerca de sí mismo, los otros y el mundo social en general y juicios que afectan la formación y mantenimiento de las relaciones íntimas durante toda la vida del individuo (Bowlby citado en Bourbeau, y cols., 1998).

Por otra parte, es posible identificar cuatro estilos de apego que están relacionados sistemáticamente con la cantidad de interacción entre madre e hijo y con la sensibilidad y receptividad de la madre a las señales y necesidades del niño.

- Apego seguro: se da cuando la persona que cuida demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé, lo que le permite desarrollar un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza. En el dominio interpersonal, las personas seguras tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo.

- Apego ansioso ambivalente: los niños responden a la separación

con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores.

- Apego ansioso evitativo: el cuidador deja de atender constantemente las señales de necesidad de protección del niño, lo que no le permite el desarrollo del sentimiento de confianza que necesita. Se sienten inseguros hacia los demás y esperan ser desplazados sobre la base de las experiencias pasadas de abandono.

- Apego desorganizado desorientado: el cuidador ante las señales del niño tiene respuestas desproporcionadas y/o inadecuadas, incluso en su desesperación, al no poder calmar al niño, el cuidador entra en procesos de disociación. Esta conducta del adulto desorienta al niño y no le da seguridad y le genera ansiedad adicional.

De lo antes expuesto se desprende que las formas de apego se desarrollan en forma temprana y poseen alta probabilidad de mantenerse durante toda la vida. Para Bowlby, los patrones de apego se mantienen a lo largo del tiempo, es decir que los "modelos de funcionamiento interno" del self y de los otros proveen prototipos para todas las relaciones ulteriores, siendo relativamente estables a lo largo del ciclo vital.

Con este modelo representacional como base, niños y niñas y, posteriormente adolescentes, se enfrentarán al resto de relaciones interpersonales que establezcan constituyendo un buen predictor de la

conducta y competencia futura (Lafuente, 2000). Los modelos representacionales internos que se forman en los niños, a partir de las primeras respuestas significativas de sus cuidadores a sus necesidades de apego, van a constituir el sistema con el cual el niño va a modelar su conducta, tanto ante sí mismo como ante los demás (Girón, 2003).

Teorías Conductistas

Las teorías conductistas sostienen que todas las conductas son aprendidas y que en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente (Eysenck, 1964).

El enfoque conductual supuso un gran avance en el estudio de la ansiedad y ayudó principalmente a su operativización, considerándola como un estado o respuesta emocional transitoria, evaluable en función de sus antecedentes (estímulos) y consecuentes (respuestas) y de la cual podía determinarse su frecuencia y duración. De esta manera, según estas teorías, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y, por lo tanto, amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza (Virues, 2005).

La teoría del aprendizaje social plantea que se puede desarrollar

ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.

Teorías Cognitivas

Los postulados cognitivos ponen énfasis en los procesos a través de los cuales el individuo evalúa y responde a los estímulos que provienen del ambiente. Estas teorías consideran a la ansiedad como una respuesta u output postcognitivo. De esta manera, para que ocurra la respuesta de ansiedad es preciso que anteriormente tenga lugar un conocimiento, una interpretación y/o una valoración del objeto o de la situación. En consecuencia, la valoración cognitiva es el elemento clave en la génesis de la respuesta de ansiedad (Casado Morales, 1994).

Sarason (1985) sostiene que el componente cognitivo de la ansiedad incluye las creencias personales, las construcciones, las asunciones y las expectativas acerca de cómo funciona el mundo y sobre nuestro papel en él. Beck y Clark (1988) afirman que las estructuras cognitivas llamadas esquemas guían los procesos de evaluación, codificación, organización, acumulación y recuperación de la información. De esta manera, es mediante ellos que los estímulos coherentes con los esquemas existentes son elaborados y codificados, mientras que la información inconsistente o irrelevante es ignorada u olvidada. Según Ingram y Kendall (1987) los esquemas pueden ser vistos como mecanismos mediante los cuales la

información es organizada interiormente y representada en la memoria (Cia, 2002).

Del mismo modo, Beck (1985) destacó que cuando una amenaza es percibida, los esquemas cognitivos relevantes se activan, y los mismos son utilizados para otorgar significado y evaluar el suceso, mediante una serie de ajustes que permiten encajar los esquemas apropiados previos a una amenaza específica. La interpretación final es la resultante de una interacción entre el evento y estos esquemas. Los esquemas están organizados en constelaciones de subsistemas correspondientes a preocupaciones motivacionales más amplias, relacionadas al miedo y al peligro.

Asimismo, la percepción de la ansiedad se relaciona con una interpretación catastrófica de los eventos y con la subestimación de los recursos necesarios para afrontarla (Rodríguez Biglieri y Vetere, 2011). Los individuos ansiosos parecen estar especialmente preocupados por los pensamientos acerca de sus capacidades personales en relación a la demanda. Esta preocupación activaría emociones que interfieren con la percepción y valoración de la situación, haciendo que esta aumente en cuanto a su nivel de amenaza.

La interpretación catastrófica del estímulo junto a la autopercepción de vulnerabilidad serán el desencadenante de la experiencia de malestar. Las conductas de evitación del estímulo desencadenante tienen la propiedad de mantener los efectos perturbadores de la ansiedad. La evitación produce un fenómeno que tiende a reforzar el carácter

amenazante de aquello de lo que se intenta huir, generando así, la circularidad característica del trastorno (Baringoltz y Levy, 2012).

Teorías Humanistas

Desde el abordaje humanista-existencial se considera a la ansiedad como el resultado de la percepción de un peligro por parte del organismo.

La experiencia de ansiedad es definida por May (1969) como la aprensión producida por la amenaza a algún valor que el individuo considera esencial para su existencia como persona en el mundo. De esta manera, la ansiedad es el estado del ser humano en la lucha en contra de lo que podría destruir su ser y los supuestos básicos de su existencia (May, 1969). May (1977, pág. 73) exclama: “la ansiedad es la experiencia de la amenaza inminente de no ser”.

Por esto, la ansiedad debe ser entendida como una experiencia que emerge y se origina precisamente por la posibilidad y capacidad que tienen los seres humanos de valorar, dar significado a sus acciones y tratar de afirmar o preservar todo aquello que consideran importante en sus vidas (May, 1997).

La ansiedad es entendida no como una variable patológica o como síntoma, sino como un aspecto experiencial inherente al ser humano, siendo una característica ontológica, dada en su misma existencia (May, 1976). La ansiedad es parte de nuestra condición humana, lo cual se refiere a un estado de constante construcción consciente de sí mismo y de

su mundo.

Teorías Sistémicas

El concepto básico de los modelos sistémicos es la idea de sistema, el cual es definido como un conjunto de elementos en interacción. Asimismo, cada sistema está jerarquizado, formando parte de sistemas más amplios, los que a su vez incluyen subsistemas. La persona se encuentra inserta en un sistema, siendo los miembros de ese sistema interdependientes. Por lo tanto, un cambio en un miembro, afecta a todos los demás integrantes del sistema.

Para estos modelos, la ansiedad tiene su origen en la interacción de la persona con los diferentes sistemas, en cómo cada uno percibe, mediante los elementos cognoscitivos, esos sistemas. Por consiguiente, el origen de la ansiedad no sólo debe buscarse en la persona, sino en colaboración de quienes la rodean. De esto se desprende el concepto de causalidad circular, en donde cada variable se expresa en función de su relación con las demás variables y el contexto.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, en el sujeto se halla involucrada su manera de pensar, de actuar, de imaginar la realidad. De esta manera, lo que se encuentra implicado es su concepción de sí mismo y el sistema de relaciones del cual forma parte de manera activa (Bima, 2010). El síntoma tiene valor de conducta comunicativa, es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al

paciente. El síntoma cumple la función de mantener el equilibro en el sistema.

Teorías contemporáneas sobre la ansiedad

A finales de los años 60 surgen dos de las principales concepciones acerca de la ansiedad que sentarán las bases para la prolífica investigación desarrollada hasta la actualidad. Una de ellas es la distinción entre la ansiedad como estado transitorio y como rasgo estable de la personalidad (Cattell & Scheier, 1961; Spielberger, 1966, 1972). Desde esta postura se sostiene que unas personas son más proclives que otras a la ansiedad, por que reaccionan con ansiedad ante un mayor número de situaciones o lo hacen con una emoción más intensa.

De esta manera, se puede diferenciar el “rasgo” y el “estado” de ansiedad. El primero describe la tendencia a reaccionar emocionalmente con estados ansiosos ante cierto tipo de situaciones, de modo que resulta un patrón estable de respuesta del individuo, una dimensión de su personalidad. Un estado ansioso se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión, aprehensión y por una actividad elevada del sistema nervioso autónomo. Es de carácter transitorio, dura un periodo relativamente corto de tiempo e implica la aparición conjunta de tres sistemas de respuesta que interactúan entre si: la experiencia subjetiva, la activación fisiológica, y la conducta manifiesta (Spielberger y col., 1970; Furlan, 2006). Los rasgos o tendencias se supone que

provienen de factores causales remotos, como la herencia y las experiencias de la infancia temprana, permaneciendo invariable por periodos considerables de tiempo, mientras que un estado depende sobre todo de la situación actual o de desencadenantes inmediatos (Cia, 2002).

Spielberger, Pollance y col. (1984) afirman que las personas con elevada tendencia o rasgos de ansiedad son más vulnerables al estrés y responden a un rango más amplio de situaciones, viviéndolas como peligrosas o amenazantes, y que además tienden a ver el mundo de esta manera, experimentando reacciones de ansiedad estado más frecuentemente y con mayor intensidad que las personas que no sufren una tendencia ansiosa. Por consiguiente, la ansiedad estado se considera un curso emocional identificado como un proceso multicompuesto que refleja las diferencias individuales en la predisposición ansiosa (Cía, 2002).

La segunda concepción teórica sobre la ansiedad distingue dos dimensiones básicas de la experiencia de ansiedad, una de carácter cognitivo denominada preocupación (“worry”) y otra de tipo afectivo-fisiológico llamada emocionalidad (“emotionality”). Este enfoque se denominó Modelo Dual y define a la preocupación como la focalización de la atención sobre pensamientos irrelevantes para la tarea, tales como las consecuencias de fracasar, la habilidad de los otros en relación a la propia, entre otras. Borkovec, Robinson y col. (1983) definen a la preocupación como “una cadena de pensamientos e imágenes vinculados a un efecto negativo y relativamente incontrolables. El proceso de preocupación representa un intento de comprometerse en la resolución de un problema

mental o de un tema cuya salida es incierta y que contiene la posibilidad de una o más salidas negativas". De esta manera, la preocupación está determinada por el valor de amenaza de un posible evento negativo y el valor amenazante en sí mismo está determinado por la probabilidad subjetiva de que el evento ocurra, la inminencia subjetiva del mismo, su aversividad percibida y las estrategias percibidas ante el mismo.

Por otro lado, la emocionalidad se refiere a la percepción subjetiva de la activación fisiológica y del estado afectivo que se genera. Este se caracteriza por la tensión, el aumento de la activación, frecuencia cardiaca, sudoración, etc. (Liebert & Morris, 1967; Furlan, 2006; Montaña, 2011).

Los Trastornos de Ansiedad según el DSM IV

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association es una clasificación de los trastornos mentales confeccionada para uso clínico, educacional y de investigación. Tiene como objetivo proporcionar una guía útil para la práctica clínica, a través de la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos. De esta manera, las categorías y los criterios diagnósticos, así como las definiciones del texto, deben ser utilizados por personas con experiencia clínica. Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico (Berreta, Canales, 2006).

A partir de 1980, con la introducción del Manual Diagnóstico y

Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III), por la Asociación Psiquiátrica Americana, fue posible estandarizar un sistema diagnóstico práctico y sencillo. La confección del DSM III introdujo un enfoque descriptivo de base empírica, sumado a un sistema diagnóstico multiaxial, que pretendía ser neutral respecto a las “teorías etiológicas”.

De esta manera, el DSM-IV consiste en una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. Un enfoque categorial es siempre más adecuado cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes. Sin embargo, deben reconocerse las limitaciones del sistema de clasificación categorial.

Este manual permite disponer de una clasificación uniforme que reúne los criterios específicos para cada diagnóstico, criterios que necesariamente deben cumplirse para establecer un diagnóstico dentro de distintas categorías o subgrupos de trastornos mentales. Este enfoque no asume que cada categoría de trastornos psíquico sea una entidad separada de otro trastorno mental, o no mental, así como tampoco hay certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo trastorno sean iguales.

En dicho Manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo

significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

Los trastornos DSM-IV están agrupados en 16 clases diagnósticas principales. El DSM ubica a los trastornos de ansiedad en el eje I, el de los trastornos clínicos. Asimismo, en el apartado Trastornos de Ansiedad, se describen los siguientes cuadros (Cia, Carnelli):

- Trastorno de pánico (Trastorno de Angustia): 1. Sin agorafobia. 2. Con agorafobia.

- Agorafobia (sin historia de Trastorno de pánico).

- Fobia específica.

- Fobia social

- Trastorno obsesivo-compulsivo.

- Trastorno por estrés postraumático.

- Trastorno por estrés agudo.

- Trastorno de ansiedad generalizada.

- Trastorno de ansiedad debido a: 1. Enfermedad médica. 2. Inducido por sustancias.

- Trastorno de ansiedad no especificado.

Asimismo, dichas patologías que el DSM engloba bajo la denominación de Trastornos de Ansiedad, están caracterizados por síntomas de diversa índole (Fernández, Dall' Armellina, 2008):

1. Psicológicos: temor indefinido, sensación de amenaza, preocupación excesiva y aprensión difícilmente controlables y desproporcionados a las situaciones que los suscitan. Falta de concentración, distraibilidad, sensación de fatiga mental. Inquietud, intranquilidad, desasosiego. Hipervigilancia, inseguridad, impaciencia, irritabilidad.

2. Físicos: dificultad para respirar, sensación de nudo en la garganta o de asfixia, sequedad de boca. Opresión en el pecho y/o corazón. Palpitaciones y taquicardia. Molestias gastrointestinales, náuseas y mareos. Tensión muscular. Temblores, hormigueos, sensación de debilidad, sensación de desmayo. Sofocos o escalofríos. Alteración del apetito. Alteración del sueño. Cefalea.

3. Comportamentales: respuestas de evitación, manifiestas o encubiertas.

ANSIEDAD ANTE EXÁMENES

Ansiedad Ante los Exámenes

La ansiedad frente a los exámenes puede definirse como un rasgo especifico-situacional, caracterizado por la predisposición a reaccionar con elevada ansiedad en contextos que se relacionan con el rendimiento, experimentando preocupación, activación fisiológica y sentimientos de aprehensión (Sarason y Mandler, 1952; Hodapp, Glazman, & Laux, 1995; Spielberger y Vagg, 1995). Esta reacción emocional puede ser experimentada por el sujeto ante la cercanía de un examen, o bien, durante el mismo.

Constituye una tendencia relativamente estable de algunos individuos a responder con elevados niveles de ansiedad ante situaciones en las que sus aptitudes y conocimientos adquiridos están siendo evaluados (Spielberger, 1980). El aspecto central es la anticipación del fracaso con la consiguiente preocupación por el posible mal desempeño en la tarea y sus consecuencias aversivas para el autoestima, la valoración social negativa o la pérdida de algún beneficio esperado (Gutiérrez Calvo, 1996; Gutiérrez Calvo, Avero y Jiménez Sosa, 1997; Hembree, 1988).

Más específicamente, este constructo se refiere a la disposición individual para exhibir estados de ansiedad de forma más intensa y frecuente de lo habitual, con preocupaciones, pensamientos negativos e irrelevantes que interfieren con la atención y la concentración, impidiendo de alguna manera que se sigan debidamente las instrucciones, mal interpretando las preguntas o problemas que plantea el examen.

Si bien la ansiedad ante los exámenes consiste en una experiencia emocional unitaria y puede evaluarse como tal (Hodapp, 1991; Sarason y Mandler, 1952), se ha demostrado que presenta dos componentes, uno cognitivo denominado preocupación y uno afectivo llamado emocionalidad (Liebert y Morris, 1967). El primero tiene que ver con la preocupación constante y los pensamientos negativos sobre la situación de examen, que suele tener efectos negativos sobre el rendimiento académico. Según Borkovec, Robinson y col, (1983) la preocupación consiste en una cadena de pensamientos e imágenes vinculados a un afecto negativo y relativamente incontrolable. El proceso de preocupación sirve a tres funciones principales: una función de alarma, una función de rapidez y una función de preparación. De esta manera, representa un intento de comprometerse en la resolución de un problema mental o de un tema cuya salida es incierta y que contiene la posibilidad de una o más salidas negativas. Por otro lado, el segundo componente se encuentra conformado por las reacciones emocionales, el malestar e incluso las respuestas fisiológicas a esa situación, pero que no tiene tanta influencia sobre los resultados del examen (Richardson et al., 1977).

Sin embargo, existen numerosas evidencias de que es el componente cognitivo de la ansiedad ante los exámenes el que mayor incidencia tiene sobre el desempeño académico tanto en las fases de estudio y preparación, como en la situación de examen. Esto obedece a los procesos de interferencia atencional, la concentración en la ejecución, las tareas de codificación, organización, almacenamiento y recuperación de

información, en el déficit de habilidades o a la interacción de estos factores con otras variables individuales (autoeficacia) y con características específicas de la situación de examen.

Las tendencias recientes conciben la ansiedad ante los exámenes como una variable con múltiples dimensiones: preocupación, emocionalidad, interferencia y falta de confianza y, a la vez, afirman que los alumnos desarrollan estrategias de afrontamiento diferenciales para cada una de ellas en las etapas de preparación y al momento de rendir los exámenes (Stöber y Pekrun, 2004, Keith, Hoddap, Schermelleh-Engel y Moosburguer, 2003).

Siguiendo con este razonamiento, se llegó a la conclusión, a partir de varias investigaciones, de que un examen comprende los elementos de los principales estresores ambientales: preparación para impedir la amenaza o el evento, confrontación con el estresor, incertidumbre acerca de los resultados, y afrontamiento ante las consecuencias (Carver y Scheier, 1995; Folkman y Lazarus, 1985).

El modelo desarrollado por Lazarus y Folkman ha sido el más aceptado en la investigación sobre afrontamiento y sus aportes han permitido el estudio de los exámenes como una situación de estrés caracterizada como un proceso complejo con cambios significativos en el uso de varias estrategias a través de distintas etapas. Claramente, una situación de examen no es un evento unitario e implica una compleja serie de etapas relacionadas con el preparativo formal a la evaluación. Por consiguiente, los exámenes, así como otras situaciones estresantes de la

vida real, están compuestos por cuatro fases distintas (Carver & Scheier, 1995; Folkman & Lazarus, 1993; Piemontesi & Heredia, 2009; Montaña, 2011):

1. La fase Anticipatoria. Es una fase preparatoria al examen que constituye un periodo de advertencia con respecto a la inminencia de una situación evaluativa y la concomitante preparación para el próximo examen. Así, una vez que un estudiante reconoce la proximidad de un examen, se preocupa por las demandas, posibilidades, y restricciones relacionadas con el futuro examen. Los estudiantes están usualmente preocupados acerca de cómo prepararse mejor y cómo regular los sentimientos y emociones adversas asociadas. Es una fase de mucha incertidumbre, pudiéndose anticipar resultados tanto positivos como negativos. Esto significa que los estudiantes pueden experimentar emociones amenazantes y desafiantes durante las tempranas etapas de una situación evaluativa. Las actividades de afrontamiento orientadas al problema podrían ser consideradas efectivas en esta etapa porque algunas cosas todavía pueden ser hechas para aumentar la probabilidad de éxito, mientras que al mismo tiempo, el afrontamiento orientado a la emoción puede ser necesario para ayudar a aliviar las tensiones y ansiedades circundantes.

2. La fase de Confrontación. Es la fase en la que los alumnos se encuentran realizando el examen. La ansiedad, particularmente el componente emocional, se espera alcance el máximo nivel durante los primeros momentos del verdadero encuentro con el examen. La

preocupación, el componente cognitivo de la ansiedad frente a los exámenes, puede ser relativamente más estable durante el mismo (Zeidner, 1991). También los estudiantes pueden emplear una variedad de estrategias incluyendo las orientadas a la tarea y otras técnicas paliativas para manejar el estrés, como puede ser la búsqueda de apoyo social.

3. La Fase de Espera. Es la fase “post-examen”, en la cual los estudiantes ya han rendido pero las calificaciones aún no han sido anunciadas. La incertidumbre acerca de la naturaleza, cualidades y atmósfera del examen han sido ya resueltas o significativamente reducidas, y la retroalimentación del examen puede ayudar a los examinados a predecir su rendimiento razonablemente bien. Sin embargo, los individuos pueden aún sentir aprehensión por los resultados. Una disminución en el afrontamiento instrumental u orientado a la tarea puede ser esperada en esta etapa (a causa de que poco puede ser hecho para mejorar las oportunidades para el éxito en el examen), junto con un incremento concomitante en el afrontamiento orientado a la emoción para liberar la acumulación de tensión.

4. La fase de Resultados. Constituye la última fase de la situación estresante. Después que las notas son presentadas, los estudiantes finalmente saben cómo han rendido en el examen. Toda incertidumbre acerca del resultado está resuelta en esta etapa, y las preocupaciones de los estudiantes se vuelven a la importancia de lo que realmente ha sucedido y sus implicaciones (daño o beneficio).

Por otro lado, diversas investigaciones indicaron que la elevada ansiedad ante exámenes se asocia a la baja habilidad para el estudio, estrategias superficiales y memorísticas de procesamiento de la información, dificultades en la autorregulación del aprendizaje, en la comprensión, el establecimiento de relaciones y la organización de conceptos, y en la diferenciación del material relevante y accesorio, lo cual da como resultado un déficit de ejecución y bajo rendimiento académico. De esta manera, estos estudiantes con estrategias de estudio inefectivas, tienen problemas en codificar, organizar y recuperar la información.

También se explica dicha ansiedad como consecuencia de la interferencia de pensamientos aversivos en la recuperación de la información, cogniciones irrelevantes para la tarea y baja autoeficacia académica. De esta manera, los individuos perciben los exámenes como más amenazantes y presentan dificultades en la regulación de la atención ya que las preocupaciones interfieren en su concentración con las tareas de preparación y solución de problemas que los exámenes requieren (Cassady & Johnson, 2002). Esta elevada activación puede repercutir negativamente, no sólo en el rendimiento ante las evaluaciones, sino que puede llegar a desequilibrar la salud de los alumnos (Bausela Herreras, 2005).

La incapacidad para responder acertadamente a las cuestiones iniciales del examen conlleva, para muchos alumnos, una intensificación de las sensaciones de tensión, aprehensión y activación fisiológica. El feedback del aumento del estado de ansiedad favorece, en los estudiantes

más ansiosos, una evaluación del examen como amenazador (Rosário y col., 2008). De esta manera, en el momento de evaluar una situación, la ansiedad puede convertirse en un intruso, interfiriendo de forma significativa en los pensamientos de los individuos, lo cual acarrea un decremento de la atención y de la eficacia en la resolución de tareas (Sarason, 1984).

En consecuencia, la elevada ansiedad presente ante los exámenes puede deberse tanto a la interferencia de pensamientos aversivos en la recuperación de la información, como a una adquisición inadecuada del material relevante por déficit en las habilidades de estudio, o una combinación de ambos factores (Furlan, Sánchez Rosas, Heredia, Piemontesi & Illbele, 2009). El resultado de esto, es una clara disminución en el rendimiento académico.

De esta manera, se puede afirmar que los alumnos perciben la situación de evaluación como amenazadora en función de las diferencias individuales en ansiedad ante los exámenes y de los factores personales y situacionales (el dominio del tema evaluado, los objetivos de la asignatura, el interés de la asignatura). A su vez, las competencias de estudio influencian la preparación del alumno para el afrontamiento de la situación de evaluación. Esta percepción inicial se completa con una interpretación propia de la situación de examen. Dependiendo del grado en que la situación de examen o de evaluación sea percibida como amenazadora, el alumno experimenta un incremento en el nivel de ansiedad y de preocupación centradas en el self y otros pensamientos irrelevantes que

descentran al sujeto (Rosário y col., 2008).

HERRAMIENTAS PARA EL ABORDAJE DE LA ANSIEDAD ANTE LOS EXÁMENES

La situación de examen puede resultar una potencial fuente de estrés, generando consecuencias y limitaciones en la vida diaria de las personas que la padecen. Esto se debe a que se configura un contexto en el cual las aptitudes y conocimientos adquiridos del individuo están siendo evaluados, provocando cierta preocupación por el posible mal desempeño en la tarea. De esta manera, el nivel de ansiedad que presenta cada sujeto y el modo de afrontar la situación evaluativa resultan aspectos íntimamente relacionados a las instancias del examen (Montaña, 2011).

Anteriormente se ha visto que los componentes cognitivos de la ansiedad (preocupaciones, pensamientos irrelevantes) son los que mayor interferencia pueden producir sobre las tareas que el estudiante debe realizar cuando se está preparando o rindiendo un examen (Gutiérrez Calvo, 1996).

En base a esto, se entiende que el hecho de que los estudiantes cuenten con estrategias de afrontamiento eficaces en este tipo de circunstancias tiene una consecuencia directa en el bienestar psicológico, y en el logro de las metas y aspiraciones académicas.

Por consiguiente, se detallarán a continuación diferentes estrategias terapéuticas de intervención disponibles, propuestas por los diversos modelos teóricos existentes en Psicología para abordar la ansiedad ante los exámenes.

Es de destacar que los diferentes modelos teóricos en Psicología coinciden en delimitar a la ansiedad académica y ante los exámenes como

una fobia específica de tipo situacional de efectos perturbadores y negativos que repercuten sobre la salud mental y emocional, el rendimiento académico y la integración social del estudiante que la padece (Mondéjar García, 2009).

De esta manera, el diagnostico de la ansiedad ante los exámenes como fobia situacional tiene lugar cuando el miedo ante el ámbito académico y los exámenes llega a ser excesivo, desproporcionado, intenso, irracional y persistente, y al mismo tiempo es acompañado por una conducta de evitación hacia la situación o estímulo que lo provoca, y su duración sintomatológica se extiende como mínimo durante seis meses (DSM-IV).

Intervenciones Psicoterapéuticas

Psicoterapia Cognitivo-Conductual

La terapia cognitivo-conductual está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y las conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos (Camerini, 2004). El postulado fundamental de esta terapia es que no son los hechos en sí los que nos afectan, sino la interpretación que hacemos de ellos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964). Asimismo, se plantea que el pensamiento de un individuo refleja sus sistemas de

interpretación del mundo, un conjunto de creencias, supuestos y reglas subyacentes que por lo general no son plenamente conocidas por las personas (Berreta y Canales, 2006).

De esta manera, la psicoterapia cognitivo-conductual plantea que los hombres hacemos una lectura activa y singular de los estímulos internos y externos, la cual influirá en el modo en que nos sentimos y comportamos. De aquí se desprende, por un lado, que no existiría una realidad única, verdadera, objetiva, sino que ésta sería una construcción de cada ser humano, y por ende, poseería características diferentes para cada uno de nosotros (Rodríguez Biglieri, Vetere, 2011).

La hipótesis básica de la psicoterapia cognitivo-conductual sostiene la existencia de una interdependencia entre pensamiento, emoción y conducta. Sin embargo, no se plantea un vínculo lineal entre los conceptos, sino una relación de interconexión e influencia mutua. Esto significa que si bien lo que pensemos afectará nuestro estado anímico y nuestras acciones, también dichas acciones y emociones impactarán sobre nuestra manera de ver las cosas (Rodríguez Biglieri, Vetere, 2011). Por consiguiente, el modo en que las personas interpretan las situaciones ejerce una influencia en las emociones y la conducta (Beck, 2000). Se considera entonces que los individuos responden al significado que adjudican a las situaciones, más que a las situaciones en sí.

La psicoterapia cognitivo-conductual busca identificar patrones de pensamiento que se encuentran distorsionados y que conducen a

percepciones negativas y disfuncionales, condicionando las respuestas emocionales y conductuales. La modificación tiene sentido clínico cuando los pensamientos, las conductas o las emociones son disfuncionales y reflejan la presencia de un trastorno mental o cuando dificultan la adaptación de la persona a los requerimientos de su vida diaria afectiva, relacional e intelectual. De esta manera, no todas las cogniciones deben ser objeto de cuestionamientos por parte del terapeuta; sólo aquellas que sean disfuncionales, por ser rígidas y estables.

Lo que se plantea es que el tratamiento, a distintos niveles, debe ir modificando las respuestas fisiológicas, las estructuras cognitivas defectuosas y las conductas disfuncionales. Asimismo, un programa terapéutico debe incluir un enfoque educativo para que el paciente y sus allegados comprendan la importancia de este círculo vicioso de la enfermedad (Cía, 2002).

El objetivo de la terapia cognitivo conductual consiste en flexibilizar los modos patológicos del procesamiento de la información y de esta forma lograr que la persona pueda sentir y actuar de manera más adaptativa (Gomar, Mandil, Bunge, 2010).

En cuanto a las intervenciones, Botella y Ballester (1996) hace hincapié en la importancia de un diagnóstico exhaustivo como base para poder diseñar la estrategia de intervención terapéutica, así como también para evaluar la necesidad de una administración de medicación, el tipo de droga que se requiere y también la dosis.

La terapia cognitivo conductual se basa en un modelo de

colaboración. El tratamiento cuenta con un estilo directivo, el terapeuta debe asegurarse de que los puntos fundamentales de la agenda son tratados en la sesión, unido a un papel muy activo por parte del paciente, que interviene no sólo en el establecimiento de la agenda y la realización de tareas semanales, sino en la propia discusión y modificación de sus pensamiento catastróficos. Los pensamientos negativos del paciente son tratados como hipótesis y éste, junto con el terapeuta trabaja para recopilar evidencias que determinen si tales hipótesis son exactas o útiles. El terapeuta realiza una serie de preguntas con un estilo socrático y diseña tareas o experimentos conductuales que ayuden a los pacientes a evaluar y proporcionar sus propias respuestas a sus pensamientos. El objetivo de la terapia cognitivo conductual es aumentar la conciencia y el conocimiento de sí mismo, facilitar una mejor comprensión de uno mismo, y mejorar el autocontrol en base a desarrollar habilidades cognitivas y conductuales más apropiadas.

Como ejemplo de intervención cognitivo conductual aplicado a la ansiedad ante los exámenes, tomamos al propuesto por Bausela Herreras (2005). Según la autora, la intervención está organizada en varias fases, donde se aplican diversas técnicas para abordar las diferentes manifestaciones de la ansiedad ante los exámenes, incidiendo en los aspectos fisiológicos, conductuales y sobre todo los cognitivos.

- Fase 1. Sesión informativa. La técnica a utilizar en este momento es la psicoeducación, la cual consiste en explicar teóricamente las bases de la ansiedad, sus manifestaciones, así como las situaciones potencialmente

ansiógenas haciendo especial hincapié en las situaciones de evaluación y más en concreto, en la situación de examen así como exponer la relación existente entre ansiedad y rendimiento. La psicoeducación permite explicar al paciente, y también a su entorno familiar, acerca de los mecanismos que desencadenan y mantiene los síntomas de ansiedad, lo que permite al consultante reinterpretarlos, reduciendo la ansiedad concomitante y cierta responsabilidad. La objetivación de la problemática resulta sumamente tranquilizadora para el paciente, porque le permite una distancia emocional con relación a su vivencia subjetiva, cambiando la atención del paciente de las manifestaciones de la ansiedad a las fuentes de la misma. (Berreta, Canales, 2006).

- Fase 2. En esta fase se utilizan técnicas de manejo de la ansiedad, tales como la respiración y la relajación. Estas técnicas están orientadas a lograr que el paciente obtenga dominio y control de sus síntomas, explicando la relación de los fenómenos somáticos y psíquicos con el trastorno de base, interrumpiendo la retroalimentación entre el componente fisiológico de la ansiedad con el aspecto emocional, provocando contracondicionamiento o inhibición recíproca, neutralizando de esta manera la respuesta de ansiedad (Berreta, Canales, 2006). Asimismo se utiliza la exposición sistemática interoceptiva ante las sensaciones corporales temidas.

El objetivo es el reconocimiento de las emociones que acompañan la respuesta de ansiedad en situación de examen para luego abordarlas. Las técnicas tienen como fin neutralizar la ansiedad anticipatoria. Para esto se

utiliza el entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson. La técnica empleada está dividida en cinco sesiones de periodicidad semanal. Antes de iniciar el entrenamiento se explica a los participantes el objetivo de la técnica así como los efectos que se conseguirán con su entrenamiento, enfatizando la importancia de la práctica diaria en casa.

- Fase 3. Hábitos de trabajo y estudio. Esta etapa consta de sesiones de evaluación y orientación sobre hábitos de trabajo intelectual y técnicas de estudio. Se plantea cómo organizar el tiempo necesario para estudiar, establecer metas de estudio, suprimir actividades distractoras, leer las instrucciones del examen atentamente y planificar en base a eso el tiempo, comenzar por las preguntas más sencillas. Asimismo, se trabaja sobre la alimentación y el descanso. Se busca planificar objetivos a corto, medio y largo plazo, de tal manera que se pueda ser capaz de prever aquello que se va a estudiar por días, semanas y meses. Los objetivos deben ser cuanto más realistas, mejor, evitando así el sentirse frustrado con facilidad por no haber cumplido aquello que se había planificado.

- Fase 4. Entrenamiento en técnicas cognitivas de afrontamiento. El objetivo fundamental es informar a los participantes de la relación existente entre pensamiento y emoción y aprender a identificar pensamientos negativos que puedan estar influyendo en la ansiedad ante los exámenes y a sustituirlos por pensamientos más positivos, todo ello de cara a que aprendan a reinterpretar la situación como no amenazante o ansiógena. Para esto el recurso que se utiliza es el registro de pensamientos, sentimientos o hechos, es decir, información acerca de los disparadores de

los síntomas de ansiedad. En esta fase es importante aceptar los pensamientos del consultante como hipótesis y no como hechos.

Se incluyen también sesiones dirigidas al aprendizaje de estrategias de afrontamiento y resolución de problemas para superar con éxito distintas dificultades cotidianas, relacionadas fundamentalmente con el ámbito educativo, o cuando la toma de decisiones resulta difícil para el estudiante, promoviendo resultados adaptativos y un funcionamiento positivo (Escalona y Miguel-Tobal, 1996; Piemontesi, Heredia, Furlan, Sánchez-Rosas & Martínez, 2012).

Desde la orientación conductista se utiliza la técnica de la exposición. El objetivo es resistir la ansiedad, enfrentando lo temido en forma gradual, autorregulada y repetida hasta que las reacciones se disipen. Jerarquía de situaciones. Como señalan Craske y Rowe (1997) y Stein (2005) la terapia de exposición es la más adecuada para superar la fobia específica, ya que tiene efectos a largo plazo. Se basa en la exposición gradual por parte del alumno al estímulo fóbico, hasta que desaparece el miedo como respuesta. Además, se le ayudará para que no sobrevalore el grado de amenaza (Mondéjar García, 2009).

La técnica más importante es la reestructuración cognitiva, que consiste en el cambio de pensamientos negativos a positivos, cambiar afirmaciones irracionales por afirmaciones racionales, señalar los estilos de pensamiento disfuncionales (Berreta, Canales, 2006). De esta manera, el objetivo del proceso terapéutico cognitivo es ayudar a los clientes a analizar las distorsiones cognitivas y desarrollar formas más equilibradas de evaluar

sus experiencias. De esta manera, la inclusión de técnicas de reestructuración cognitiva que ayuden a valorar de manera realista los factores que condujeron a un eventual fracaso y a percibir las acciones correctivas necesarias, pueden contribuir a reemplazar las asignaciones de culpabilidades por un sentido más proactivo de la responsabilidad, que incremente también la sensación de control sobre el proceso de aprendizaje. En suma, el individuo aprende a corregir sus pensamientos defectuosos que creía infalible. Esto se logra identificando las predicciones basadas en creencias disfuncionales y evaluándolas mediante la identificación de datos adicionales. El terapeuta ayuda al cliente a evaluar la validez de las creencias disfuncionales mediante las explicaciones alternativas, para que el individuo adopte estas respuestas alternativas como parte de su estilo general de pensamiento, creando así una nueva manera de ver los hechos de la vida y con la consiguiente modificación emocional y conductual.

- Fase 5. Recomendaciones finales. Sesión informativa final, con repaso general y orientaciones para la generalización.

Farmacoterapia

Desde la Psiquiatría se plantea que el primer requisito es establecer con precisión el diagnóstico del paciente de acuerdo a los criterios diagnóstico del DSM. Luego se elabora, con la participación activa del paciente, un plan de tratamiento que considere, en conjunto con la indicación de psicofármacos, aspectos psicológicos, ambientales e

interpersonales, así como las características propias del individuo afectado. El énfasis está puesto en la erradicación de la sintomatología y luego en el tratamiento de los factores de riesgo que faciliten eventuales recaídas (Berreta, Canales, 2006).

De esta manera, los objetivos de la farmacoterapia aplicados en los trastornos de ansiedad consisten en bloquear las crisis de pánico, tratar las patologías en comorbilidad, alcanzar la remisión y tratar los síntomas residuales, facilitar las terapias asociadas (Fernández, Dall' Armellina, 2008).

Por otro lado, desde la farmacoterapia se plantea que se debe tener en consideración que, en su mayoría, los individuos que consultan ya han sido medicados sin resultados efectivos, de esta manera puede ocurrir que presenten ciertas renuencias a la hora de tomar psicofármacos. En estos casos se sugiere psicoeducar al paciente: explicarle las causas de la enfermedad, aclarar las dudas y posibles efectos secundarios de la medicación prescrita, determinar los beneficios esperados, el tiempo que deberá seguir la prescripción, etc. De esta manera se logra aumentar la adherencia a la medicación y se atenuarían las posibles frustraciones que trae el paciente dando lugar así a una mejoría en la relación médico-paciente (Cía, Carnelli, Casas, 1994).

De esta manera, la decisión de prescribir un medicamento para tratar los trastornos de ansiedad estará basada en el grado de aflicción emocional que sufra el paciente y su nivel de incapacidad funcional, teniendo en cuenta los riesgos que conllevaría la ausencia de tratamiento, en comparación con

la probabilidad de éxito de la terapia farmacológica (Cía, Carnelli, Casas, 1994).

Guía para el tratamiento farmacológico racional (Cía, Carnelli, Casas, 1994):

1. Establecer un diagnóstico correcto.

2. Identificar los síntomas blanco.

3. Elegir la molécula más apropiada.

4. Iniciar la terapia con dosis bajas.

5. Aumentar la dosis gradualmente de acuerdo a la necesidad.

6. Buscar el mejor control de los síntomas con el menor nivel de efectos secundarios.

7. Medir el progreso con evaluaciones periódicas de los síntomas.

8. Luego de un tiempo apropiado, intentar discontinuar la mediación en forma lenta.

9. Realizar entrevistas de seguimiento.

Asimismo, es posible identificar una serie de etapas de la farmacoterapia (Cía, 2002):

1. Periodo agudo o de ataque. El médico indica ajustes o ascensos periódicos de la medicación hasta legar a los niveles terapéuticos. De este modo, suelen ir desapareciendo gradualmente todos los síntomas y se obtienen cambios importantes en la calidad de vida.

2. Periodo de mantenimiento. Destinado a estabilizar la mejoría. En

este esta etapa es necesario hacer controles periódicos, por lo menos una vez al mes, para ir efectuando ajustes en función de las variantes clínicas que se vayan experimentando. Según consenso internacional se recomienda que este periodo dure entre 12 y 18 meses, a partir de que el paciente se encuentre asintomático. La terapia de mantenimiento debe hacerse si el tratamiento agudo ha sido exitoso, puesto que las recaídas suelen darse cuando las medicaciones son discontinuadas prematuramente.

3. Periodo de discontinuación. Supresión de la medicación, que en todos los casos deber ser gradual y programado, de común acuerdo. En esta etapa es cuando resulta particularmente útil reafirmar lo aprendido con la terapia cognitiva-comportamental, con lo que se logra que un tratamiento integrado aporte sus máximos frutos, impidiendo las recaídas en la mayoría de los casos. La indicación de la discontinuación será correcta si el paciente se encuentra asintomático desde hace tiempo, y que ha recuperado el ejercicio de la mayoría de sus roles sociales, restableciendo su autoestima y estilo de vida normal.

Los fármacos más utilizados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad son (Cía, Carnelli, Casas, 1994):

1. Benzodiazepinas. Presentan propiedades sedantes (disminución de la actividad físicomotora, de la concentración, de la atención y de las funciones cognitivas), relajantes musculares, anticonvulsivantes, hipnóticas (inductor del sueño) y ansiolíticas. Su estructura molecular está compuesta

por un anillo de benzeno de 6 elementos acoplados a un anillo de diacepina de 7 elementos. Las BZDs actúan sobre un sitio específico de unión del complejo-receptor llamado GABA-A, denominado receptor omega. El mismo responde a la estimulación del ácido gamma amino-butírico (GABA), el mayor neurotransmisor inhibidor, por el cual modulan otros sistemas neurotransmisores. La unión de éste con los receptores GABA, abre el canal del cloro, permitiendo la entrada del ión cloro a la neurona, con la consiguiente reducción de su excitabilidad y potencial disparos. Se considera que casi toda la actividad farmacológica de las BZDs se deba a la potenciación de la inhibición neural mediada por el GABA, y que su acción fisiológica está encaminada a frenar el exceso de activación corticolímbica.

Las BZDs difieren considerablemente entre sí por su potencia. Esto se debe fundamentalmente por diferencias en la velocidad de pasaje a través de la barrera hematoencefálica (relacionada con la liposolubilidad del compuesto) y a su afinidad por el receptor específico en el Sistema Nervioso Central. Potencia alta: clonazepam, alprazolam, lorazepam. Potencia moderada: clorazepato, bromazepam, diazepam. Potencia baja: clordiazapóxido, medazepam.

Efectos secundarios de las BZDs: sedación, somnolencia, ataxia, cansancio, fatiga, irritabilidad, mareos, cefaleas, dificultades para concentrarse, lentitud en el proceso de pensamiento, dificultades para mantener el equilibrio.

2. Antidepresivos. Los antidepresivos se caracterizan por su latencia en la aparición de la acción terapéutica de aproximadamente 15 a 20 días, a partir de la iniciación del tratamiento. Efectos secundarios: estreñimiento,

visión borrosa, sequedad de mucosas, retención urinaria, taquicardia, ganancia de peso, somnolencia, hipotensión, mareos, disfunción sexual, nauseas, diarrea, inquietud.

- Inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAOs). Tranilcipromina. Moclobemida. Fenelzina. Se los considera de segunda línea debido a las interacciones y restricciones alimentarías a tener en cuenta.

- Tricíclicos. Imipramina. Clorimipramina. No son puros, actúan sobre distintos receptores. Puedes ser activantes, intermedios o sedativos. Potentes pero con alta incidencia de efectos adversos (sequedad de boca, estreñimiento, hipotensión, temblores, disfunciones sexuales, ganancia de peso).

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs). Fluvoxamina. Citalopram. Paroxetina. Sertralina. Fluoxetina. Son los más utilizados. Bien tolerados con bajos efectos secundarios (ansiedad, inquietud, agitación, irritabilidad, insomnio, cefalea, intolerancia digestiva, diarrea, nauseas, disfunciones sexuales).

- Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina (ISRD). Desinhibitorios. Amineptino. Bupropion.

- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (IRNA). Reboxetina. Duloxetina.

- Otros. Trazodone. Venlafaxina. Nefazodone. Mirtazapina. Tianeptino.

En cuanto al tratamiento de los trastornos de ansiedad, se ha comprobado (Stahl, 2002), que la combinación de las BZDs de alta

potencia (como el clonazepam) con antidepresivos (en especial los ISRSs) permite obtener mejores resultados, al sumar a los efectos serotonérgicos de los ISRSs, una acción gabaérgica. La base racional de esta práctica desde la neurobiología sería que las entradas emocionales a la amígdala usan el neurotransmisor excitatorio glutamato para activar la alarma, este proceso puede ser atenuado mediante la acción del GABA y la serotonina. Las interneuronas gabaérgicas de la corteza y el hipocampo, así como los haces 5-HT procedentes de los núcleos del raphe, inhiben la entrada emocional a la amígdala. Por otra parte, las interneuronas gabaérgicas y las terminales serotonérgicas de la amígdala inhiben la respuesta de miedo. Al inhibir estas últimas mediante dos mecanismos se puede actuar mejor sobre la ansiedad, el pánico y las fobias (Cía, 2002).

Terapia Psicoanalítica

El presupuesto básico de la psicoterapia de orientación psicoanalítica es considerar la elucidación de los conflictos inconscientes, mediante el insight, en donde la interpretación y la resolución llevan a la desaparición de los síntomas clínicos. De esta manera, la acción terapéutica se desentiende de los síntomas, al significarlos como expresiones o defensas del conflicto subyacente originario. Desestima los factores de mantenimiento que actúan en el presente, que nutren las crisis y la evitación, e inicia la búsqueda de los factores precipitantes y del desarrollo analizándolos desde la perspectiva actual del paciente, es decir,

sin modificar el conocimiento de sí mismo que impregna todo el desorden psicopatológico (Grané, Posse, Rigo, 2004).

De esta manera, se platea una integración cuerpo-mente, buscando correlacionar analógicamente el síntoma corporal con los estados de la mente. Para esto, se utilizan intervenciones específicas, tales como señalamientos, interrogaciones, confrontaciones, silencios y explicaciones tendientes a lograr una organización del espacio psíquico afectivo-ideacional alterado y una integración de las emociones indiferenciadas y no ligadas a las palabras. Las intervenciones partirán de acciones previas tendientes a desarrollar la organización de las funciones deficitarias predominantes, que llevaron a la disociación entre el cuerpo biológico y el sujeto de ese cuerpo y los trastornos afectivos-ideacionales. Este primer momento articulador propone evitar también la intención preponderante de desembarazarse del síntoma corporal a través de una nueva descarga. Al estar interferido este mecanismo se podrán lograr ligaduras con estados corporales anteriores, facilitándose así la reconstrucción de vivencias significativas en la historia del sujeto (Grané, Posse, Rigo, 2004).

Como ejemplo de intervención psicoterapéutica psicodinámica, Fiorini (1984) plantea que en el tratamiento de los pacientes con trastorno de ansiedad el conflicto toma en los mismos la forma de una ambigüedad, con respecto a conciencia de enfermedad y a disposición y condiciones para tratarse. El paciente fóbico tiende a manejar sus conflictos de un modo proyectivo delegando alguno de los términos del conflicto en el otro.

De este modo, el terapeuta necesita contar con márgenes de movimiento para establecer un contrato que tenga flexibilidad para poner en marcha el proceso.

De esta manera, el abordaje terapéutico se dirige hacia la indagación sobre la estructura psicodinámica profunda de la personalidad, su organización caracterológica y su estilo de comunicación. Por otra parte, Fiorini diferencia en cada diagnóstico, tratamiento y momento de cualquier sesión, entre componentes patológicos de esa personalidad y sus potenciales de salud, realizadores, adaptativos y creativos. Asimismo, investiga las relaciones entre los dinamismos individuales de esa personalidad y lo que hace a dinamismos grupales en los que esa personalidad habitualmente vive sus conflictos. Esto supone abordajes técnicos diferenciales propios para cada una de esas zonas y subestructuras en juego en el campo clínico. De esto, se desprende una diversificación técnica en cuanto a las modalidades de intervención, la cual debe adecuarse en cada tratamiento a numerosas variables singulares.

En cuanto al proceso terapéutico con pacientes ansiosos, Fiorini (1984) un despliegue progresivo de varias fases:

1. Creación del vínculo terapéutico. Especificar condiciones de contrato, objetivos, encuadre para la puesta en marcha del proceso. Esta fase inicial requiere trabajar hasta elaborar delicadamente zonas de transacción entre lo que es posible y lo que es necesario, y desde las cuales los puntos de desacuerdo puedan comenzar a ser objeto de un trabajo compartido.

2. Relevar detalladamente la situación de interacción donde el paciente fóbico está incluido y en las que relata vivir habitualmente con emergencia de ansiedades.

3. En esta fase se ha logrado ir creando progresivamente, ir delimitando un espacio interno como reconocimiento de una realidad psíquica individual. Esto permite investigar el universo deseante del paciente, detectando los conflictos profundos. En esta etapa es posible profundizar sobre las funciones de los objetos fobígenos y de los objetos protectores en la estructura propia de ese paciente.

4. En esta etapa emerge la angustia en el paciente fóbico con una intensidad y con una calidad nuevas. Porque la angustia emerge a partir de un proceso en el que el paciente ha ido debilitando sus defensas, a partir de que el paciente asume de que sus defensas son sus enemigas, ya que las defensas que parecieran protegerlo, en realidad son las maneras de funcionar que lo condenan. En este momento el paciente está en condiciones de empezar a adquirir pautas distintas de funcionamiento y a desprenderse de sus viejas pautas defensivas, disociativas y evitativas.

5. Aquí tiene lugar el trabajo de terminación del tratamiento, el cual replantea y reactiva todos los conflictos de todas las fases y que da lugar a una nueva síntesis, a nuevas reconstrucciones.

Psicoterapia Humanista

La psicología humanista plantea una concepción holista y sistémica

del ser humano, el reconocimiento de las capacidades humanas de libertad de elección y de creatividad, el interés por el proceso de autorrealización de la persona y la actitud integradora.

Asimismo, se postulan cinco principios básicos (Pérez Lizeretti, 2009):

- La persona es más que la suma de sus componentes. Este principio remarca la importancia de la peculiaridad y del “ser persona”.

- La existencia del ser humano se construye en el seno de las relaciones humanas, es decir que su experiencia está siempre ligada a relaciones interhumanas.

- La persona vive de forma consciente. La conciencia representa una característica esencial del individuo y es la base para la comprensión de la experiencia humana.

- El ser humano está en situación de elegir y decidir. Cuando el sujeto vive conscientemente no tiene porqué permanecer en el papel pasivo del espectador, sino que mediante sus decisiones activas puede variar su situación vital.

- El ser humano vive orientado hacia una meta, hacia un objetivo o unos valores que forman parte de su identidad, diferenciándose así, de los demás seres vivos.

La psicología humanista entiende a la psicoterapia como un proceso orientado al crecimiento personal, siendo el foco el individuo y no el problema. Asimismo, toma en cuenta las capacidades y potencialidades de

la persona, no sólo sus defectos y limitaciones. Por lo tanto se concibe como un proceso de reeducación y autoeducación, en el que se trata de conocer para ser.

La relación terapéutica se entiende como un encuentro profundo interpersonal e intrapersonal, en el que debe darse un clima de cambio creativo. Desde esta perspectiva, se espera del terapeuta un papel activo y la adopción de una serie de actitudes, tales como empatía, aceptación incondicional y congruencia (Rogers, 2000), considerando al cliente como una personalidad singular e irrepetible y experto en su propia experiencia. También se concede gran importancia al hecho de estar atento al efecto de resonancia, es decir, a las vivencias emocionales y cognitivo-intuitivas que experimenta el propio terapeuta, respecto a las conductas del cliente en la sesión.

En definitiva, el proceso psicoterapéutico en el marco de la psicoterapia humanista pasa por una aceptación del sí mismo genuino, por la superación de las interrupciones del ciclo de la experiencia y por el desarrollo de las capacidades personales que orientan hacia un estilo creativo en el pensar, el amar y el trabajar para el logro de una personalidad y conductas sanas. Los elementos que se consideran indispensables para la consecución de esta meta son dos: la relación terapéutica, dada la relevancia de la experiencia relacional para el crecimiento personal, y las técnicas o estrategias empleadas en el proceso terapéutico, que permiten la utilización integrada de la energía psicológica y corporal (Pérez Lizeretti, 2009).

Dado que desde el modelo se pretende que el cliente oriente con libertad y responsabilidad el sentido de su vida, la tarea del terapeuta consiste entonces en ofrecer alternativas válidas de construcción de la realidad que permitan el desarrollo de la creatividad. Devolviendo a la persona la responsabilidad sobre su propia vida para construir y reconstruir su experiencia de manera más creativa. En este contexto, la intervención terapéutica se dirige a confrontar y abordar los aspectos que inhiben la autenticidad emocional. La capacitación o recuperación del contacto con las experiencias emocionales genuinas de cada persona es un elemento clave de la terapia así como su expresión y comunicación (Pérez Lizeretti, 2009).

Dentro de este amplio movimiento humanista se desarrollaron multitud de modelos terapéuticos como son la Psicoterapia de la Gestalt de Perls, el Análisis Transaccional de Berne, la Psicoterapia Centrada en la Persona de Rogers, entre otros. Tomaremos para ejemplificar la intervención en la problemática estudiada a la propuesta realizada por Bilbao Maya (2010), desde la psicoterapia gestáltica.

La intervención en la terapia gestáltica se centra a nivel de los pensamientos para abordar la ansiedad, en la Zona de la Fantasía, que es donde se encuentran ubicados los pensamientos, creencias, fantasías y situaciones hipotéticas. El objetivo será cambiar las creencias y expectativas que el paciente tiene acerca de sí mismo, de los demás y del mundo, rastreando poco a poco los pensamientos distorsionados que lo

han llevado a fabricar una autoimagen negativa y a expectativas catastróficas de su futuro y de su mundo. Por consiguiente, en la terapia se busca que el paciente acepte su realidad tal cual es, evitando los juicios de valor y los calificativos, porque conforme nos alejamos de un modelo perfeccionista, de lo adecuado y lo correcto, la ansiedad se reduce cada vez más (Bilbao Maya, 2010).

Asimismo, en la terapia gestáltica hay tres tipos de sesiones: vivenciales, dialogales y mixtas. Desde dicha psicoterapia se le otorga una gran importancia a la vivencia, a lo que el paciente está sintiendo en ese momento, esto quiere decir, vivenciar la experiencia para que de esta forma se dé un aprendizaje efectivo. En este sentido, las técnicas vivenciales son la herramienta básica de la gestalt, ya que facilitan que el paciente experimente, viva sus alternativas o re-estructure sus creencias o su pasado. Asimismo, la psicoterapia gestáltica tiene como objetivo capacitar al sujeto para que éste pueda reconocer las sensaciones que provienen de su cuerpo. El acto tiene primacía frente a la reflexión, a fin de apreciar cómo se sienten dichas acciones una vez realizadas (Cía, Carnelli, Casas, 1994).

En pacientes con ansiedad, las terapias dialogales son las indicadas. Se trata que el paciente reconozca lo irracional de sus creencias. Además, se utilizan diversos recursos:

1. Metamodelo: se revisan las estructuras de su lenguaje para corregir su manera de expresarse y así modificar su percepción de las situaciones.

2. Aquí y ahora: la capacidad para el contacto pleno con la realidad presente requiere centrar el trabajo terapéutico en el “aquí y ahora”. Consiste en que el paciente retire energía de la zona de fantasía y se enfoque en el aquí y ahora, trabajando sus problemas en el momento presente. La intervención no está focalizada en la experiencia pasada sino en cómo dicha experiencia condiciona la construcción del momento presente. "La angustia es un puente que se tiende entre el presente y el futuro" (Bilbao Maya, 2010).

De esta manera, las principales técnicas a utilizar para el abordaje de la ansiedad ante los exámenes son las siguientes:

- Silla vacía o silla caliente. Consisten en técnicas de diálogo interno de la persona. Sirven para trabajar proyecciones y salirse del sistema.

- Asuntos pendientes. Consisten en aquellos sentimientos o emociones no resueltas de la persona.

- Antítesis o juego de roles. Se trata de desarrollar las conductas opuestas a las que manifiesta la persona, es decir, la polaridad inhibida, y así liberar la energía contenida en ella, ampliando y mejorando sus recursos.

- Utilización de la fantasía: se centra en el uso de la imaginación. La utilización de la fantasía permite la revelación de material emotivo no consciente. También sirve para evitar racionalizaciones que en el lenguaje verbal lógico tienen una mayor posibilidad de aflorar. Y también sirve de camino para la apertura de aspectos negados de la propia personalidad.

Psicoterapia Sistémica

Según la Teoría General de los Sistemas somos seres interactuantes, interinfluyentes e interdependientes con respecto a nosotros mismos y a los demás. De esta manera, el enfoque de la terapia sistémica considera a la persona como perteneciente a un sistema en el que ésta interactúa, entendiendo por sistema a la red de relaciones involucradas en el problema que el consultante trae a consulta. Las conductas se explicarían como un producto de la interacción del sistema en el que adquieren significado. Con el modelo sistémico, la conducta pasó a ser descrita en términos de relaciones interpersonales en un contexto.

Los fundamentos teóricos de la psicoterapia sistémica sostienen que, como todos los miembros de la familia se encuentran interrelacionados en dinámicas comunicativas, los factores de intercambio y de relación del sistema familiar moldean las distintas conductas de sus miembros y, por lo tanto, deben ser consideradas a la par de sus elementos (Cía, Carnelli, Casas, 1994).

De esta manera, el objetivo terapéutico es promover el cambio de las relaciones familiares para facilitar mejorías individuales de sus integrantes, así como del conjunto familiar (Watzlawick, 1981). Las intervenciones terapéuticas se enfocan en modificar, complementar o diversificar el modo en que las interacciones se producen.

Es una terapia orientada al cambio, y para ello el terapeuta toma una parte activa en el proceso, diseñando una estrategia, es decir, una serie

encadenada de maniobras para ayudar al consultante a lograr el cambio. De esta manera, el terapeuta por medio de tareas, prescripciones, reformulaciones, desafíos u otras herramientas, directa o indirectamente, intenta que el paciente encuentre su propio camino hacia el cambio. Se parte de considerar la conducta problema en su contexto, es decir mantenida por acciones de individuos de un sistema que al intentar resolver una situación difícil o molesta, las fijan (intentos fallidos de solución). Asimismo, se le otorga importancia a las soluciones intentadas y que fueron fallidas (Berreta, Canales, 2006).

En cuanto a la ansiedad, esta terapia sostiene que cada ser humano se caracteriza por la forma en que construye y organiza en particular los acontecimientos. Esa construcción, constituida por componente cognitivos, afectivos y conductuales, es una representación del mundo, un marco de referencia que determina a su vez un abanico de conductas o causes de acción posibles del sujeto. Cuando como consecuencia de ese mapa el sujeto desarrolló conductas que repetidamente le ocasionan frustración, es el momento de cuestionarlo. La psicoterapia debe ser capaz de modificar el marco de referencia que el paciente construye para su problema, de tal manera que genere un contexto cognitivo, actitudinal y emocional en el cual el problema pierda su razón de ser. Estos cambios de los mapas del mundo se realizan a través de reencuadres, redefiniciones o reformulaciones (Berreta, Canales, 2006).

Entre las técnicas utilizadas por este enfoque se encuentran (Eguiluz

Romo, 2004; Gómez Holgado, 2012):

- Cuestionamiento del síntoma: consiste en la reformulación del problema. Los síntomas ansiosos que presenta la persona son producto de la situación y no de la peculiaridad de la misma, ya que residen en ciertas pautas de interacción de la familia. De esta manera, los demás miembros de la familia son igualmente "patológicos". La tarea del terapeuta, entonces, es cuestionar la definición que la familia da del problema, así como la naturaleza de su respuesta. En síntesis, la familia debe conseguir el insight suficiente para conectar el sufrimiento del paciente con las dificultades comunicacionales y relacionales de la familia como un todo. Esto permitirá al sistema interpretar el síntoma como un mensaje de que "algo anda mal" y una oportunidad para funcionar de forma alternativa.

- Cuestionamiento de la estructura familiar: el psicoterapeuta debe, en primer lugar, conocer cómo concibe cognitivamente la realidad y cómo la vivencian afectivamente cada miembro de la familia, para después, en segundo lugar, "jugar" con esa construcción y vivencia de la realidad. En esencia lo que se propone es cambiar la realidad de segundo orden ofreciendo a la familia redefiniciones o nuevas construcciones de la realidad que amplíen su horizonte de movimientos de comunicación y de resolución de problemas. De esta manera, el terapeuta modifica las participaciones de los miembros de la familia en distintos holones, regula la permeabilidad de las fronteras, cuestiona alianzas, modifica vínculos y jerarquías. Como consecuencia, el terapeuta adopta una forma de preguntar en la que selecciona y pone de relieve ciertos fenómenos de la secuencia familiar, los

pone en interrelación unos con otros, los compara y los distingue. Es necesario que las intervenciones sean muy precisas, que estén basadas en la comprensión de la dinámica familiar, y que se realicen en el momento oportuno.

- Fijación de fronteras: las fronteras consiste en “barreras” que separan y comunican a los distintos subsistemas, determinando dos factores básicos para la dinámica familiar: la permeabilidad entre los diferentes holones y la flexibilidad en las respuestas. En lo referente a la permeabilidad, si la delimitación de fronteras es correcta, ni demasiado abierta ni tremendamente rígida, la comunicación entre los subsistemas se hará fluida y se respetará, al mismo tiempo, la jerarquía. Por otro lado, y en relación con la flexibilidad, si las fronteras están bien situadas el sujeto podrá participar en distintos subsistemas (por ejemplo, una niña puede ser “hija”, “hermana” y “mujer”) y desde esa diversidad de roles podrá llevar a cabo varias conductas, mostrando un repertorio comportamental no rígido.

La fijación de fronteras puede resultar un gran problema en aquellas familias ansiosas, debido a su grado de aglutinamiento en donde la familia da la imagen de un magma indiferenciado, con los consiguientes problemas de permeabilidad (en exceso) y de flexibilidad (en defecto). De esta manera, el terapeuta deberá defender la premisa innegociable de que cada miembro de la familia hable por sí mismo, sin intromisiones de ningún tipo. Esto es un claro ejemplo de usar la distancia psicológica en la delimitación de límites. También puede bloquear la intervención de un tercero en una interacción íntima de una diada o subsistema. Así pues, el

manejo del espacio personal y de la ubicación de los miembros en la consulta es un recurso más a saber utilizar. El terapeuta también puede usar su propia distancia psicológica en su relación con los miembros, usando posturas, gestos o tonos de voz más fríos o cálidos según la situación, haciendo de modelo al ilustrar la flexibilidad necesaria que la familia debe adquirir.

- Prescripción de tareas: consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales. Pueden darse de dos maneras: pidiendo que se deje de hacer lo que se ha venido haciendo o pidiendo que se haga algo diferente. El objetivo de ésta técnica es cambiar la secuencia inadecuada que presenta la familia, para posteriormente negociar nuevos hábitos. En cuanto a la ansiedad ante los exámenes, lo primero es definir el problema y comprometer al paciente a superarlo, generando suspenso y desafío. De esta manera, se selecciona la tarea a prescribir de manera concreta y específica y se imparte la directiva acompañada de una explicación lógica. La idea de base de las prescripciones es la de hacer algo voluntario, sobre lo involuntario del síntoma.

- Intervención paradójica: tiene como consecuencia lo opuesto de lo que se pretende. La paradoja es un tipo de trampa lógica, es un enunciado verdadero y falso, correcto y erróneo al mismo tiempo. Se trata de dos mensajes que coexisten y que deben ser dados al mismo tiempo. La opción es dar siempre dos mensajes transmitidos a niveles diferentes. Consiste en proponer de manera controlada aquello que constituye el problema con ciertos matices, de modo que se rompa la secuencia habitual. Su utilización

logra cortar con el uso vicioso de soluciones ensayadas. Asimismo, se usa para hacer voluntario un síntoma y, de esta manera anularlo, perdiendo su valor sintomático. La paradoja debe ser isomórfica a la pautas de funcionamiento de la familia, agregándole una alternativa al cambio.

En el marco de la ansiedad ante los exámenes, la paradoja es una herramienta ampliamente utilizada. Por medio de la comunicación sugestiva, el terapeuta va prescribiendo experiencias que, al ser experimentadas, “obligan” a la persona a percibir la realidad de maneras alternativas, con los consiguientes cambios cognitivos y relacionales. El paciente es inducido a experimentar estos hechos sin que se dé cuenta, evitando así que el miedo sea una resistencia al cambio. Con estos mensajes el terapeuta provoca que la familia se resista y, de este modo, cambie.

Estudios de Eficacia sobre Ansiedad ante los Exámenes

A partir de una revisión de las intervenciones sobre la ansiedad ante los exámenes, Camino Escolar Llamazares y Serrano Pintado (2012) concluyen que actualmente se consideran adecuados los programas "multicomponente" para abordar dicha problemática. Estos programas de tratamiento se basan en la incorporación de múltiples técnicas encaminadas a modificar los distintos componentes de la respuesta de ansiedad: fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo (Hernández et al., 1994; Miralles & Hernández, 2012; Miralles & Sanz, 2011).

Vagg & Spielberger (1995) han corroborado que los programas de intervención cognitivo-conductuales son los más eficaces en el tratamiento de la ansiedad de prueba y en la mejora del rendimiento, ya que facilitan el desarrollo de estrategias de afrontamiento para la reducción de la ansiedad durante los exámenes y animan a los estudiantes a practicar estas estrategias (Algaze, 1995; Escalona & Miguel Tobal, 1996; Sharma, 2002; Vagg & Spielberger, 1995; Hembree, 1988). Esto se debe a que su objetivo es actuar de forma completa y eficaz sobre los diferentes componentes de la respuesta de ansiedad (Irruarrizaga & Manzano, 1999). Asimismo, dichos autores consideran además que los programas de tratamiento deberían tener en cuenta las deficiencias en los hábitos de estudio y en las habilidades de afrontamiento del examen de los estudiantes con ansiedad ante los exámenes.

Por otro lado, si bien las intervenciones conductuales orientadas a la

emoción (relajación, desensibilización sistemática, inoculación de estrés, biofeedback) resultan eficaces en la reducción de los síntomas de ansiedad ante los exámenes (Vagg & Spielberger, 1995), hay poca evidencia de que estos tratamientos por sí solos puedan mejorar el rendimiento académico (Bedell, 1979 y Anton, 1975 citados en Spielberger et al., 1976 y Spielberger, Gonzalez, & Fletcher, 1979 y González, 1976 citado en Spielberger et al., 1979).

En un estudio realizado por Escalona y Tobal (1996) se comparan dos programas de intervención de carácter grupal para el tratamiento de la ansiedad ante los exámenes. El primero incluye una sesión informativa, seguida de la aplicación de las siguientes técnicas: relajación muscular, entrenamiento en autoinstrucciones y desensibilización sistemática. El segundo grupo se compone de las mismas técnicas que el primero, pero en lugar de la desensibilización sistemática, se realiza un entrenamiento en solución de problemas. Los resultados muestran que aunque ambos programas son eficaces tanto en la reducción de la ansiedad como en la mejora del entrenamiento, el segundo programa potencia más que el primero el nivel de rendimiento.

Goldstein y Kanfer (1984) consideran que los sujetos estén informados sobre aspectos relativos al estrés, sus consecuencias y algunas formas de manejarlo reducen la incertidumbre y posibles creencias irreales al respecto. De esta manera, el recibir información prepara a los sujetos para afrontar una situación, eleva la autoconfianza, reduce los miedos y facilita la planeación. De este modo, se da un incremento en el autocontrol

ante la estimulación nociva, por los factores cognoscitivos en juego que llevan a respuestas alternativas efectivas. El cambio en la forma de percibir e interpretar la experiencia de evaluación modifica la ansiedad (Ellis, 1986).

Por su parte Ergene (2003) ha realizado un metaanálisis en el cual observó que técnicas como la meditación, el ejercicio físico de manera aislada, la terapia de la Gestalt y consejos humanísticos produjeron efectos más bien pequeños en la reducción de la ansiedad ante los exámenes.

Por otro lado, Pérez Lizeretti (2009) platea que además de la psicoterapia, también son recomendados ciertos fármacos para tratar los síntomas físicos que suscita la ansiedad ante los exámenes. Principalmente, los fármacos ofrecen dos ventajas: no requieren motivación y los beneficios son rápidos (Durham, 2007; Stein, Kasper, Andersen, Nil y Lader, 2004; Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Salmaso, Mangelli et al., 2005). De esta manera, son especialmente recomendables en pacientes que no pueden beneficiarse de un tratamiento psicológico, como también en fases agudas de la enfermedad en las que los niveles excesivos de ansiedad pueden dificultar el proceso psicoterapéutico.

Sin embargo, cuando se compara la eficacia de los tratamientos psicológicos con los tratamientos farmacológicos, se observa que con la psicoterapia los pacientes presentan un mayor nivel de funcionamiento final y una tasa menor de recaídas que con la imipramina (Clark et al., 1994), el alprazolam (Klosko, Barlow, Tassinari y Cerny, 1990; Marks, Swinson, Basoglu, Duch, Noshirvani, O'Sulivan et al., 1993) y las benzodiacepinas (Gould, Otto y Pollack, 1995). Muchos medicamentos tienen efectos

secundarios no deseados, la medicación parece tener una efectividad decreciente con el tiempo, y además la discontinuidad en medicación presenta tasas más altas de recaídas que la discontinuidad en intervenciones psicoterapéuticas (Bloom, 2002).

El tamaño del efecto sobre las principales medidas de resultado se muestra significativamente mayor para la intervención psicológica (TE= 0,88) que para la farmacoterapia (TE =0,47) y estos efectos son más consistentes al finalizar el tratamiento (Gould, et al., 1995) y en el seguimiento (Cox, Endler, Lee y Swinson, 1992).

Existen investigaciones en las que se han observado el efecto de técnicas tales como la hipnoterapia. Según García Martínez (2013), existirían dos técnicas adecuadas para afrontar la ansiedad ante los exámenes, las cognitiva-conductuales, en las cuales se utilizan técnicas tales como la relajación, la desensibilización sistemática, el entrenamiento en autoinstrucciones y detención de pensamiento, la técnica de inoculación de estrés, el entrenamiento en manejo de la ansiedad, terapia racional emotiva, etc. (Aduna y Ordas, 1989), y las técnicas hipnóticas, en donde se utilizan diversas sugestiones que permitirán afrontar exitosamente un examen posterior.

En el enfoque tradicional para el tratamiento de este trastorno, que utiliza técnicas cognitivas y conductuales, se obtienen resultados altamente satisfactorios y efectivos, aunque con el defecto de que se trata de procedimientos cuya implementación requiere un alto número de sesiones. De esta manera, el segundo grupo de técnicas tiene la ventaja de ocupar

un número de sesiones significativamente menor para obtener el cambio terapéutico (Stanton, 1993), sin que existan mayores diferencias en cuanto a sus resultados (Palan y Chandwani, 1989).

Varios estudios (Fowler, 1961; Erickson, 1965; Palan y Chandwani, 1989) apoyan la idea de que la hipnosis puede ser beneficiosa en diversos aspectos del proceso de aprendizaje, tal como la motivación de logro, la concentración, la memoria, el pensamiento creativo, la confianza en la capacidad, etc. En dichos estudios se pudo ver que los sujetos hipnotizados podían concentrarse más hondamente para períodos más largos, y en los informes de autoevaluación, el 94% reportó que su concentración aumentó, y el 83% llegar a estar más interesado en el trabajo escolar.

El procedimiento hipnótico consiste en condicionar a un grupo de personas a entrar en trance hipnótico mediante una señal del experimentador. A continuación se los expone a sugestiones verbales de autofortalecimiento, seguidas por un conjunto de sugestiones específicas para el mejoramiento de hábitos de estudio, motivación e interés hacia el estudio, concentración, lectura eficiente por tiempo más largo sin agotarse, disfrutar del proceso de aprendizaje, mejoramiento de la memoria para la recordación fácil y natural, la expresión fluida de pensamientos mientras responden, y encarar el examen sin tensión o ansiedad y con relajación y confianza. Asimismo, se les entregan las mismas sugestiones de la sesión en forma escrita.

De igual manera, se han realizado diversas investigaciones en el

campo de la realidad virtual aplicada al tratamiento de la ansiedad ante los exámenes. Dado que diversos estudios muestran la eficacia de la exposición en entornos de realidad virtual para el tratamiento de múltiples trastornos psicológicos, Gutiérrez Maldonado, Alsina Jurnet, Carvallo Beciu y colaboradores (2004) tienen como objetivo probar la eficacia de esta técnica en el tratamiento de la ansiedad ante los exámenes.

La realidad virtual es aquella tecnología informática que genera entornos tridimensionales con los que el sujeto puede interactuar en tiempo real, produciéndose de esa manera una sensación de inmersión semejante a la de la presencia en el mundo real. Esta sensación de presencia hace que la experiencia en un ambiente virtual pueda provocar las mismas emociones y reacciones que el mundo real (Gutiérrez Maldonado, Alsina Jurnet, Carvallo Beciu y col., 2004).

Dichos autores platean una serie de ventajas de la exposición mediante realidad virtual respecto la técnica de exposición en imaginación: se estimulan más canales sensoriales, recomendable para sujetos con poca capacidad de imaginación el terapeuta puede observar las situaciones a las que se expone el paciente. Y respeto a la técnica de exposición en vivo: útil para pacientes con niveles de ansiedad tan elevados que se niegan a realizar la exposición en vivo, permite tratar fobias de difícil exposición real, mayor control de los parámetros de la situación, mayor grado de privacidad, permite crear situaciones imposibles de encontrar en el mundo real.

En cuanto a las intervenciones en terapia psicoanalítica, no se han

hallado hasta el momento estudios científicos que establezcan la eficacia de las técnicas psicoanalíticas en el tratamiento de la ansiedad ante los exámenes. No obstante, los expertos plantean que el tratamiento se basa en quitar al examen su carácter displacentero para de esta forma disminuir la ansiedad. Asimismo, consideran importante que la persona reconozca que aquello que se evalúa son sus conocimientos y no a ella misma en tanto sujeto, entrando en juego de esta manera mecanismos inconscientes que no pueden manejarse a voluntad (Sahovaler, 2012).

Por otro lado, desde este abordaje se le otorga una gran importancia a determinar las causas del temor excesivo ante los exámenes. A partir de esta indagación, se puede arribar a la situación traumática que suscitó este temor y que generalmente se encuentra relacionada con los primeros años de escolaridad (Schmukler, 2012).

Finalmente, los especialistas afirman que el tratamiento estará relacionado con la búsqueda y comprensión de las causas que lo motivan, requiriendo de apoyo profesional especializado, pero también de comprensión y acompañamiento familiar.

Asimismo, en el ámbito de la psicoterapia sistémica no se existe hasta el momento investigaciones que planteen la eficacia de las técnicas sistémicas aplicadas al tratamiento de la ansiedad ante los exámenes. De todos modos, se sostiene que la intervención en terapia sistémica se hará siempre con la familia del alumno, debido a que estas teorías apoyan el cambio dentro de un sistema a través de la participación de todos los miembros que forman parte del sistema más importante de una persona: su

familia. Se tendrá en cuenta el ambiente del que procede el alumno y su familia, los antecedentes familiares, las circunstancias y la situación que están viviendo.

También es importante en terapia sistémica el desplazamiento de la definición del problema desde el síntoma hacia la relación. Al ser una terapia sistémica, tiene un efecto dominó, beneficia a todos los que están presentes en el momento de la terapia, y tiene una repercusión en todo el sistema familiar del constelante.

CONCLUSIONES

Este trabajo ha permitido recopilar información relativa a las teorizaciones existentes sobre la ansiedad ante los exámenes, así como sobre los programas de intervención que se aplican para tratar de resolver dicha problemática. Este problema cobra importancia en la medida en que tienen efectos debilitantes sobre el bienestar emocional y el rendimiento cognitivo de muchos individuos (Amutio & Smith, 2008; Gutiérrez-Calvo, 1996; Miralles & Hernández, 2012; Miralles & Sanz, 2011; Piemontesi & Heredia, 2009; Polo, Hernández & Pozo, 1996; Rosário et al., 2008; Spielberger & Vagg, 1987).

Existe consenso respecto a los efectos negativos de la elevada ansiedad ante los exámenes, lo que motivó que en las últimas cinco décadas se hayan desarrollado diversas alternativas para su abordaje (Zeidner, 1998). El espectro de intervenciones para disminuir la ansiedad ante los exámenes es amplio y varía en sus fundamentos, características técnicas y en los resultados obtenidos con su aplicación (Furlán, 2013).

Asimismo, todas las estrategias de intervención recopiladas en el presente trabajo tienen el objetivo de enseñar a los estudiantes con ansiedad ante los exámenes, habilidades adaptativas para afrontar la situación de examen, además de impedir una merma significativa en el rendimiento académico (Serrano & Delgado, 1990, Serrano & Delgado, 1991; Serrano, Delgado & Escolar, 2010; Serrano & Escolar, 2011; Serrano, Escolar, & Delgado, 2002; Serrano, Escolar, & Delgado 2011). De manera general, pueden agruparse en dos categorías: las que emplean técnicas específicas para el control de la ansiedad, solas o integradas en

programas de componentes múltiples y las que promueven el incremento de las habilidades para estudiar y rendir (Furlán, 2013)

Las primeras surgieron en el ámbito clínico para tratar diferentes trastornos mentales del espectro ansioso (fobias específicas, generalizadas o sociales y trastorno obsesivo-compulsivo), del estado de ánimo (depresión) o asociados a eventos altamente estresantes (estrés postraumático). Posteriormente, se aplicaron en el abordaje de la ansiedad ante los exámenes, que aunque no constituye una entidad clínica específica en los manuales internacionales de trastornos mentales, es motivo de consulta frecuente en la psicoterapia y se asemeja parcialmente a la fobia social circunscrita (Arana, 2002).

El segundo grupo de intervenciones, orientado a incrementar habilidades para aprender y rendir exámenes, se apoya en modelos que relacionan la elevada ansiedad ante los exámenes con diversos déficits en las habilidades de estudio y de afrontamiento de situaciones evaluativas (Benjamin, McKeachie, Lin, & Holinger, 1981; Culler & Holahan, 1980; Naveh-Benjamin, McKeachie, & Lin, 1987). Desde esta perspectiva, la ansiedad ante los exámenes sería efecto del “darse cuenta”, desde el punto de vista metacognitivo, de la inadecuada preparación, que sería el factor explicativo primario del bajo rendimiento.

Finalmente, hay algunas experiencias de aplicación de enfoques novedosos para tratar la ansiedad ante los exámenes, tales como la hipnosis (Palan & Chandwani, 1989; Stanton, 1993), la desensibilización y el reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR, Maxfield & Melnyk,

2000), o la danza terapia (Erwin, Goodill, Hill, & Von Neida, 1999) y es esperable que la investigación en el tema continúe, ya que subsiste el interés en la búsqueda de abordajes breves y eficaces.

En resumen:

- Las intervenciones conductuales orientadas a la emoción, son efectivas principalmente en la reducción del componente emocional de la ansiedad ante los exámenes.

- Las intervenciones cognitivas parecen ser más exitosas que las conductuales, en la reducción de la respuesta de ansiedad ante los exámenes, tanto en su componente emocional como cognitivo.

- Sin embargo, estos dos tipos de intervención (conductual y cognitivo) por sí solas no mejoran el rendimiento. De esta manera, la combinación cognitivo-conductual se muestra como la más eficaz en el tratamiento de la ansiedad ante los exámenes.

- Ciertos fármacos, como la imipramina, el alprazolam y las benzodiacepinas, son recomendables en las fases agudas de la enfermedad, donde los niveles excesivos de ansiedad pueden dificultar el proceso psicoterapéutico. Sin embargo, estos fármacos son menos eficaces que la psicoterapia y presentan importantes inconvenientes como la dependencia, los efectos secundarios y un elevado número de recaídas.

- Las técnicas hipnóticas, en donde se utilizan diversas sugestiones que permitirán afrontar exitosamente un examen posterior, tienen la ventaja de ocupar un número de sesiones significativamente menor para obtener el

cambio terapéutico.

- En cuanto a la realidad virtual aplicada al tratamiento de la ansiedad ante los exámenes, es posible decir que se obtienen los mismos resultados satisfactorios al someter a los sujetos al tratamiento con realidad virtual que al tratamiento cognitivo-conductual, reduciendo significativamente el nivel de ansiedad ante los exámenes. Por otro lado, en cuanto al rendimiento académico también se observa un incremento significativo del mismo tras el tratamiento, mostrándose la realidad virtual y la imaginación igual de eficaces.

- En cuanto a las técnicas psicoanalíticas y sistémicas aplicadas al abordaje de la ansiedad ante los exámenes, no parece haber aun un importante desarrollo enfocado sobre esta temática específica ni tampoco estudios que demuestren la eficacia de las mismas.

Para finalizar, se puede afirmar que en la actualidad se considera que la intervención cognitivo-conductual en la ansiedad ante los exámenes ha desembocado en el desarrollo de programas exitosos de tratamiento (Hernández, Pozo y Polo, 1994),

Por otra parte, los diferentes estudios parecen avalar la eficacia del entrenamiento en habilidades de estudio combinado con tratamiento cognitivo, conductual o cognitivo-conductual, para la mejora del rendimiento y la disminución de la respuesta de ansiedad ante los exámenes (Camino Escolar Llamazares y Serrano Pintado, 2012).

Esto se desprende del hecho de la existencia de patrones

individuales de respuesta en la ansiedad ante los exámenes. Por lo tanto, parecería necesario ajustar la intervención a la variable principalmente afectada en cada individuo, ya sea la preocupación como la emocionalidad, las cuales pueden ejercer una influencia negativa en el rendimiento. Esta influencia sería lo que en definitiva orientaría una posible intervención terapéutica, adaptando la estrategia de afrontamiento al tipo de respuesta principalmente afectada en cada individuo. Por tal razón se debe trabajar para reducir tanto el componente cognitivo como el emocional en la reducción de la respuesta de ansiedad ante los exámenes en los estudiantes universitarios que así lo manifiesten (Serrano, Delgado & Escolar, 2010; Serrano & Escolar, 2011; Serrano, Escolar, & Delgado 2011; Miralles & Hernández, 2012; Miralles & Sanz, 2011; Onwuegbuzie & Daley, 1996; Zeidner, 1998).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson.

Arco Tirado, J. L.; López Ortega, S.; Heilborn Díaz, V. A.; Fernández Martín, F.D. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "La Cartuja". *International Journal of Clinical and Health Psychology. 5 (3)* 589-608.

Ayora, A. (1993). Ansiedad en situaciones de Evaluación o Examen en estudiantes secundarios de la ciudad de Loja (Ecuador). *Revista Latinoamericana de Psicología. 25 (3),* 425-431.

Baringoltz, S. y Levy, R. (2012). *Terapia Cognitiva: del dicho al hecho.* Buenos Aires: Polemos.

Bausela Herreras, E. (2005). Ansiedad ante los Exámenes: Evaluación e Intervención Psicopedagógica. *Revista Educere. 9 (31)*, 553-558.

Beck, A. T. (1990). *Con el amor no basta. Cómo superar malentendidos, resolver conflictos y enfrentarse a los problemas de pareja*. Madrid: Paidós.

Belloch, A.; Sandín, B.; Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*.

Volumen 2. Madrid: McGraw-Hill.

Berreta, P. S.; Canales, R. M. (2006). *Distintas teorizaciones acerca de la angustia: fobias y trastornos de ansiedad.* Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Bilbao Maya, A. (2010). *Gestalt para la ansiedad*. México: Alfaomega.

Bima, A. (2010). *Tratamientos para Pacientes Agorafóbicos. Correlaciones entre el Enfoque Cognitivo-Conductual y el Sistémico.* Tesis de grado. Universidad de Belgrano, Buenos aires, Argentina.

Camino Escolar Llamazares, M.; Serrano Pintado, I. (2012). Eficacia de las herramientas Cognitivo-conductuales para disminuir la ansiedad en el ámbito educativo. *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. 37*, 8-21.

Casado Morales, M. I.; Miguel Tobal, J. J. (1994). *Ansiedad, stress y Trastornos Psicofisiológicos.* Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, España.

Cía, A., Carnelli, L. M., Casas, F. (1994). *Ansiedad en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Productos Roche S. A. Q. e I.

Cia, A. (2002). *La Ansiedad y sus Trastornos. Manual Diagnóstico y Terapéutico.* Buenos Aires: Polemos.

Cibanal Juan, L. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. España: Club Universitario.

Cordella Masini, M. P. (2014). Terapia sistémica y angustia. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. *17 (2),* 14.

Eguiluz Romo, L. (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.

Fernández, E.; Dall' Armellina, F. (2008). *Influencia de factores genéticos y ambientales en el desarrollo de trastornos de ansiedad.* Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Fiorini, H. J. (1984). *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Furlan, L. A., Sánchez Rosas, J., Heredia, D., Piemontesi, S., Illbele, A. (2009). Estrategias de aprendizaje y ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico. 5 (12)*, 117-124.

Furlan, L. (2006). Ansiedad ante los exámenes. ¿Qué se evalúa y cómo?. *Revista Evaluar. 6*, 32-51.

Furlan, L. A. (2013) Eficacia de una Intervención para Disminuir la Ansiedad frente a los Exámenes en Estudiantes Universitarios Argentinos. *Revista Colombiana de psicología. 22 (1)* 75-89.

Gomar, M., Mandil, J., Bunge, E. (2010). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.

Grané, C., Posse, J., Rigo, P. (2004). *Estudio bibliográfico comparativo de los abordajes psicoanalítico y cognitivo-comportamental del denominado ataque de pánico.* Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Gutiérrez Maldonado, J.; Pueyo, A. A.; Jarne Esparcia, A.; Talarn Caparrós, A.; Alsina Jurnet, A.; Carvallo Beciu, C. (2005). *Tratamiento de la ansiedad ante los exámenes mediante exposición a entornos de realidad virtual*. I Jornada de Corps de Innovació Docent - UB - Cosmo Caixa, Barcelona, España.

Heredia, D., Piemontesi, S., Furlan, L., Volker, H. (2008). Adaptación del Inventario Alemán de Ansiedad frente a los Exámenes: GTAI-A. *Revista Evaluar. 8*, 46 - 60.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Labor.

Mondéjar García, A. (2010). *Características clínicas y tratamiento de la ansiedad académica y ante los exámenes como fobia específica de tipo situacional.* Tesis doctoral. Universitat Oberta de Catalunya, España.

Montaña, L. A. (2011). *Ansiedad en situación de Examen y Estrategias de Afrontamiento en alumnos universitarios de 1º y 5º año.* Tesis de licenciatura. Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina.

Morales, G., Gallego, L. M., Mestre, M., Sancho, C. (2002). *Manejo de la Ansiedad ante la Evaluación.* En 3° Congreso Virtual de Psiquiatría Interpisquis. Recuperado el 12-09-13 de: http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2002

Pérez Lizeretti, N, (2009). *Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional*. Tesis doctoral. Universitat Ramon Llull, Barcelona, España.

Piemontesi, S., Heredia, D., Furlan, L., Sánchez-Rosas, J., Martínez, M. (2012). Ansiedad ante los exámenes y estilos de afrontamiento ante el estrés académico en estudiantes universitarios. *Anales de Psicología. 28 (1),* 89-96.

Piemontesi, S. y Heredia, D. (2009). Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición. *Anales de Psicología. 25 (1),* 102-111.

Rodríguez Biglieri, R. y Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los Trastornos de Ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.

Rosário, P., Núñez, J. C., Salgado, A., González-Pienda, J. A., Valle, A., Joly, C., Bernardo, A. (2008). Ansiedad ante los exámenes: relación con variables personales y familiares. *Psicothema. 20 (4),* 563-570.

Rubio Valladolid, G. (2002). *El tratamiento de los Trastornos de Ansiedad a lo largo de la historia*. Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2002. Recuperado el 12-09-13 de: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias/34_ci_e.htm.

Ruiz Sánchez, J. J. y Cano Sánchez, J. J. (2002). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. España: R&C Editores.

Serrano Pintado, I. y Delgado Sánchez-Mateos, J. (1991). Estrategias de afrontamiento y ansiedad ante los exámenes. *Revista de Psicología General y Aplicada. 44 (4),* 447-456.

Valero Aguayo, L. (1999). Evaluación de ansiedad ante exámenes: Datos de aplicación y fiabilidad de un cuestionario CAEX. *Anales de Psicología. 15 (2),* 223-231.

De la Ossa Sierra, J. C. (2014). Avances en la construcción de un instrumento para medir ansiedad en estudiantes universitarios desde una perspectiva humanista. Memorias de Divulgación Científica. ISSN: 2357-6642 (1) 52-61.