

Universidad de Palermo

Facultad de ciencias sociales

Trabajo final integrador

**Análisis del tratamiento terapéutico de una paciente
con trastorno de ansiedad social y temor a los
exámenes.**

Autor: Pisi Vega José Facundo

Tutor: Dr. Bulacio , Juan Manuel

Indice

1-Introduccion.....	4
2-Objetivos.....	5
2.1-Objetivo general.....	5
2.2-Objetivos específicos.....	5
3-Marco teórico.....	6
3.1-Estrés.....	6
3.2-Ansiedad.....	8
3.2.1-Trastornos de Ansiedad.....	9
3.2.2- Trastorno de Ansiedad Social.....	10
3.2.2.1-Temor a exámenes.....	12
3.3-Terapia cognitivo-conductual.....	15
3.3.1-Tecnicas de control de la activación.....	18
3.3.1.1-Relajacion muscular progresiva.....	19
3.3.1.2- Técnicas de control de la respiración.....	20
3.3.1.3-Tecnicas de Visualización.....	21
3.3.2-Desensibilizacion sistemática.....	22
4-Metodologia.....	25
4.1-Tipo de estudio y Diseño.....	25
4.2-Participante.....	25
4.3-Instrumentos.....	25
4.4-Procedimiento.....	26
5-Desarrollo.....	27
5.1-Presentacion de la modalidad de tratamiento.....	27
5.2-Presentacion del caso.....	28
5.3-Sintomatologia inicial.....	29
5.4-Tecnicas de control de la activación.....	33
5.5-Desensibilizacion sistemática.....	38

5.6-Cambios manifiestos en la sintomatología de la paciente.....	42
6-Conclusiones.....	44
7-Bibliografía.....	48
8-Anexos.....	52
8.1-Anexo A: Cuestionario de ansiedad de estado-rasgo (STAI), primera toma.....	52
8.2- Anexo B: Cuestionario de ansiedad de estado-rasgo (STAI),segunda toma.....	52
8.3- Anexo C: inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA), primera toma.....	52
8.4. Anexo D: inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA), segunda toma.....	53

1- INTRODUCCIÓN

La Residencia fue realizada en un centro integral clínico, docente y de investigación en salud mental con una orientación cognitivo conductual. Dicha Fundación se especializa en el tratamiento de problemáticas relacionadas al *estrés* y a la *ansiedad*, llevando a cabo diferentes talleres, cursos, jornadas y atención clínica de pacientes con trastornos de este tipo.

El presidente es médico Psiquiatra y es el que coordina las diferentes actividades realizadas en la práctica. La misma se realizó en el transcurso de 280 horas, las cuales se dividieron en actividades realizadas en la Fundación, en un Hospital y en la cursada de una materia de la carrera de Psicología.

En la Fundación se observó y participo en grupos terapéuticos de *miedo a exámenes*, así como también en Jornadas de difusión sobre estrés y ansiedad. A su vez se llevaron a cabo reuniones de equipo para realizar un seguimiento de dichos grupos y profundizar en un proceso de investigación relevante al temor a los exámenes.

Los días miércoles se asistió a un hospital, donde se trabajó de manera directa con pacientes psiquiátricos de la tercera edad en el área de Neurología.

En la Universidad los días viernes se participó en el curso de la materia Psicopatología II.

Se pretende en el presente trabajo describir y analizar el proceso terapéutico de una paciente de 21 años de edad que presenta un trastorno de ansiedad social y temor a los exámenes. Se detallaran diferentes técnicas aplicadas durante el proceso y se analizará la evolución de la paciente.

2- OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Analizar el tratamiento de una paciente de 21 años, con ansiedad social y temor a los exámenes, en una terapia grupal bajo el modelo cognitivo conductual.

2.2 Objetivos específicos:

- Describir los síntomas específicos de una paciente con trastorno de ansiedad social y temor a los exámenes.
- Describir las técnicas de control de activación implementadas en el tratamiento.
- Describir las técnicas de desensibilización sistemática implementadas en el tratamiento
- Analizar los cambios manifiestos en la sintomatología del paciente en relación al temor a los exámenes.

3- MARCO TEÓRICO

3.1 Estrés

A continuación y para empezar, se presentará una introducción al término de estrés, para luego identificar su relación con la ansiedad y el resto de las variables expuestas en el presente trabajo.

Actualmente el termino estrés, se ha extendido al lenguaje coloquial y es utilizada muchas veces en forma inadecuada .Tal es así que las distintas corrientes teóricas relevantes al estrés tienen correspondencia con las significaciones populares (Bulacio, 2011).Las mismas se clasifican en tres dimensiones según se identifique al estrés como un estímulo, como una respuesta o como un proceso interaccional entre el sujeto y su entorno (Lazarus, 2000).

El término estrés fue introducido por Selye, que consolida la teoría de estrés basada en la respuesta. Selye entiende al mismo como una respuesta fisiológica inespecífica del organismo, ante demandas internas o externas que se hacen sobre él, alterando su equilibrio. Aquí la respuesta de estrés estaría formada por un mecanismo tripartido llamado síndrome general de adaptación, mecanismo que incluye tres etapas: reacción de alarma , etapa de resistencia y etapa de agotamiento , las que se ponen en marcha con el fin de contrarrestar el desequilibrio generado por los agentes estresores (Barona, 1996).Por otra parte dentro de las teorías basadas en el estímulo, se encuentra Holmes, como uno de los máximos exponentes en el estudio de los factores sociales del estrés y de cómo diversas condiciones sociales se presentan en forma de agentes estresores (Sandin, 2003). A diferencia de la teoría basada en la respuesta, Barona (1996) menciona que aquí el estrés se identifica con un estímulo ambiental externo al individuo, llamado estresor y que por sus características pueden perturbar el funcionamiento del organismo. Por último en la teoría interaccionista, basada en los aportes de Lazarus y Folkman (1986), se enfatiza en los factores psicológicos del individuo que median entre los estresores y la respuesta de estrés (Barona, 1996). Bajo este marco Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) mencionan que el estrés es el resultado de una interacción entre el individuo y su medio, en la que el sujeto valora en qué medida las demandas constituyen una amenaza para su bienestar o si exceden a su capacidad de respuesta. Como nombran Torres y Ramos (2012), el supuesto de dicha teoría es que

aunque las personas puedan verse bajo las mismas demandas, lo que marca que un estímulo sea vivido como estresante, es la particular forma de valoración cognitiva de cada uno.

Dentro de estas formas particulares de valorar cognitivamente, se pueden nombrar tres tipos de evaluaciones. La evaluación primaria se refiere a la valoración de cualquier demanda interna o externa y la misma puede ser de amenaza, desafío o como irrelevante. La evaluación secundaria se centra en la valoración de los propios recursos de afrontamiento, mientras que la evaluación terciaria o reevaluación se refiere a un proceso en el cual se cotejan las valoraciones de los estímulos y la de los propios recursos, percibiendo cual es la diferencia. El estrés, bajo esta teoría, se produciría cuando las demandas son valoradas como desbordantes a la capacidad de respuesta del sujeto (Bulacio, 2011).

Otro concepto fundamental en la teoría interaccionista de Lazarus y Folkman(1986) es el de afrontamiento. El mismo se refiere a los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales, que el individuo lleva a cabo para hacer frente a aquellos estímulos que valora como excedentes a su capacidad de respuesta (Ornelas Mejorada et al. 2013).Lazarus (2000) menciona que las dos funciones más importantes del afrontamiento son la centrada en el problema y la centrada en la propia emoción. Con respecto al afrontamiento enfocado en el problema, el sujeto obtiene información sobre que puede realizar en un situación específica y moviliza respuestas, ya sean cognitivas o conductuales, con el propósito de modificar la realidad de la relación problemática entre él y su medio. Por otra parte el afrontamiento centrado en la emoción, tiene el propósito de regular las emociones generadas por la situación estresante, mediante por ejemplo la revalorización de la misma (sin modificar las realidades de la circunstancia estresante). La revalorización de una situación percibida como amenaza permite modificar las emociones del sujeto, creando de esta manera un nuevo significado relacional del encuentro estresante.

A modo de conclusión se puede aseverar que más allá de las diferentes teorías acerca del estrés, el mismo es antes que nada un mecanismo adaptativo y de emergencia. El mismo es imprescindible para la supervivencia de cualquier ser vivo en su constante interacción con el medio y si bien no es una emoción, si puede ser considerado un factor precursor de las mismas (Sierra et al., 2003).

3.2 Ansiedad

Retomando lo anteriormente expuesto, se puede destacar que la ansiedad es una de las tantas formas que posee el individuo de responder ante el estrés (Bulacio, 2011).

Según Navas Orosco y Vargas Baldares (2012) la ansiedad es una emoción que se presenta frente a hechos inciertos en los que el sujeto puede anticipar a los mismos como amenazantes. De esta forma se ponen en marcha en los diversos mecanismos fisiológicos, conductuales y cognitivos, que lo preparan para accionar sobre aquello que prevé. Sierra et al. (2003) a su vez aseveran que la característica principal de la ansiedad, es la anticipación. La misma dota al hombre de una capacidad de prever amenazas o desafíos, que facilita la movilización y activación del mismo para la adaptación de aquellos escenarios que anticipa.

Por otro lado Spielberger (1980) resalta la distinción entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Por un lado la ansiedad estado, puede ser entendida como un estado emocional inmediato, transitorio y acompañado de sentimientos de tensión y aprehensión. Mientras que la ansiedad rasgo, está asociada a un estado emocional que tiende a ser relativamente estable en el sujeto. A partir de esto se puede decir que aquellas personas que poseen altos niveles de ansiedad rasgo, tienden a valorar como amenazantes a un elevado rango de situaciones y de esta manera suelen padecer respuestas de ansiedad estado de forma muy frecuente o muy intensa (Ries, Castañeda Vásquez, Campos Mesa & Del Castillo Andrés, 2012).

Tanto el miedo como la ansiedad son emociones destinadas a la adaptación del hombre, que poseen manifestaciones cognitivas, conductuales y fisiológicas similares. Sin embargo se distinguen en el hecho de que la ansiedad está asociada a la anticipación de eventos futuros, es lo que el sujeto cree que va a pasar sobre situaciones ambiguas. En cambio en miedo está relacionado a un elemento específico, delimitado y presente (Sierra et al. ,2003).

Bulacio (2011) marca que las características sintomatológicas de la ansiedad cambian según la predisposición biológica y psíquica de cada persona, siendo de esta forma algunos individuos más vulnerables que otros. Dentro de las manifestaciones fisiológicas se pueden registrar cambios en la frecuencia cardíaca, tensión muscular, aumento de presión arterial, presencia de temblor, sudoración, alteraciones digestivas, entre otras. Las reacciones conductuales pueden ser presencia de un estado de alerta o

hipervigilante , problemas a la hora de actuar , impulsividad , inquietud motora o dificultad para permanecer en reposo, mientras que la sensación se amenaza , inseguridad , la incertidumbre y la anticipación aprehensiva propiamente dicha, serian manifestaciones cognitivas. Sin embargo Alonzo Alvares (2012) expresa que aunque la ansiedad este acompañada de diferentes marcadores somáticos y asociada a estados de temor, intranquilidad e inseguridad, esto no indicaría en sí mismo que sea patológica.

Celis et al. (2001) aclaran que si la ansiedad, como reacción emocional, no es excesiva, tiene una función adaptativa y útil para aumentar el rendimiento en las actividades habituales de la persona. En cambio cuando alcanza niveles desmesurados provocaría un deterioro en el desempeño de los quehaceres del individuo, contribuyendo de esta manera a la aparición de los llamados trastornos de ansiedad. Rovella y Rodríguez (2008) marcan como la ansiedad en grados elevados, pueden mostrar alteraciones en diversos procesos cognitivos. Dentro de los mismos se puede citar la presencia de una alteración en el campo atencional, manifestándose problemas en la atención voluntaria, como puede ser una dificultad para concentrarse en una tarea. Además pueden existir bloqueos, dificultad para tomar decisiones o problemas a la hora de recuperar ciertos recuerdos. A lo anterior se le puede sumar que altos niveles de ansiedad predisponen la presencia de pensamientos negativos e intrusivos de tipo amenazantes que pueden interferir aún más en el rendimiento intelectual del sujeto.

En síntesis se puede decir que la ansiedad es una emoción secundaria, normal y específicamente humana. La misma es necesaria ya que, en niveles no muy elevados, moviliza al individuo frente a múltiples situaciones que el mismo puede juzgar como amenazantes, de tal modo que lo lleve a planificar conductas para hacer frente a ello (Bulacio, 2011). Por otra parte la ansiedad puede ser considerada patológica o desadaptativa, cuando los niveles de intensidad y duración de la misma sobrepasan determinados límites o cuando la respuesta ansiosa se genera ante estímulos inapropiados (Navas Orosco & Vargas Baldares, 2012).

3.2.1 Trastornos de Ansiedad

Según Belloch, Sandín y Ramos (1995), la ansiedad es considerada como un trastorno mental predominante en la actualidad, dado que engloba una serie de cuadros clínicos que la comparten como rasgo común.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013) en el DSM-5, clasifica los Trastornos de Ansiedad en : Trastorno de ansiedad por separación, Mutismo selectivo, Fobia específica, Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social), Trastorno de pánico, Agorafobia, Trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.

Hoy en día los trastornos de ansiedad, junto con los trastornos del estado de ánimo están entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población general. Suelen iniciarse durante la adolescencia y su prevalencia es de dos a tres veces mayor en las mujeres que en los varones (Arenas & Puigcerver, 2009). Por su parte Navas Orosco y Vargas Baldares (2012), mencionan que los trastornos de ansiedad suelen evolucionar de forma crónica, con periodos de incremento y remisión de síntomas y que en general poseen una gran comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo, especialmente con el trastorno depresivo mayor. Saiz Martínez et al. (2014) expresan que otra problemática posible en el trascurso de estos trastornos es la presencia de consumo de sustancias o medicamentos. Dicha comorbilidad afectaría el tratamiento clínico y al mismo tiempo empeoraría la evolución tanto del trastorno de ansiedad, como del consumo de sustancias.

3.2.2. Trastorno de ansiedad social

Según el DSM-5 (A. P. A, 2013), para arribar a un diagnóstico de trastorno de ansiedad social o fobia social deben cumplirse los diversos criterios:

A-Temor intenso por parte del sujeto a una o más situaciones sociales no familiares, en la cual pueda ser evaluado por otros individuos. Por ejemplo: hablar en público, ser observado cuando se lleva a cabo una acción como comer, estar en contacto con personas extrañas, entre otras.

B-La persona presenta temor de actuar de una manera en la cual sea juzgado de forma negativa o sea rechazado.

C-La gran mayoría de las situaciones sociales generan ansiedad intensa.

D-Se suelen evitar dichas situaciones debido a los síntomas de ansiedad.

E-La ansiedad es desmesurada frente al peligro real.

F-Los síntomas duran más de seis meses.

G-Los síntomas de ansiedad y la evitación causan un malestar subjetivo que es significativo.

H-Los síntomas no son productos de una afección médica o efectos directos de una sustancia.

I-El temor o la ansiedad intensa no se comprenden mejor por la presencia de otro trastorno psiquiátrico.

J-Si llegara a existir una enfermedad médica, los síntomas de ansiedad social no están relacionados a la misma o son muy desproporcionales.

Rey, Aldana y Hernández (2006) definen a la ansiedad social como un temor intenso y constante ante las circunstancias en la cual el sujeto pueda ser evaluado por otro u otros. El individuo ante estas situaciones puede manifestar diversos síntomas que se pueden agrupar en cognitivos, conductuales y fisiológicos. A nivel cognitivo el sujeto puede representarse y anticipar la posibilidad de ser valorado negativamente o criticado por otros, por actuar de manera que parezca absurda o torpe. Dentro de los síntomas conductuales se puede mencionar la evitación de aquellas situaciones sociales en la cual la persona muestre síntomas de ansiedad, mientras que a nivel fisiológico se hace referencia a la activación a nivel autónomo.

La persona con fobia social suele sentir temor ante la posibilidad de manifestar síntomas de ansiedad (como puede ser ruborizarse, temblor en la voz o sudoración) en su interacción con otros individuos y proceder de una manera que sea juzgada como ridícula o humillante (Bados López, 2005). A esto se le suma otros rasgos como pueden ser una hipersensibilidad a la crítica de los demás, una pobre formación en habilidades sociales y una inclinación a valorar negativamente su propio rendimiento o aptitudes sociales desplegadas en los vínculos que establece con otras personas (Rey et al., 2006).

Por otra parte a partir de Velasco (2007) se puede distinguir dos acepciones de fobia social. La primera se trataría de una ansiedad social generalizada, que se caracteriza por la presencia de temor a la mayoría de las situaciones sociales. Mientras que la segunda se refiere a una dimensión situacional, en donde el temor se encuentra circunscripto a uno o dos escenarios sociales. Retomando a Belloch et al. (1995), cabe remarcar que el trastorno de ansiedad social no debe confundirse con timidez. Aunque las personas tímidas pueden llegar a sentirse incómodas cuando están con otras

personas, no experimentan la extrema ansiedad al anticipar una situación social y no siempre evitan las situaciones o circunstancias que las hagan sentir que las están juzgando.

Estudios epidemiológicos entorno a la fobia social, muestran que la frecuencia de afectación entre las mujeres es mayor al que se da entre los varones y la edad de inicio se sitúa en la adolescencia, aunque puede comenzar tanto a los 5 como a los 35 años. Los individuos con ansiedad social sufren un miedo excesivo a la humillación o a las situaciones embarazosas en diversos contextos sociales. Es un trastorno invalidante que genera múltiples perturbaciones en la calidad de vida del sujeto (Kaplan & Sadock, 2009).

La ansiedad social abarca entre el 20-35% de las patologías fóbicas registradas en el ámbito clínico. Suele ser un trastorno crónico y la mayoría de los afectados no suelen buscar algún tipo de asistencia profesional y los que lo hacen demoran varios años en concretarlo (Bados López, 2005).

3.2.2.1. Temor a exámenes

El miedo a los exámenes se encuentra bastante asociado a cuadros clínicos como la fobia simple, trastornos de ansiedad generalizada, crisis de pánico y trastorno de ansiedad social. En este último caso el temor a los exámenes podría ser considerado como un epifenómeno de dicho trastorno (Bulacio, 2011). Incluso siguiendo a Bados Lopez (2005) se puede decir que la ansiedad ante los exámenes podría ser entendida como una fobia social situacional. Arana (2002) señala que la fobia social situacional es reconocida como un problema de ansiedad de desempeño, sobre todo cuando se ve aplicada a situaciones de exámenes, en donde los individuos manifiestan bajos niveles de autoevaluación positiva y grandes niveles de autoevaluación negativa en el momento de rendir un examen.

El miedo a exámenes puede ser definido como un conjunto de reacciones afectivas negativas que ciertos estudiantes experimentan ante las evaluaciones (Herrerias, 2005). El mismo puede ser considerado en parte consecuencia del contexto cultural actual, el cual fomentaría una exagerada competencia e individualismo, que hacen de esta problemática casi un fenómeno universal (Bulacio, 2011).

Por su parte Rosario et al. (2008) aseveran que la ansiedad ante las evaluaciones es un fenómeno bastante frecuente en población escolar y universitaria, sobre las que

recaería una gran presión social, entorno al éxito o fracaso académico. A esto se le puede añadir el hecho de que los estudiantes deben adaptarse constantemente a los cambios de profesorado y compañeros, cambios curriculares, en el aprendizaje de contenidos nuevos, más la presencia de los exámenes propiamente dichos.

Cabe resaltar que, hasta cierto punto, la presencia de ansiedad ante los exámenes no es un fenómeno irracional. Esto es así, ya que gran parte del porvenir académico o escolar del individuo se determina por medio de diversas instancias evaluativas, por las cuales el estudiante debe transitar. Sin embargo los inconvenientes se presentarían cuando los niveles de ansiedad son desmesurados, interfiriendo de esta manera en el rendimiento y en la salud de los implicados (Álvarez, Aguilar & Lorenzo, 2012).

Kohan Cortada (2009), afirma que el exceso de ansiedad ante los exámenes, más las presiones sociales y académicas, contribuyen a que muchos estudiantes no logren desarrollar completamente sus aptitudes, llevándolos de esta forma a fracasos académicos, que muchas veces pueden derivar en problemas de salud mental.

Según Herreras (2005) existen múltiples motivos por los cuales un estudiante puede experimentar ansiedad ante una evaluación. Entre ellas se puede nombrar:

- La presencia de un agente real o percibido: En la mayoría de los casos existe un elemento que es real o percibido por el sujeto que activa respuestas de ansiedad en él. Esto último puede tratarse del recuerdo de una experiencia negativa, como por ejemplo el recuerdo de un bloqueo mental en un examen o incapacidad de recordar conceptos o ideas estudiadas y sabidas.
- Falta de preparación: Es posible que el temor a un examen se deba a una falta de preparación para el mismo, que de ser así dichos temores son lógicos. A su vez Furlan, Sanchez Rosa, Heredia, Piemontesi y Illbele (2009) destacan que la ansiedad ante los exámenes se encuentra bastante asociada a un déficit de habilidades de estudio, como pueden ser: dificultades en la autorregulación del aprendizaje, dificultades en el establecimiento de relaciones y organización de conceptos, inconvenientes a la hora de diferenciar materiales relevantes y accesorios, mala distribución en el tiempo dedicado al estudio, entre otras.
- Pensamientos negativos: Si la preparación para rendir el examen, fue buena, entonces la ansiedad se puede deber a preocupaciones exageradas o pensamientos relacionados a posibles consecuencias negativas en caso de rendir mal. Bauermeister (1989), sostiene que la ansiedad manifiesta en muchos

estudiantes deviene de una tendencia de los mismos valorar las situaciones de exámenes como amenazantes y la intensidad de la ansiedad es proporcional a la dimensión de la amenaza percibida por cada individuo. De esta manera se explicaría como en situaciones de exámenes, habría sujetos más propensos a la ansiedad que otros, entendiéndose en estos casos como un rasgo de personalidad específico ante estas circunstancias.

Álvarez et al. (2012) mencionan que la sintomatología de la ansiedad puede manifestarse en tres dimensiones:

- Dimensión cognitiva: la ansiedad se expresa a partir de excesivas preocupaciones, inseguridades, dificultades para tomar decisiones, pensamientos negativos con respecto a si mismo, bloqueos mentales, dificultad para concentrarse y estudiar. Furlan (2012) marca que en la dimensión cognitiva el estudiante puede presentar preocupaciones asociadas a la posibilidad de no aprobar un examen u obtener una calificación por debajo de lo esperado, junto con la anticipación de sus potenciales consecuencias (impedir o retrasar el avance en la carrera, impedir el acceso a becas, entre otras).
- Dimensión fisiológica: se puede hablar de una respuesta de activación fisiológica expresada a través del aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial, sudoración, aumento de la frecuencia respiratoria, tensión muscular, entre otros.
- Dimensión motora-conductual: se pueden citar manifestaciones como la hiperactividad, inquietud motora, inhibición general, conductas evitativas de la situación temida de examen, movimientos repetitivos, etc.

Con respecto a las conductas de evitación, Kohan Cortada (2009) menciona que los estudiantes con altos niveles de ansiedad, tienden a la postergación de objetivos, tareas o responsabilidades. Aquí la postergación es un modo de evitación que genera en el individuo un alivio momentáneo y relajación. Sin embargo posteriormente esto puede ser muy problemático para el sujeto, ya que a medida que dicha postergación se va cronificando, no solo los niveles de ansiedad aumentan, sino que también va disminuyendo la autoeficacia y autoestima del estudiante. Por otro lado Furlan (2012) destaca que los estudiantes que no rinden exámenes, aun habiéndose preparado adecuadamente, agravarán sus dificultades para avanzar en sus carreras y presentarán

otros indicadores de malestar psicológico, como pueden ser la presencia de síntomas depresivos y desmotivación para continuar estudiando.

Álvarez et al. (2012) destacan que para conseguir un rendimiento óptimo en la realización de una tarea, siempre son necesarios ciertos niveles de ansiedad. A pesar de esto, cuando dichos niveles se manifiestan de forma desmesurada pueden interferir bastante en la ejecución de una labor y en el rendimiento del individuo en la misma. Desde este punto la ansiedad ante los exámenes representa un problema importante no solo por el gran número de estudiantes que lo padecen, sino porque también conlleva consecuencias negativas en el rendimiento de los mismos (Herrerías, 2005).

Kohan Cortada (2009) continúa afirmando que los estudiantes con altos niveles de ansiedad, suelen desempeñarse por debajo de lo esperado, mas allá de la dificultad de la tarea asignada. Esto se debe en gran parte, a que la atención del estudiante se encuentra repartida entre la demanda externa que representa la resolución de un problema y la atención orientada hacia la propia sintomatología o indicadores de ansiedad. Al ser la capacidad atencional limitada, cuantos más indicadores de ansiedad interfieran en el proceso atencional, habrá menos disponibilidad de dicha capacidad para con los detalles de la tarea a realizar. A su vez el recuerdo también se vería afectado, ya que a mayores niveles de ansiedad, mayores serían las interferencias negativas en el procesamiento y recuperación de información (Herrerías, 2005).

Por otra parte Contreras et al. (2005) mencionan que los grados elevados de ansiedad si podrían favorecer el aprendizaje mecánico y que no dependan de grandes habilidades de improvisación por parte del sujeto. Sin embargo ante aprendizajes más complejos y no familiares para el mismo, los altos niveles de ansiedad tenderían a generar una inhibición en el proceso de aprendizaje.

Como conclusión se podría decir que la instancia de examen es un momento en el cual el estudiante debe demostrar sus aptitudes para una materia o disciplina determinada. En estas instancias los estudiantes que padecen altos grados de ansiedad, suelen tener un desempeño más bajo en comparación de aquellos en los que la ansiedad se mantiene de forma moderada (Herrerías, 2005).

3.3. Terapia cognitivo-Conductual

Según Minici, Rivadeneira y Dahab (2001) la terapia cognitiva-conductual es un modelo contemporáneo de integración e intervención clínica que posee cuatro pilares

teóricos básicos a destacar: el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante, la teoría del aprendizaje social y el modelo cognitivo.

La primera base teórica se remite a los descubrimientos y estudios del fisiólogo Pavlov, que darían lugar a los principios de un proceso básico de aprendizaje que luego se conocería con el nombre de condicionamiento clásico o pavloviano. El mismo podría definirse como un proceso de aprendizaje en el cual los organismos aprenden, a través de reiterados ensayos, asociaciones predictivas con estímulos del medio ambiente. Posteriormente, estos estudios fueron tomados por Watson para el tratamiento de las fobias, erigiendo de esta manera las bases del conductismo.

El segundo pilar hace referencia a los aportes de Skinner, que exponen la existencia de una segunda modalidad de aprendizaje, conocida como condicionamiento operante. Desde esta dimensión, se entiende que las conductas se instauran, se desarrollan o se reducen en base a las consecuencias que las mismas generan (Minici et al., 2001).

La teoría del aprendizaje social, es una teoría cuyo creador fue Bandura. Desde esta perspectiva se transmite que el aprendizaje no solo se genera a través de la experiencia directa e individual, sino que también se puede producir a partir de la observación e imitación de las experiencias de otros, en la que intervienen en gran medida los factores personales de quien aprende. Este aprendizaje basado en la observación de las conductas del prójimo se denomina aprendizaje mediante la imitación o modelado y el mismo se puede dar de manera intencionada o accidental. Este tipo de aprendizaje también puede complementarse con el condicionamiento clásico y operante, al reforzar o eliminar ciertos patrones de comportamiento mediante la incorporación de nuevos modelos de imitación (Kaplan & Sadock, 2009).

Por último Minici et al. (2001) mencionan que los modelos cognitivos surgen en parte como corrientes reaccionarias al conductismo radical. Desde estas posturas se empieza a investigar sobre la importancia e influencia que tienen para el individuo los procesos internos como: los pensamientos, los supuestos subyacentes, las creencias, imágenes mentales, entre otras.

Por otra parte la terapia cognitiva puede ser definida como un abordaje terapéutico directivo, estructurado y activo que se emplea con el fin de tratar diversos problemas psiquiátricos. El supuesto de dicha terapia es que la conducta del individuo

se ve determinada en gran medida, por la forma en que estructura el mundo a partir de sus esquemas cognitivos. Desde este modelo las técnicas psicoterapéuticas buscarán identificar y cambiar aquellos pensamientos erróneos, distorsiones cognitivas o creencias falsas, ayudándolos de esta manera a pensar y actuar de forma más realista y funcional con respecto a sus problemáticas psicopatológicas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Estos son en definitiva los cuatro pilares que forman la estructura de la terapia cognitiva-conductual y de los cuales se han desarrollado múltiples líneas de investigación. Desde un punto de vista práctico, las intervenciones desarrolladas bajo este modelo, se abastecen de esta multiplicidad de estudios, para formar un modelo integrativo y de atención clínica (Minici et al., 2001).

Según el Centro para Adicciones y Salud Mental (2011) las terapias cognitivo-conductuales tienen las siguientes características en común:

- Tienen como supuesto, que los pensamientos erróneos o negativos derivan en emociones displacenteras y en comportamientos disfuncionales.
- Se encuentran al servicio del paciente, para ayudarlo a reconocer y establecer objetivos funcionales para ellos. En este proceso se busca fundamentalmente un cambio, que involucra la identificación y superación de diferentes problemáticas que puede presentar el paciente.
- Estos modelos incluyen en sus tratamientos múltiples vías de intervención. Las mismas pueden actuar tanto a nivel cognitivo, como a nivel conductual, buscando de esta manera un cambio positivo en el paciente.
- Son abordajes terapéuticos, que si bien toman en cuenta la historia del sujeto y la vivencia de eventos pasados, se centran fundamentalmente en aquellos hechos que ocurren en el presente.
- Desde estos modelos los objetivos terapéuticos siempre son definidos entre el terapeuta y el paciente de manera conjunta. Lo mismo sucede con los problemas a encarar y las tareas e intervenciones que se plantean en el marco psicoterapéutico.

Retomando los aportes de Centro para Adicciones y Salud Mental (2011) se puede destacar que las terapias cognitivo-conductuales están entre las más eficaces para

el tratamiento de problemáticas frecuentes en salud mental, como pueden ser la ansiedad y depresión.

Con respecto a la fobia social, las técnicas cognitivo-conductuales son unas de las intervenciones más investigadas, utilizadas y efectivas para el tratamiento de dicho trastorno. Entre las técnicas más usadas en el tratamiento de la ansiedad social se encuentran: las técnicas de exposición, técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de relajación y el entrenamiento en habilidades sociales (Velasco, 2007).

Velasco (2007) destaca que el formato grupal de intervención, también cuenta con una gran eficacia en el tratamiento de la fobia social. Entre los provechos que se pueden obtener al trabajar bajo esta modalidad están: el menor costo económico, la exposición que ya de por sí implica trabajar en un grupo, la posibilidad de trabajar con técnicas de *role play* y el aprendizaje vicario (Heimberg & Juster, 1995 como se citó en Velasco, 2007).

En relación al temor a los exámenes, Bulacio (2011), expone que existen talleres específicos para el tratamiento de estas problemáticas, en los cuales se les brindan a los pacientes, las herramientas psicoeducativas, cognitivas y conductuales para una adecuada resolución del problema. Entre los recursos ofrecidos en el transcurso de los encuentros terapéuticos están: la psicoeducación, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, tareas de autorregistro, registro de pensamientos automáticos y resignificación de los mismos, identificación de errores de atribución, técnicas de imaginación, técnicas de desensibilización sistemática, trabajos de *role playing*, práctica cognitiva y evaluación sobre las técnicas implementadas durante el taller y en la vida cotidiana de los pacientes. Todos estos recursos si bien se podrían aplicar en forma individual, se potenciarían si se trabajan grupalmente.

3.3.1. Técnicas del control de la activación

Los antecedentes de lo que hoy se conoce como técnicas de control de la activación, pueden localizarse en tiempos muy remotos y relacionados a eventos religiosos y prácticas de meditación orientales. Hoy en día si bien la cultura occidental ha tomado muchos de estos procedimientos, se distancia de los fines religiosos, para entender al control de la activación como un valor en sí mismo (Labrador, 2008).

En la actualidad las técnicas de relajación, están dentro de las prácticas más utilizadas y reconocidas, por su eficacia en el ámbito clínico. A su vez estas prácticas

han pasado a ser de gran importancia para el sujeto a la hora de controlar las tensiones diarias de su vida, así como también prevenir patologías y mejorar la calidad de vida (Labrador, 2008).

Siguiendo a López de la Llave y Pérez Llantada (2010) se pueden agrupar a las técnicas de control de la activación en tres grupos importantes. El primer agrupamiento incluye a las técnicas activas o fisiológicas que requieren mayor participación activa del sujeto que aprende; estas incluyen a las técnicas de control de la respiración, relajación muscular y biofeedback. En el segundo grupo se ubican las técnicas pasivas o mentales en las que un tercero se encarga de orientar activamente la práctica; incluyen a la relajación por imaginación o visualización, entrenamiento autógeno e hipnosis. Por último están las técnicas mixtas, entre las que se encuentran el Yoga y la música.

Todas estas técnicas, son un conjunto de ejercicios que le permiten al sujeto incorporar diferentes recursos, con los cuales podrá controlar a voluntad los niveles de activación y aprender de esta manera a relajarse. La elección por una u otra técnica, dependerá de si existen o no las condiciones para llevarla a cabo y de si se cuenta con las habilidades o recursos para ponerla en práctica (López de la Llave & Pérez Llantada 2010). Por otra parte en estas prácticas deben tenerse en cuenta siempre los diversos factores ambientales, cognitivos y conductuales que podrían provocar dicha sobreactivación, ya que sería decisivo para su disminución, contar con herramientas que permitan solventar dichos factores (Labrador, 2008).

3.3.1.1. Relajación muscular progresiva

La técnica de relajación muscular progresiva, se basa en un conjunto de procedimientos ideados por Jacobson, quien definió a la relajación como una disminución en la actividad de los músculos esqueléticos voluntarios (Payne , 2002). Con esta técnica se busca que la persona aprenda a relajarse a través de ejercicios en los cuales debe tensar y relajar alternativamente diversos grupos musculares, con el fin de que pueda registrar y distinguir entre un estado de tensión y otro de relajación (López de la Llave & Pérez Llantada 2010).

López de la Llave y Pérez Llantada (2010) continúan afirmando que los objetivos de estas prácticas son: 1) que el sujeto aprenda a registrar cuando su organismo se encuentra en tensión; 2) que al ejercitar la creación y liberación de tensión, se aprenda a identificar las sensaciones de relajación y 3) que la persona

aprenda a reconocer en los indicadores de tensión, la señales para poner en marcha la relajación.

Payne (2002) destaca que la tensión muscular se encontraría relacionada a un estado psicológico. De esta manera la presencia de tensión muscular innecesaria, reflejaría una tensión a nivel mental. Es así como la liberación de tensión muscular, permitiría conseguir una mayor tranquilidad a nivel psicológico, junto con una reducción de la actividad simpática. A su vez saber relajar el cuerpo ayudaría a protegernos de enfermedades y utilizar la energía física de forma más eficaz.

Dentro de las condiciones ideales para la implementación de los ejercicios se debe nombrar: Un entorno tranquilo, silencioso y sin distracciones; que la vestimenta de los pacientes sea holgada, que no presionen ni molesten, para que no interfieran en la atención y registro de las señales orgánicas de tensión y relajación ; en las fases iniciales es recomendable que las postura de los pacientes sea o acostado o sentados; las instrucciones impartidas por el profesional deben ser pausadas, monótonas y suaves (Labrador, 2008).

Por último se puede decir que el desarrollo de los ejercicios de relajación primero se enfocaría en la identificación de tensión y relajación de los principales grupos musculares en forma pormenorizada. Posteriormente se progresaría de estos recorridos pormenorizados a recorridos de zonas corporales cada vez más amplias, en los que se van integrando diferentes partes del cuerpo. A su vez luego de cada ejercitación de tensión y relajación, el paciente debe llevar a cabo un recorrido mental de cada zona trabajada, con el fin de identificar las sensaciones de relajación. Sería de vital importancia que los pacientes puedan aplicar estas habilidades en los entornos habituales en los que se desenvuelven (Labrador, 2008).

3.3.1.2. Técnicas de control de la respiración

La técnica de control de la respiración, es la práctica más simple y una de las más eficaces en el control de la activación. La respiración es frecuentemente una respuesta automática, sin embargo la persona puede controlarla voluntariamente ante casi cualquier circunstancia. El objetivo de estas técnicas será que la persona aprenda y automatice un apropiado control voluntario de su respiración para poder aplicarlo ante cualquier circunstancia, especialmente ante situaciones problemáticas (Labrador, 2008).

Payne (2002) expone que el control de la respiración como técnica de relajación posee los siguientes beneficios: son técnicas sencillas, que se suelen aprender fácilmente; la mayoría de los ejercicios pueden ejecutarse en cualquier lugar; estas técnicas son útiles para personas que encuentran dificultoso realizar ejercicios de visualización y por último la respiración está directamente relacionada con el sistema nervioso autónomo que regula la estimulación fisiológica.

Con respecto a las características generales de los ejercicios de respiración, Bulacio (2011) resalta que la misma debe ser nasal, suave, abdominal, lenta, profunda, rítmica y sobre todas las cosas debe ser cómoda ya que sin este aspecto, el procedimiento no se podrá sostener en el tiempo o no se conseguirán los efectos relajantes buscados. Por otra parte la respiración debe ser activa en el sujeto, siendo la inspiración y expiración de igual duración y características. Además para lograr un buen desarrollo de esta técnica, se necesita de tiempo y entrenamiento, cuestiones que a veces resultan un obstáculo en el aprendizaje por parte de personas ansiosas. El desarrollo y aplicación de un patrón respiratorio caracterizado por una inspiración e expiración lenta, regular y con volúmenes de aire elevados, favorecería a una adecuada oxigenación pulmonar y de los tejidos en general, una disminución de la labor cardiovascular y una reducción de la activación general del organismo (Labrador, 2008).

El entrenamiento de estos patrones respiratorios dentro de un ámbito tranquilo y silencioso, favorecería a un reconocimiento de las señales corporales. Sin embargo para que exista un aprendizaje adecuado, la aplicación de los ejercicios convendría llevarlos a cabo dentro de los ámbitos habituales del sujeto (Labrador, 2008).

3.3.1.3. Técnicas de Visualización

Siguiendo a Payne (2002) visualizar significa poder generar o reproducir imágenes a nivel mental. En este proceso de pensamiento, el sujeto hace uso de todos los sentidos (visión, audición, tacto sensaciones kinestésicas de movimiento, olfato y gusto) en forma integral para la reproducción de dichas imágenes (Valiente, 2006).

Las imágenes elaboradas a nivel mental en estos procedimientos, pueden ser agradables o desagradables para la persona, generando en el primer caso tranquilidad y en el segundo tensión o inquietud. Una visualización placentera posee un efecto tranquilizador ya que representa una fuente de distracción para posibles pensamientos

estresantes. Dentro de las intervenciones para este último caso, se pueden citar los ejercicios de visualización guiada por parte de un instructor o profesional. Aquí se buscará que el paciente imagine un escenario en el que se encuentre relajado y tranquilo, marcando la diversidad de detalles sensoriales de dicha escena para volverla lo más vivida posible. Estos procedimientos de visualización orientada son de gran utilidad en el ámbito clínico para inducir estados de relajación (Payne, 2002).

Por su parte Bulacio (2011) marca que los procedimientos de visualización además de ser de gran utilidad para un mayor control mental, emocional y corporal, sirven para conseguir cambios a nivel conductual, ya que permite que el sujeto pueda imaginar comportamientos adaptativos ante posibles situaciones problemáticas. A su vez estas prácticas son útiles para acercar al individuo de forma gradual a la visualización de escenarios desagradables o ansiógenos. Desde esta perspectiva esta técnica puede desarrollarse en conjunción con la técnica de desensibilización sistemática.

3.3.2. Desensibilización sistemática

La desensibilización sistemática (DS) es una técnica conductual que fue desarrollada por Wolpe en los años 50 y es de las más utilizadas en el tratamiento de diversas patologías relacionadas con la ansiedad (Dahab, Rivadeneira & Minici, 2005). Este procedimiento está orientado a disminuir las respuestas de ansiedad y las conductas evitativas ante estímulos o situaciones temidas. El supuesto de esta técnica es que determinados estímulos despiertan automáticamente respuestas de ansiedad en el individuo y tienen como fin que esos mismos estímulos provoquen también de forma automática respuestas incompatibles con la ansiedad, impidiendo de esta manera el desarrollo de la misma y la ejecución de conductas de evitación. Las respuestas antagónicas a la ansiedad generalmente son respuestas de relajación, que funcionan como inhibidoras de los estados fisiológicos de la ansiedad, dando lugar al proceso denominado inhibición recíproca. Por otro lado la asociación gradual de la situación ansiógena a la respuesta antagónica de relajación, permite el condicionamiento de ambas y la superación de las respuestas de ansiedad desadaptativa, dando lugar al proceso de contracondicionamiento (Labrador, 2008).

Por otra parte existen otros procesos explicativos entorno a la DS, que demuestran su eficacia en ausencia de respuestas incompatibles a la de ansiedad. El proceso de habituación se caracteriza por una reducción de las respuestas ansiógenas a

partir de la repetición de la estimulación, el sujeto aquí se habituara a la situación temida sin una inhibición antagónica. Por otro lado el planteamiento basado en la extinción, marca como la falta de reforzamiento del estímulo ansioso, derivaría en una eliminación de las respuestas de miedo. Ambos planteamientos pueden ser complementarios a los de inhibición recíproca y contracondicionamiento. Tanto la habituación como el proceso de inhibición recíproca cuentan con un efecto a corto plazo, mientras que el contracondicionamiento y la extinción se caracterizan por poseer efectos a largo plazo (Van Egeren, 1971 como se citó en Labrador, 2008).

Siguiendo a Villamarin Cid (1990) se puede decir que la DS consta de tres fases en su aplicación:

- a) Entrenamiento en relajación muscular: Se suelen utilizar prácticas derivadas de los procedimientos de relajación muscular progresiva de Jacobson. Ruiz Fernández, Díaz García y Villalobos Crespo, (2011) destacan que la ventaja que presenta este tipo de procedimientos es la estructura sistematizada que favorece su aprendizaje y entrenamiento por parte del sujeto. De acuerdo con Kaplan y Sadock (2009) en este procedimiento el individuo primero debe alcanzar un estado de relajación total antes de ser expuesto a los estímulos ansiógenos, ya que las respuestas de relajación producen efectos fisiológicos y psicológicos opuestos a los de ansiedad.
- b) Elaboración de una jerarquía de estímulos ansiógenos: Aquí se elabora una lista de situaciones o circunstancias asociadas a un tema y se los organiza de acuerdo a la intensidad de ansiedad provocada. Por su parte Ruiz Fernández et al. (2011) mencionan que la jerarquía de ansiedad se organiza en base a puntuaciones asignadas a cada una de las situaciones, dependiendo del nivel de ansiedad adjudicado. Estas jerarquías suelen incluir entre 10 y 15 ítems y es importante que no haya mucha distancia en cuanto a la puntuación asignada entre ellos. La construcción de dicha jerarquía no es simple y suele llevar tiempo identificar y clasificar las situaciones sociales según el grado de ansiedad que producen.
- c) Desensibilización ante el estímulo: Aquí el sujeto se expone, bajo una modalidad real o imaginaria, a las diversas situaciones ansiógenas registradas en la jerarquía de ansiedad, mientras se encuentra en un estado de profunda relajación. Ruiz Fernández et al. (2011) destacan que si bien la DS puede

desarrollarse en vivo, suele ser un procedimiento que implica en primera instancia, la exposición al estímulo ansiogeno bajo una modalidad imaginaria. Desde esta modalidad la meta será que el sujeto se represente desde un plano imaginario cada uno de los ítems de la jerarquía de ansiedad establecida. La imagen producida a nivel mental debe ser lo más vivida posible, de tal manera que tenga la facultad de producir ansiedad y alcance la mayor similitud con la vida real. Según Kaplan y Sadock (2009) cuando el individuo sea capaz de imaginar lo más vívidamente posible el estímulo de mayor ansiedad de acuerdo a la escala de jerarquía y a su vez lo afronte con serenidad, entonces sufrirán muy poca ansiedad en su correspondiente escena de la vida real.

Con respecto a las variaciones de la DS y a los tipos de exposición, cabe resaltar que existen otras modalidades además del formato real o imaginario. Siguiendo a Labrador (2008) se puede citar a las siguientes:

- DS automatizada: En dicho procedimiento tras realizar una jerarquía de ansiedad específica para el paciente, los profesionales graban en una cinta magnetofónica las sesiones de DS, en las cuales se incluyen las instrucciones para ayudar a relajar al paciente, así como también la presentación paulatina de los ítems. Una de las ventajas de esta modalidad sería que el paciente puede autoaplicarse la exposición de los ítems de la lista de jerarquía con mayor frecuencia.
- DS por contacto: En este caso a diferencia de la DS real, el paciente se expone a los estímulos ansiógenos en compañía del terapeuta tratante, que funciona como modelo al exponerse a dichos estímulos antes que el paciente.
- DS por medio de movimientos oculares: Aquí la variación principal es la utilización de técnicas basadas en el movimiento sacádico de los ojos, que en este caso es implementado como respuesta incompatible a los estados de ansiedad.
- DS enriquecida: En esta modalidad, los profesionales ayudan al paciente a imaginar las escenas ansiógenas de forma más vívida, mediante la utilización de estímulos predominantemente físicos, como ruidos, olores o dramatizaciones de la situación.
- DS mediante realidad virtual: Estos procedimientos nacen a raíz de los nuevos desarrollos tecnológicos e informáticos, los cuales posibilitarían elaborar escenarios que simulen la realidad. Dicho procedimiento sería similar al de la

DS imaginaria, con el agregado de que incluiría toda la estimulación necesaria para que el individuo se sienta como si realmente estuviera inmerso en los escenarios ansiógenos. De esta manera el realismo de la presentación sería próximo al de la DS real. Siguiendo a García , Rosa-Alcázar y Olivares (2011) se puede decir que la utilización de herramientas como la realidad virtual , internet y otros dispositivos tecnológicos con los que se cuenta actualmente , responden a la necesidad de trabajar con modalidades de exposición más controladas y a la necesidad de desarrollar intervenciones cada vez más eficaces. Es así como estos recursos tecnológicos posibilitan un nuevo paradigma de intervención, en donde los pacientes no son solo meros observadores de imágenes, sino que también son activos participantes de un campo virtual.

4- Metodología

4.1. Tipo de estudio y diseño: El estudio realizado es de tipo descriptivo y el diseño es no experimental.

4.2. Participante

M de 21 años, es soltera y vive con sus padres. Actualmente no trabaja y es estudiante universitaria.

Ingreso a la carrera al terminar la secundaria y hoy se encuentra cursando el segundo año de la misma , manifestando una gran dificultad para poder enfrentar los exámenes orales y escritos.

Asiste a la primera consulta con una preocupación excesiva al tener que enfrentar los exámenes que se le presentan a lo largo de la carrera, lo que le impide avanzar en la misma. Anteriormente, nunca había consultado a un profesional por su problemática.

4.3. Instrumentos

- Observación participante de la paciente en 8 sesiones grupales, coordinadas por el psiquiatra.
- Historia clínica para analizar la evolución de la paciente en el tratamiento.

- Cuestionario de ansiedad de estado-rasgo (STAI), Spielberger (1983). Evalúa la ansiedad como rasgo y como estado.
- Inventario de valoración y afrontamiento (IVA). Basado en el modelo de Lazarus. Adaptación de Leibovich de Figueroa (1999). El modelo está compuesto por dos tipos de evaluación. A) Evaluación primaria: midió si el sujeto valora una situación irrelevante, amenazante o desafiante. B) Evaluación secundaria: evaluó los recursos que poseía el sujeto.
- Entrevistas semidirigidas al psiquiatra y a la psicóloga tratantes. Se recopilarán datos del tratamiento, las intervenciones que se van a realizar, los datos sobre el seguimiento, los puntos a trabajar en el tratamiento y las tareas que realizará el paciente entre sesiones.
- Entrevistas individuales semiestructuradas en conjunto con el psiquiatra. Se recabará información acerca de diferentes áreas de exploración: Motivo de consulta, Historia personal, historia familiar, características cognitivas y emocionales, Fortalezas y debilidades.

4.4. Procedimiento

Se reunió información de 8 sesiones grupales, observando las intervenciones del psiquiatra y la evolución de la paciente. Cada sesión tuvo una duración de 90 minutos y se llevó a cabo una sesión semanal.

En el transcurso de las mismas se realizaron entrevistas al psiquiatra a cargo de cada encuentro, donde se registraron datos del tratamiento, de las intervenciones que fueron realizadas, de los diferentes puntos trabajados en el tratamiento y las tareas que fueron realizadas por la paciente entre las sesiones.

Se tuvo en cuenta la historia clínica de la paciente para analizar su evolución, conocer aspectos referidos a sus antecedentes, como así también demostrar la eficacia del tratamiento.

Durante las entrevistas individuales se hizo entrega de los test autoadministrables a la paciente. En primer lugar el STAI y posteriormente el IVA. Se elaboró un análisis para conocer sus resultados.

5. Desarrollo

5.1 Presentación de la modalidad de tratamiento

En el presente trabajo se expone y analiza el abordaje terapéutico en el ámbito de un taller grupal de tratamiento del temor a exámenes según el modelo Cognitivo - Conductual en un paciente con fobia social y miedo a los exámenes.

El tratamiento fue dirigido por un psiquiatra y una psicóloga además de la participación de un pasante de la institución. El taller grupal de miedo a exámenes, fue integrado por cuatro pacientes y el mismo se desarrolló a lo largo de 8 encuentros, donde en forma sistemática se aportaron y entrenaron con los pacientes, los recursos necesarios para afrontar adecuadamente las situaciones de exámenes. Dicho taller tuvo una frecuencia semanal de aproximadamente 90 minutos de duración

El cronograma del taller terapéutico de temor a exámenes fue dividido de la siguiente forma:

- Primer encuentro: psicoeducación sobre el estrés y la ansiedad. Ansiedad positiva /ansiedad negativa, afrontamiento y evitación. Explicación del funcionamiento grupal. Planificación de metas a corto plazo.
- Segundo encuentro: repaso de los conceptos trabajados en el primer encuentro. Análisis y revisión de la modalidad de estudio. Tipos de atribución. Iniciación en la reestructuración cognitiva (identificación de pensamientos automáticos, irracionalidad de los pensamientos y cuestionamiento de los mismos).Tareas para el hogar (definición de un plan de estudios e Identificación de pensamientos desadaptativos a la hora de estudiar).
- Tercer encuentro: repaso de las tareas para el hogar. Revisión del plan de estudio. Explicación e implementación de técnicas de respiración y relajación. Tareas para el hogar (practica de ejercicios aprendidos).
- Cuarto encuentro: repaso de tareas para el hogar .Practica de respiración y relajación. Introducción en la imaginería Continuación de reestructuración cognitiva. Atribuciones erróneas y autocontrol. Asignación de tareas para el hogar (tareas de autorregistro de unidades subjetivas de ansiedad).

- Quinto encuentro: repaso de las tareas para el hogar. Prácticas de respiración, relajación e imaginación. Inicio de psicoeducación sobre la desensibilización sistemática y su relación con las técnicas de control de la activación. Desarrollo y jerarquización de situaciones temidas. Asignación de tareas para el hogar.
- Sexto encuentro: repaso de las tareas del hogar. Ensayo de desensibilización ante situaciones temidas. Introducción desde la imaginación a escenarios ansiógenos. Práctica de relajación y respiración e imaginación. Asignación de tareas para el hogar.
- Séptimo encuentro: repaso de las tareas asignadas. Continuación de la desensibilización sistemática. Trabajo grupal de exposición imaginaria. Técnica de Role Playing.
- Octavo encuentro: revisión del programa y de los puntos trabajados. Discusión y práctica sobre la aplicación de las técnicas aprendidas en el mundo real.

5.2 Presentación del caso

A partir de los datos obtenidos mediante entrevistas semiestructuradas y el análisis de los test administrados, se puede decir que la paciente, llamada M, tiene 21 años de edad, esta de novia hace un año y vive con sus padres en capital federal.

En la actualidad no trabaja y es estudiante universitaria. La paciente es la menor de tres hermanos, tiene una hermana de 23 años y un hermano de 27 años. Su padre y su madre son profesionales.

M comenzó el taller terapéutico de miedo a exámenes, manifestando como motivo de consulta el temor excesivo a la hora de rendir un examen, en especial las evaluaciones orales. Además manifiesta que posee grandes dificultades a la hora de participar o intervenir en las clases de las materias que cursa y que suele evitar situaciones en las que debe leer en público. En un mes sería su próximo examen oral de la materia Obligaciones.

Como antecedentes, M expresa que en su paso por el secundario, solía experimentar las mismas dificultades a la hora de rendir una evaluación, ya sea escrita u oral y que durante las clases prefería pasar desapercibida antes que participar activamente. Si bien nunca repitió de año, si le costó gran trabajo y esfuerzo recibirse.

La paciente no presenta enfermedades médicas y no consume ni consumió ningún fármaco o medicamento. M nunca antes realizó un tratamiento psicológico para abordar su problemática de temor a los exámenes y llegó a la consulta, a partir del conocimiento que obtuvo de la página web de la fundación.

5.3 Sintomatología inicial

Como fue expuesto con anterioridad el motivo de consulta por parte de la paciente fue que ante cada instancia de evaluación dentro del ámbito académico, experimenta excesivos niveles de ansiedad. Gracias a las entrevistas clínicas desarrolladas por los terapeutas en el transcurso del tratamiento, se consiguió comprender que si bien la paciente experimentaba como problemática principalmente las situaciones de exámenes, también padecía intensos niveles de ansiedad ante la mayoría de las situaciones sociales en las cuales se exponía. Es así como a partir de las entrevistas individuales semiestructuradas y la utilización de instrumentos específicos, se arribó a la conclusión de que las manifestaciones sintomatológicas de la paciente, correspondían con los criterios diagnósticos de ansiedad social según el DSM-5 (A. P. A, 2013). De esta forma se puede citar como la paciente experimentaba ansiedad intensa en un gran rango de situaciones sociales en las cuales se veía expuesta a una posible evaluación por parte de otras personas (criterio A), como pueden ser: las circunstancias en donde Mónica debía mantener una conversación con alguien extraño o no familiar, el hecho de ser observada mientras realiza determinadas actividades o actuar delante de otros individuos, como puede ser el hecho de hablar o leer en público. A su vez se pueden destacar otros criterios diagnósticos como por ejemplo el miedo intenso por parte de M a manifestar síntomas de ansiedad y ser juzgada de forma negativa o humillante (criterio B); el hecho de evitar o intentar pasar desapercibida ante situaciones sociales en las cuales la paciente se desenvuelve (criterio D) , así como también el cumplimiento del criterio temporal (criterio F) y la ausencia de enfermedades médicas o consumo de sustancia por parte de la paciente (A.P.A,2013). En base a este cuadro clínico general, se puede decir que el temor a los exámenes fue entendido como un epifenómeno de la ansiedad social (Bulacio, 2011).

A partir de las entrevistas clínicas, los instrumentos administrados y los datos aportados por la paciente en el transcurso de los encuentros del taller terapéutico, se puede decir que M posee una personalidad de base significativamente ansiosa. Los datos arrojados por el test STAI (anexo A), confirman lo que la paciente luego ira manifestando en el devenir de los encuentros fijados. El test mencionado informa que si bien M en el momento de realizarlo, experimentaba un estado de ansiedad considerado dentro de los parámetros normales, generalmente las respuestas de ansiedad tienden a ser estables en ella (Spielberger, 1980).

Por otra parte la paciente en el desarrollo de los encuentros informa ser una persona introvertida, retraída y generalmente reticente a la hora de comunicarse. La misma expresa que con gran frecuencia tiende a estar enfocada solo en las posibles consecuencias negativas de algún problema y normalmente suele sentirse nerviosa o inquieta por cosas aparentemente sin mucha relevancia. A su vez destaca que muchas veces suele estar muy pendiente de la opinión de los demás y manifiesta gran sensibilidad ante la crítica de terceros (Rey et al., 2006).

En cuanto a la dimensión social M tiene grandes inconvenientes a la hora de entablar vínculos y comunicarse con otras personas. Dentro de la universidad no posee ningún amigo y reporta importantes dificultades para interactuar con compañeros de cursada. Solo con un chico suele comunicarse y según ella es porque coinciden en el encuentro de la mayoría de las materias. Más allá de esto M por lo general presenta problemas en formar grupos de trabajo con sus compañeros de facultad o problemas a la hora de incluirse a reuniones durante las recesiones del cursado de una materia. Fuera del ámbito académico, la paciente no posee muchos amigos, sin embargo manifiesta estar conforme con el grupo al cual pertenece.

M destaca que además presenta grandes inconvenientes para leer o hablar en público y exponer sus conocimientos a otras personas, sobre todo ante figuras de autoridad. La paciente cita como suele evitar participar en sus clases de la facultad, por más que sepa del tema que se esté tratando, o intenta pasar desapercibida durante el desarrollo de las mismas. A su vez también expone como en una oportunidad se dirigió a la verdulería cerca de su hogar para comprar los ingredientes para hacer "tacos", a lo que la vendedora le pregunta cómo era la receta. M informa que en ese momento se ruborizó y bloqueó totalmente, sin lograr responderle. A su vez también relata como el hecho de

hablar por teléfono en frente de otras personas y existiendo la posibilidad de ser oída por estas, suele desembocar en un gran nerviosismo por parte de ella.

Con el análisis de los puntajes obtenidos con el IVA (anexo C) se puede concluir que en Mónica, las situaciones de exámenes son valoradas como amenazantes. En cuanto a las formas de afrontamiento, se puede destacar que la paciente tiende a enfrentar la situación de examen desde una modalidad cognitiva dirigida a la situación problemática. De igual forma, se puede identificar que en M predomina un afrontamiento conductual motor orientado hacia la misma dirección. Por otra parte, como ya se ha mencionado, se pudo identificar que si bien M algunas veces intenta evitar o huir de situaciones de exámenes, predomina en ella más bien una actitud pasiva, de hablar poco y pasar desapercibida, ante dichas situaciones.

En cuanto a las manifestaciones sintomatológicas de ansiedad que experimenta la paciente antes, durante y después de rendir exámenes se pueden distinguir tres tipos de respuestas: cognitiva, fisiológica y conductual (Alvarez et al., 2012).

En relación a la dimensión cognitiva, es decir la manera en que la paciente percibe, valorar e interpretar las diversas situaciones a las que se expone de acuerdo a sus esquemas (Beck et al., 1979). Se puede destacar que M antes de rendir un examen, por lo general tiene pensamientos negativos del tipo: “me va ir mal”, “no voy a poder”, “no me da la cabeza”, “no voy a llegar con todos los temas”, “el profesor es muy estricto”. En el caso de exposiciones orales, la paciente siempre piensa y anticipa “que va hacer un papelón” o el ridículo, recordando a su vez experiencias negativas en las cuales experimento gran malestar ante similares circunstancias (Herrerías, 2005). A su vez durante los exámenes M manifiesta tener frecuentes bloqueos mentales, quedarse en “blanco” o tener pensamientos tales como: “no me alcanza el tiempo”, “voy a desaprobado” o “no me acuerdo de nada”. Sobre esto último Mónica informa que por lo general ante los exámenes escritos presenta dificultades a la hora de organizar su tiempo para responder, mostrando siempre gran inseguridad con respecto a si lo que contesta es correcto o no. En cuando a las exposiciones orales o ante circunstancias en las cuales debe leer algo ante los demás alumnos y docentes, la paciente refiere bloquearse con frecuencia, dificultad para entender las preguntas que se le realizan u olvidarse de lo que estudio (acompañado de síntomas fisiológicos) y a partir de esto sentirse aún más observada y juzgada negativamente por los demás (Bados Lopez, 2005). Luego de rendir un examen, M refiere que en un primer momento por lo general tienen pensamientos

como “ya paso lo peor” o “ya está, ya termine”, sin embargo posteriormente tiene preocupaciones en torno a su rendimiento en el mismo, que se manifiestan a través de reproches por haberse olvidado de cosas que había estudiado o a partir de pronósticos desfavorables en cuanto a calificaciones que ella cree que obtendrá (Furlan ,2012).

En cuanto a los síntomas fisiológicos, se puede mencionar un aumento general de la activación simpática, esto incluye: presencia de palpitaciones, tensión muscular, sequedad bucal, sudoración, aumento de la frecuencia respiratoria, entre otros (Álvarez et al., 2012).M reporta que por lo general antes de entrar a rendir un examen, en especial si este es oral, suele sentir dolor de cabeza, contracturas musculares, nerviosismo e inquietud. Durante los exámenes la paciente manifiesta que con frecuencia experimenta taquicardia, opresión en el pecho, sudoración, malestar estomacal y a veces muchas ganas de ir al baño. Inmediatamente después de haber finalizado la instancia de evaluación, la paciente informa que en un primer momento experimenta un gran alivio o relajación, pero posteriormente suele sentir frustración, enojo y algunas veces tristeza por sentir tanto malestar en circunstancias de exámenes.

A nivel comportamental, se puede citar que la paciente antes de rendir un examen, suele tener inconvenientes a la hora de organizar el material de estudio y el tiempo de dedicación (Furlan et al., 2009).A su vez con frecuencia tiende a postergar el inicio del estudio o realización de tareas , aproximándose de esta manera a la fecha del examen o entrega de algún trabajo con mayores niveles de ansiedad (Kohan Cortada, 2009).Además de la procrastinación ,M manifiesta que en algunas ocasiones intenta evitar las situaciones de exámenes o en caso de ser posible solicita rendir ultimo o lo más tarde posible. Durante los exámenes suele inhibirse, presentar inquietud motora o dificultad para estarse quieta, posturas rígidas, tartamudeo o cambios en la voz. Finalizado el examen M suele encerrarse en su hogar y no querer hablar del tema con nadie.

En el transcurso del tratamiento desarrollado en el taller terapéutico, se analizaron y trabajaron diversos puntos o dimensiones específicas. En primera instancia se fijó como objetivo, que M pueda presentarse a rendir el examen oral de la materia Obligaciones en el mes de septiembre, centrándose en la posibilidad de que la paciente pueda tramitar esta instancia lo mejor posible y a su vez pueda sentirse más tranquila en su vida cotidiana respecto al temor que le provocan las circunstancias de examen (Bulacio ,2011).

Posteriormente a lo largo del abordaje terapéutico se llevó a cabo un proceso de psicoeducación sobre conceptos como el de ansiedad y estrés, la relación entre ambos y tipo de manifestaciones. A su vez se trabajaron temas como el de valoración, tipos de atribución, afrontamiento y evitación, asociándolos ulteriormente a la situación de examen. Se hizo hincapié sobre la necesidad de contar con un óptimo plan de estudios, para encarar lo que serían los próximos exámenes, ya que muchos de los inconvenientes asociados al temor a las instancias de evaluación son derivados con frecuencia de una mala preparación para los mismos (Herrerías, 2005).

Por otra parte durante el tratamiento se implementaron diversas técnicas de intervención, con el propósito de tratar y superar las problemáticas de los pacientes en torno al temor a los exámenes. Dentro de dichas técnicas se pueden citar las siguientes: técnicas de reestructuración cognitiva, técnica de control de la activación y técnicas de exposición, que incluye a la DS y role playing (Bulacio, 2011). Cabe resaltar que si bien la implementación de las mismas fue dentro de un marco grupal, existieron intervenciones orientadas de forma particular a cada uno de los pacientes integrantes del grupo terapéutico. A continuación se expondrán dos de las técnicas nombradas, analizando y describiendo como fueron trabajadas por M en el transcurso del tratamiento.

5.4 Técnicas de control de la activación

Se pudo registrar, a partir de las entrevistas y los datos aportados por la paciente, que al inicio del proceso terapéutico M manifestaba elevados niveles de activación fisiológica. La misma, como ya se nombró con anterioridad, se expresaba ante la mayoría de las situaciones sociales en las cuales la paciente se veía expuesta, siendo las principales las instancias de exámenes.

Posteriormente a los primeros encuentros, en donde se desarrolló un proceso psicoeducativo y se trabajó sobre las creencias irracionales, pensamientos automáticos, valoraciones y atribuciones erróneas de la paciente frente a las situaciones de exámenes, los terapeutas dieron inicio a la implementación de las técnicas de control de la activación. El fin de dichas técnicas es conseguir que la paciente, aprendiera a controlar a voluntad los estados indeseados de sobreactivación fisiológica y lograr por lo contrario un estado de relajación (López de la Llave & Pérez Llantada 2010).

Los terapeutas tratantes en primera instancia, introdujeron a la paciente en la técnica de control de la respiración. En este caso la psicoeducación impartida por los profesionales incluyó una explicación conceptual de la técnica, una descripción de los ejercicios a seguir y de cómo los mismos ayudan a un control de los niveles de activación.

Los terapeutas, a modo explicativo, transmitieron a la paciente que existen 2 centros reguladores de la respiración: uno automático y el otro voluntario. Si bien la respiración tiende a ser una respuesta automática, la paciente podría, de forma voluntaria, controlar e inhibir a lo involuntario. De esta manera los profesionales manifestaron que el objetivo es que la paciente logre automatizar un correcto control voluntario de su respiración para luego poder aplicarlo ante situaciones problemáticas, esencialmente ante circunstancias de examen (Labrador, 2008).

Posteriormente los terapeutas expusieron cuáles deben ser las condiciones para que exista un óptimo control de la respiración. La misma debe ser: cómoda, nasal, suave, lenta, profunda, rítmica y abdominal (Bulacio, 2011). Finalizada la explicación sobre en qué consiste la respiración, sus mecanismos y condiciones, se dio lugar a la práctica de la misma por parte de la paciente bajo el seguimiento y supervisión de los terapeutas.

El primer paso en la aplicación de la técnica fue, desarrollar condiciones facilitadoras para su aprendizaje. Es así como los terapeutas solicitaron a M que busque sentirse lo más cómoda posible en su asiento. Es así como la paciente primero se liberó del cuaderno y la birome con los cuales tomaba apuntes de los encuentros y se dispuso a seguir las indicaciones de los profesionales. Los terapeutas indicaron que debería tener la cabeza ligeramente elevada, sin tensión en el cuello y con las piernas estiradas y ligeramente separadas. A su vez los profesionales para facilitar la relajación corroboraron que el ámbito donde sería aplicada la técnica sea silencioso y tranquilo, ya que esto favorecería el reconocimiento de señales corporales (Labrador, 2008). Mónica, a pedido de los terapeutas, continuó cerrando sus ojos e intentó desconectarse todo lo posible de cualquier pensamiento o perturbación, para de esta manera poder enfocarse en sus propias sensaciones físicas.

Luego de unos segundos y de alcanzar una postura ideal, se indujo a la paciente a que dirija el aire inspirado nasalmente, a la parte inferior de sus pulmones haciendo que el diafragma descienda hasta el máximo de la capacidad pulmonar, consiguiendo de esta manera una inspiración profunda y abdominal. Para que la paciente pudiera centrarse en su propio patrón respiratorio y pudiera percibir cada ciclo de inspiración e

espiración los terapeutas le indicaron que colocara una mano por encima del estómago y la otra en el abdomen, por debajo del ombligo. Los terapeutas destacaron que la ejecución de un patrón respiratorio caracterizado por una inspiración e expiración lenta, regular y con volúmenes de aire elevados, favorecería a una óptima oxigenación pulmonar y a su vez a una disminución de la activación física general (Labrador, 2008).

Luego de ejercitar esta forma de respiración, los profesionales se centraron en la dimensión rítmica de los ciclos de inspiración y exhalación. Se le expuso a M como regular y sincronizar los tiempos de respiración, de tal manera que consiga una secuencia 6-3-6-3. Esto quiere decir, 6 segundos de inspiración, 3 de retención del oxígeno y 6 segundos de exhalación y luego nuevamente 3 segundos de retención (Bulacio, 2011). Sobre este punto M presentó dificultades, expresando que nunca había realizado un ejercicio como el presentado y que “llegaba exigida” o sin aire a los tiempos sugeridos, por lo tanto los profesionales propusieron disminuir la secuencia a 3-2-3-2. M presentó menos dificultades a la hora de realizarlo y con la práctica reiterada consiguió poder alcanzar un nivel de armonía en los tiempos ventilatorios, en el cual se sentía cómoda (Bulacio, 2011).

Luego de ser ejercitados los procedimientos de respiración, se continuó con el aprendizaje de las técnicas de relajación muscular. Los terapeutas, explicaron a la paciente que el fin de dicho procedimiento es conseguir un estado de relajación a partir de la tensión y relajación alternativa de diferentes grupos musculares. De esta forma la paciente podría registrar y representarse mentalmente la sensación del músculo en un estado de relajación y diferenciarlo de la sensación del músculo en un estado de tensión (López de la Llave & Pérez Llantada 2010). A su vez los profesionales psicoeducaron a la paciente, informando que con la disminución de la tensión corporal o física, conseguiría reducir la actividad simpática y generar por lo tanto estados de relajación (Payne, 2002).

Al igual que en los ejercicios de respiración, los terapeutas solicitaron a la paciente que antes de aplicar la técnica, se ubique lo más cómoda posible en su asiento. Los terapeutas le sugirieron que la espalda, desde los glúteos hasta los hombros, quede completamente apoyada al mismo. A su vez los brazos de la paciente, que en un inicio estaban cruzados, fueron estirados y colocados pegados al cuerpo, con las palmas hacia abajo. A su mismo las piernas fueron recogidas y separadas ligeramente una de otra. Luego se le solicitó a la paciente que cerrara los ojos y que despeje su mente de

cualquier pensamiento o preocupación que impida el registro mental de las señales físicas-corporales.

Una vez que la paciente logro el estado de comodidad deseado, junto con un entorno tranquilo y sin ruidos se dio inicio a la práctica de relajación , donde se trabajó de forma pormenorizada diferentes grupos musculares, hasta llegar a hacerlo con todo el cuerpo (Labrador ,2008). En primera instancia los terapeutas, de forma pausada y monótona, dieron la instrucción a la paciente de contraer los dedos de los pies, “como si quisiera tomar algo con ellos”, por 20 segundos aproximadamente registrando la sensación de tensión y luego aflojar los mismos, registrando mentalmente la sensación de relajación. El mismo trabajo de contracción y relajación muscular le demandaron los terapeutas a Mónica con respecto a los pies y las piernas en general, en donde se le pedía tensionar los cuádriceps, experimentando dicha contracción hasta las rodillas, registrando psicológicamente el contraste entre la tensión y relajación. Posteriormente se trabajó de igual forma en la zona del abdomen, donde la contracción que M debía realizar, era casi como “hacer un abdominal”, pero sin mover el resto del cuerpo. Luego se continuó por la espalda, donde aquí fue conveniente que la paciente separe unos centímetros el cuerpo del respaldo del asiento para que pueda, en posición erguida, contraer los hombros hacia atrás lo máximo posible aproximadamente por 20 segundos, registrando siempre los estados de tensión y relajación. En el caso de los hombros los profesionales marcaron que la paciente debía contraerlos hacia arriba como si fuera un gesto de “no importancia”, pero ejerciendo mucha fuerza y con su correspondiente registro mental de las sensaciones de tensión y distensión. Se continuó con los brazos, en donde se le pidió a M que los flexione y los ajuste contra su cuerpo, con los puños bien apretados y cerrados por 20 segundos e identificando las señales de tensión y relajación. Luego se prosiguió de la misma manera con el cuello y el rostro, en donde se le demandaron a la paciente procedimientos tales como: apretar con fuerza los dientes o fruncir los músculos del ceño y frente. Hacia el final de la ejercitación, los terapeutas orientaron a la paciente a una contracción generalizada del cuerpo, en la cual M tensionó todos los músculos que van desde los pies hasta la cara, tratando de ser consciente de ello.

Finalizada la instrucción y aplicación de la técnica de respiración y relajación muscular, los terapeutas interrogaron a la paciente acerca de la experiencia. M manifestó que se sintió a gusto con el desarrollo de las técnicas y que logró obtener un estado de tranquilidad corporal y psicológica. Los terapeutas a su vez, remarcaron a la

paciente la importancia de la práctica diaria de dichos procedimientos en su hogar o dentro de sus ámbitos habituales con el objetivo de que pudiera internalizar las técnicas y de esta forma poder utilizarlas activamente en los momentos en los que las necesite (Labrador, 2008).

Seguido del aprendizaje y práctica de las técnicas de respiración y relajación muscular, los terapeutas a cargo introdujeron a la paciente en la técnica de visualización, técnica que de acuerdo a lo transmitido por los terapeutas aumentaría los beneficios aportados por los procedimientos anteriores.

La psicoeducación aquí se centró en la idea de que la visualización es una herramienta muy útil para que la paciente alcance un mayor control a nivel psicológico, emocional y físico (Bulacio, 2011). Se manifestó a la paciente que dicho recurso, se basa en la producción de una imagen mental agradable, capaz de transmitir paz. Dicha visualización favorecería a conseguir en la paciente, mayores niveles de tranquilidad y armonía ya que representaría un medio para evitar cualquier pensamiento estresante (Payne, 2002).

Una vez que los terapeutas definieron conceptualmente la técnica de visualización, se introdujo a la paciente en la práctica de la misma. En primera instancia se le solicitó a M que comience con los ejercicios de relajación y respiración aprendidos. Posteriormente cuando la respiración de la paciente era armónica y suave, los terapeutas orientaron a la misma a que evoque una imagen agradable, que ella juzgue como ideal en cuanto a tranquilidad que transmite (Payne, 2002). La imagen ideal elegida por M fue la de la playa y el mar. A partir de esto, los terapeutas guiaron a la paciente, para que visualice dicho escenario lo más vivido posible, intentando de que M se imagine como si ella estuviera allí. De esta manera, los profesionales indicaron a la paciente que trate de percibir, usando todos los sentidos, el paisaje con sus formas, los colores, brillos, presencia de objetos o personas, movimientos, que se concentre en los sonidos ambientales, las sensaciones táctiles del aire o la arena en este caso y la posición de su cuerpo (Valiente, 2006). Finalmente los terapeutas le pidieron a Mónica que trate de concentrarse en descubrir la sensación de bienestar al estar en conectada con esa imagen mental. La paciente al principio tuvo algunos inconvenientes a la hora de visualizarse de forma vivida a ella misma en el escenario escogido. Sin embargo gracias a la guía de los profesionales, en donde de a poco se fue puntualizando en los detalles sensoriales mencionados, M consiguió elaborar su imagen ideal, que

posteriormente utilizaría a lo largo del tratamiento en conjunción con las técnicas de relajación y respiración.

Los profesionales transmitieron a la paciente que la técnica de visualización además de ser beneficiosa para un mayor control emocional, mental y fisiológico, también son muy útiles para conseguir cambios en una dimensión conductual. Esta técnica permitirá a la paciente poder imaginarse a sí misma ante situaciones problemáticas, visualizando acciones deseadas y respuestas adaptativas. Por otra parte los terapeutas manifestaron que desde estas prácticas se puede acercar gradualmente a la paciente ante escenarios ansiógenos, convirtiéndose la visualización en una modalidad de exposición dentro del proceso de desensibilización sistemática (Bulacio,2011).

Finalizada entonces la instrucción y aplicación de las técnicas de control de la activación, los terapeutas solicitaron a la paciente que para el próximo encuentro elaborara una lista con todas aquellas situaciones, que a su criterio, eran capaz de generarle estados de ansiedad. A si mismo se le pidió que jerarquice dichas situaciones de 1 a 10 de acuerdo a la intensidad de las mismas, siendo el 1 el de menor intensidad (Ruiz Fernández et al. ,2011).

5.5 Desensibilización Sistemática

Seguido de los encuentros en los cuales se ejercitó y entreno con la paciente las técnicas del control de la activación, se dio inicio al proceso de desensibilización sistemática. En primer lugar, la paciente junto con los terapeutas, llevaron a cabo una revisión de las unidades subjetivas de ansiedad registradas por M y se definió una jerarquización de las mismas, en base al nivel de ansiedad producida por cada una (tabla 1).No fue una tarea sencilla por parte de la paciente aplicar un valor numérico a las situaciones ansiogenas, ni tampoco lo fue cotejarlas y decidir su ubicación (Ruiz Fernández et al. ,2011).

Posteriormente los terapeutas, a modo explicativo, describieron en qué consistía la técnica de desensibilización sistemática y su relación con las técnicas desarrolladas con anterioridad. Es así como se le transmitió a M, que el objetivo de dicha técnica era tratar de conseguir reducir las respuestas de ansiedad y evitación ante los estímulos temidos, esencialmente ante las instancias de evaluación. Esto se lograría en la medida en que la paciente se exponga gradualmente ante las situaciones temidas, asociando a

las mismas con respuestas incompatibles a la ansiedad, como es el caso de la relajación (Labrador ,2008).

Los profesionales describieron a la paciente la dinámica de los ejercicios a realizar. Los mismos, resaltaron que era necesario avanzar gradualmente por cada ítem de la jerarquización de ansiedad confeccionada, iniciando por aquellas situaciones de menor nivel e ir progresando por aquellas de mayor intensidad. El proceso de desensibilización escogido fue desde una modalidad imaginaria, dada la imposibilidad de desarrollar una desensibilización real (Villamarin Cid ,1990). Desde esta versión, los terapeutas manifestaron que el procedimiento consistía en que la paciente se figure, desde un plano imaginario, cada una de las unidades subjetivas de ansiedad registradas en la jerarquización elaborada. Para este propósito los profesionales le indicaron a M que debía representarse cada escenario de los ítems correspondientes, de la forma más vivida posible. Al igual que en la práctica de los ejercicios de visualización, los terapeutas sugirieron que la paciente intente imaginar cada detalle puntual del escenario escogido, imaginándose como si estuviera viviendo esa circunstancia, de tal forma que dicha representación alcance una semejanza con la vida real y tenga la propiedad de generar estados de ansiedad (Ruiz Fernández et al. ,2011). A su vez los profesionales destacaron, a modo psicoeducativo , que cuando M lograra visualizar lo más vívidamente posible la situación de mayor ansiedad dentro de la lista de jerarquías (en este caso la situación de examen) y la enfrente con tranquilidad conseguiría efectos similares a la hora de afrontar dicha circunstancia en la vida real (Kaplan & Sadock ,2009).

Tabla 1.

Jerarquía de situaciones ansiógenas y grados de intensidad.

Escenario Ansiógeno	Grado de intensidad (1 - 10)
Jugar en un torneo de Handball	6
Acudir a fiestas y conocer gente nueva.	7
Entrevista de trabajo.	8
Hacer un reclamo personalmente.	9
Hablar o leer en público.	9
Exámenes de la facultad.	10

Una vez dada la introducción conceptual de la técnica, los terapeutas dieron comienzo a la aplicación de la misma. El procedimiento inicio cuando los profesionales, indujeron a la paciente a que se ubique lo más cómodamente posible en su asiento. Luego se le pidió a M que trate de desarrollar las técnicas de control de la activación aprendidas y que realizara un gesto con la mano que indicara cuanto estaba completamente relajada, para de esta forma dar inicio a la presentación del primer ítem. En primera instancia M llevó a cabo la técnica de relajación muscular bajo las indicaciones de los profesionales. Seguido a esto, tomó lugar el desarrollo de las técnicas de respiración y visualización de la imagen ideal.

Tras la señal de estar relajada, los terapeutas dieron inicio a la presentación de los primeros ítems de la lista. Ante cada escenario propuesto, los terapeutas guiaban a M con el objetivo de que esta, intente imaginar con la mayor nitidez posible cada situación registrada y en el caso de hacerse manifiesto síntomas de ansiedad, el procedimiento se interrumpía y se dejaba lugar a la implementación de las técnicas de relajación. Si la paciente no experimentaba síntomas de ansiedad, los terapeutas seguían manteniéndola desde la imaginación en el mismo ítem durante unos segundos y luego repetían los ejercicios de relajación. De esta manera el esquema de la sesión era el siguiente: relajación, presentación de ítem, pausa /relajación, presentación de ítem.

M comenzó a trabajar con los ítems de menor intensidad ansiógena, avanzando de esta manera hasta las situaciones de mayor nivel dentro de la jerarquía elaborada. Durante el trabajo de cada escenario registrado, los terapeutas guiaban a la paciente con el propósito de que esta visualice cada situación, como si estuviera realmente allí (Ruiz Fernández et al, 2011). Es así como indujeron a M a que se imagine en un partido de handball en el club en el cual lo practica, haciendo hincapié en la focalización sensorial de diversos detalles como la entrada del club, sus compañeras, el entrenador, el público, los rivales y el desarrollo del juego. Como ya fue explicitado, ante cada aparición de síntomas de ansiedad, la paciente se disponía a realizar los ejercicios de relajación aprendidos. De esta forma y bajo la misma modalidad, se fue progresando hacia las situaciones en las cuales la paciente se encontraba en una fiesta o reunión, en contacto con gente que no conoce; ante una entrevista laboral, basado en una experiencia reciente de la paciente; ante la situación en la cual la paciente debe presentar una queja o estar en desacuerdo con alguien; así como también ante el escenario en el cual debe hablar en

público o leer algo en presencia de otras personas. Poco a poco se fue arribando a los escenarios más ansiógenos para la paciente que son las circunstancias de exámenes, particularmente las evaluaciones orales.

Llegados a este punto, los terapeutas junto con la paciente desarrollaron un proceso de imaginación y relajación, basado en pequeños estadios según la intensidad de ansiedad experimentada en cada uno de ellos. Se comenzó la ejercitación con la paciente visualizándose a sí misma ingresando a la universidad para rendir su próximo examen de la materia Obligaciones. Al igual que en el resto de los ítems, los terapeutas remarcaron la importancia de que M intente figurarse dicha situación de la forma más nítida y vivaz posible, centrándose en los diversos detalles sensoriales y registrando al mismo tiempo sus propias sensaciones. Ante dicho escenario, M manifestó síntomas de ansiedad que identificó con una intensidad de 6. Como consecuencia los terapeutas frenaron el ejercicio y guiaron a la paciente hacia las prácticas de relajación. Posteriormente se volvió a retomar el mismo ítem y se llevó a cabo el mismo procedimiento de imaginación. Luego se avanzó hacia la visualización de la paciente ingresando al aula donde debía rendir la evaluación, panorama que M clasificó con un puntaje de 8, en cuanto a la intensidad de la ansiedad experimentada. Se continuó con los ejercicios de relajación y posteriormente se volvió a retomar el mismo ítem. Para finalizar la paciente se introdujo en la visualización de ella dando el examen oral y respondiendo a las preguntas de los 2 docentes de la materia Obligaciones. En dicho escenario, fue donde M experimentó mayores niveles de ansiedad, al cual le adjudicó un puntaje de 10. Fueron varias las oportunidades en las cuales se pusieron en marcha los ejercicios control de la activación, con el fin de inhibir los estados fisiológicos de ansiedad y lograr un estado de relajación ante la exposición imaginaria a dichos escenarios (Labrador, 2008).

Finalmente los terapeutas asignaron a la paciente que, como tarea para el hogar, debía entrenar las técnicas de relajación junto con la jerarquización de las situaciones de ansiedad. En los próximos encuentros se retomaría y seguiría trabajando cada uno de los puntos analizados en el proceso de desensibilización.

5.6 Cambios manifiestos en la sintomatología de la paciente

Con respecto a la evaluación final, se volvieron a administrar los test utilizados en las primeras entrevistas. Los mismos manifestaron que en el desarrollo del tratamiento, M consiguió algunos cambios a resaltar.

A partir de los datos obtenidos del IVA (anexo D), se puede marcar que hay cambios en M en cuanto a su tendencia a valorar los exámenes de forma amenazante. Según los datos arrojados por el test, se puede decir que la paciente pasó de valorar a las situaciones problemáticas de exámenes como amenazantes a valorarlas más como desafíos. Es decir, que se siente con mayor capacidad y recursos para controlar una situación conflictiva para ella (Bulacio, 2011). En cuanto al afrontamiento, se registró que M presenta varios cambios a destacar. Por un lado aumentaron los afrontamientos cognitivos tanto dirigidos a la situación como a la emoción, principalmente este último. Esto marcaría que M presentaría modificaciones en las valoraciones o significaciones ya sea dirigidas a la situación problemática, como aquellas orientadas hacia sí misma (Lazarus, 2000). Por otra parte si bien siguió predominando en M un afrontamiento conductual motor dirigido a la situación, se registró a su vez un aumento del afrontamiento basado en la acción motora orientada a la propia emoción. Esto indicaría que habría aumentado la tendencia de la paciente a realizar cosas para disminuir sus tensiones ante situaciones problemáticas y lograr mayores niveles de relajación y seguridad (Lazarus, 2000). Con respecto al afrontamiento pasivo y evitativo, se puede decir que M presentaría una disminución en ambas variables. Por lo tanto tendería a evitar menos las circunstancias problemáticas de examen y a si mismo se reducirían sus inclinaciones a tratar de pasar desapercibida de dichas situaciones problemáticas.

Los datos arrojados por el STAI (anexo B), expresan que M en el momento de realizarlo marcó un estado de ansiedad de 62 puntos, lo cual marca que no es significativa. Por otra parte, la ansiedad como rasgo es de 76 puntos, que si bien marca que la paciente es de base significativamente ansiosa, se destaca que disminuyó dicha puntuación con respecto a la sintomatología inicial (Spielberger ,1980). Al disminuir la ansiedad como rasgo, se puede resaltar que habría una disminución en la tendencia por parte de la paciente, a valorar como amenazantes a un abanico de situaciones y consecuentemente también habría una disminución en las respuestas de ansiedad que acompañan a dicha dimensión cognitiva (Ries et al., 2012). Estos datos se evidencian y complementan con los obtenidos por el IVA los cuales, como ya se marcó, expresarían que la paciente presentaría una reducción en las valoraciones de amenaza entorno a las situaciones problemáticas de examen y un aumento de la valoraciones de las mismas como desafío.

A partir de los datos obtenidos por los instrumentos administrados, los datos manifestados por la paciente, la observación participante, la historia clínica y las

entrevistas al psiquiatra tratante, se puede decir que la paciente evolucionó favorablemente con respecto a su estado inicial.

En el transcurso del tratamiento la paciente manifestó cambios importantes en cuanto a sus síntomas y su intensidad, pudiendo afirmarse que el tratamiento produjo los efectos esperados. En el transcurso de los encuentros desarrollados en el taller, se pudo registrar como la paciente a medida que avanzaba en el tratamiento se comunicaba de manera mucho más suelta, tranquila y libre de nerviosismo. M se mostraba más participativa en la dinámica de los encuentros y presentaba mayor seguridad y confianza a la hora de dialogar con los terapeutas y el resto de los pacientes. Esto es importante resaltarlo ya que M en sus manifestaciones sintomatológicas iniciales reportaba, presentar grandes dificultades a la hora de hablar o leer en público, participar en sus clases de la universidad, hablar con alguien desconocido o exponer sus conocimientos. La experiencia dentro del taller terapéutico, indicaría que la paciente evolucionó favorablemente en este aspecto, en gran medida gracias a los beneficios de trabajar bajo una modalidad grupal, ya que trabajar con dicho formato facilitaría la exposición y al aprendizaje vicario (Heimberg & Juster, 1995 como se citó en Velasco, 2007). Cabe distinguir también que M reportó tener mayores participaciones en el ámbito académico, ya sea a la hora de intervenir durante las clases como a la hora de integrarse a sus compañeros en los momentos de receso.

En cuanto al análisis de la puesta en práctica de las diversas técnicas desarrolladas a lo largo del tratamiento, se puede marcar que derivaron en un cambio positivo para M. Ella misma transmitió como en el caso de las técnicas de control de la activación y desensibilización sistemática, posibilitaron, gracias a su entrenamiento diario, a que pueda sobrellevar de mejor manera los escenarios imaginarios temidos asociados al ámbito académico. De igual manera, la paciente refirió como la implementación de técnicas como la reestructuración cognitiva, le permitieron encontrar pensamientos alternativos a las significaciones negativas que estaba acostumbrada a adjudicar a las circunstancias de exámenes y a las posibles consecuencias negativas en caso de obtener un mal rendimiento (Herreras, 2005).

M se presentó finalmente al examen oral de la materia Obligaciones. La paciente transmitió lo beneficioso que fue para ella el hecho de contar con un plan de estudios, en torno al cual organizó de forma más óptima su tiempo y material de estudio, derivando en el desarrollo de una mejor preparación para su examen (Furlan et al.,

2009). A sí mismo la paciente expuso como en los días anteriores a la fecha de examen, ejercitó con mayor frecuencia las técnicas de relajación aprendidas en el taller y como implementó a las mismas en los instantes previos a que sea asignada para desarrollar el examen oral. M destacó que en el transcurso de su exposición oral, en ningún momento experimento niveles de ansiedad exagerados, como solía pasarle en general. La paciente remarcó que durante su examen presento un nerviosismo que ella clasificó como moderado y que en ninguna oportunidad se bloqueó o tuvo palpitaciones o agitación, como si le ocurría con anterioridad.

Los terapeutas destacaron que la paciente en el transcurso del tratamiento, consiguió aprender a identificar y registrar los pensamientos desadaptativos y creencias irracionales, ya sea en la situación de examen, como en las fases de estudio. A su vez adquirió recursos para poder cuestionar dichas variables cognitivas y encontrar nuevas maneras de significar sus experiencias. Según los terapeutas, la paciente también logró aprender a identificar y registrar los indicadores o respuestas fisiológicas de la ansiedad y desarrollar en esos momentos, los ejercicios de relajación trabajados durante el tratamiento. Los profesionales destacaron y coincidieron que el aprendizaje e incorporación de la mayoría de estas herramientas por parte de M, se debió en gran medida al apoyo y acompañamiento grupal del taller, el cual desde esa modalidad, potencio el desarrollo de los recursos brindados a la paciente (Bulacio, 2011).

6. Conclusiones

Se puede marcar que los objetivos planteados en el presente trabajo, fueron básicamente cumplidos. Para arribar a dicha conclusión se llevó a cabo una evaluación integrativa entre las entrevistas semiestructuradas a la paciente, las entrevistas a los profesionales tratantes, la observación participante del progreso de la paciente en el devenir de los encuentros dentro del taller de miedo a exámenes, el análisis de los test administrados en el inicio y final del proceso terapéutico. A esto debe añadirse el análisis bibliográfico de diferentes conceptos que fueron trabajados durante el abordaje terapéutico. Entre ellos están los conceptos de estrés, ansiedad, trastornos de ansiedad y especialmente la relación entre la ansiedad social como cuadro ligado al temor a los exámenes y exposiciones orales (Bulacio ,2011).

Durante el desarrollo del proceso terapéutico se contó con la posibilidad, gracias a las observación de las sesiones del mismo y los aportes brindados tanto por los

profesionales como por la paciente, de llegar a comprender e identificar las diferentes características sintomatológicas de la paciente y de cómo estas se manifiestan e interfieren en la vida de la misma. La psicoeducación ofrecida por los terapeutas a lo largo del tratamiento permitió a la paciente informarse acerca de las dimensiones implicadas en su problemática, así como también los mecanismos que desencadenan y mantienen a la misma. A su vez dicha psicoeducación posibilitó conocer e incorporar las diferentes técnicas y procedimientos diseñados para un abordaje integrativo. Es así como en el devenir de los encuentros programados, se logró registrar la puesta en práctica de diferentes técnicas de modificación de la conducta bajo el modelo cognitivo conductual.

La paciente aprendió durante el proceso terapéutico, la importancia de contar con un adecuado plan de estudios y la planificación de un cronograma lo más realista posible para lograr una óptima preparación para los exámenes. Los terapeutas resaltaron el término realista, es decir que dichos puntos puedan ser verdaderamente cumplidos, ya que de ser así aumentaría la autoeficacia de la paciente y a su vez posibilitaría pequeños afrontamientos durante la etapa de estudios, evitando de esta manera la procrastinación o postergación de los mismos, que eran manifestaciones bastante frecuentes en la paciente. M aprendió que al ir postergando sus estudios y responsabilidades, no solo interferiría en el avance de su carrera, sino que también en un futuro sus niveles de ansiedad irán aumentando progresivamente, haciéndosele más difícil afrontar las instancias de examen (Kohan Cortada, 2009).

Por otra parte la paciente aprendió a conocer y registrar sus respuestas fisiológicas de ansiedad, así como también la incorporación de técnicas que le permitieron ir controlando de forma paulatina dichos estados. Los terapeutas coincidieron en marcar, lo importante que fue que M aprendiera a no significar de forma negativa las manifestaciones fisiológicas de ansiedad, entendiendo que podía inhibirlas gracias a la aplicación de ejercicios que tenían como fin producir estados antagónicos al de la ansiedad (Labrador, 2008).

A su vez la paciente incorporó herramientas para modificar sus apreciaciones y atribuciones entorno a sus propios recursos y a las situaciones ansiógenas a las cuales se exponía, especialmente ante las situaciones de exámenes. La paciente desarrolló estrategias, para identificar variables cognitivas como pensamientos automáticos negativos, creencias irracionales, diálogos internos o imágenes mentales inútiles y

cambiarlas por formas de pensar y actuar alternativas que representen una manera más realista de encarar las situaciones problemáticas en las cuales se ve envuelta (Beck et al., 1979).

M rindió su examen oral de la materia Obligaciones en la fecha pautada y lo ha hecho muy bien, logrando de esta manera el objetivo a corto plazo consensuado entre la paciente y los profesionales tratantes. Además la paciente manifestó cambios significativos en su vida cotidiana, como por ejemplo el hecho de mejorar sus habilidades sociales en el ámbito académico y social. De a poco comenzó a interactuar e integrarse más a sus compañeros de la universidad y a tener mayor confianza y fluidez a la hora de intervenir ya sea en las clases de sus cursadas, como en la comunicación con personas que no conoce o que no son del ámbito familiar. Esto último se pudo observar también con su presencia e intervenciones en la dinámica grupal del taller, la cual fue dándose, a medida que se avanzaba el mismo, de manera más relajada y con menos síntomas ansiosos. Por otra parte al desarrollarse un abordaje terapéutico basado en una modalidad grupal, le proporcionó a la paciente la posibilidad de escuchar y compartir experiencias, con otras personas que padecían problemáticas similares. Esto represento una fuente de apoyo emocional para M, la cual se sentía acompañada en sus problemáticas y una instancia que favorecía al aprendizaje vicario (Velasco, 2007).

Con respecto a las limitaciones del pasante, se puede decir que lo más relevante fue, a lo mejor por la falta de experiencia en el campo clínico, la poca claridad a la hora de realizar preguntas o intervenciones durante las entrevistas establecidas con los terapeutas tratantes y la paciente, así como también conseguir mayor soltura en la participación de la dinámica grupal del taller terapéutico. A su vez otra limitación que se puede citar es la dificultad que acarreo encontrar una dirección a la hora de realizar el presente trabajo, en gran medida producto de la elevada cantidad de bibliografía disponible y a la multiplicidad de temas tratados en el taller.

En cuanto a las limitaciones de la paciente, se puede citar la falta de perseverancia de la misma para realizar las tareas encomendadas por los profesionales tratantes, así como también la tardanza en la devolución de los test administrados. Otra limitación que puede ser citada, es las dificultades que presentó la paciente en la realización de los ejercicios de respiración y visualización. En el primer caso M manifestó inconvenientes para sincronizar su patrón respiratorio a una secuencia

solicitada por los terapeutas a fin de que la misma adquiriera una dimensión rítmica, una de las tantas condiciones para lograr una respiración más fisiológica y adecuada. Es así como la paciente junto con los profesionales abordaron dicha dificultad, utilizando otra secuencia en el ciclo de inspiración y exhalación, la cual la paciente pudo realizarla con comodidad, principal condición para conseguir un patrón respiratorio óptimo (Bulacio, 2011). Con respecto a los ejercicios de visualización la paciente reportó complicaciones a la hora de figurarse mentalmente, su imagen ideal elegida (playa y mar). De todas maneras gracias a los aportes y orientaciones de los terapeutas, M consiguió finalmente representarse dicho escenario de la forma más vívida posible, tomando en cuenta una gran variedad de detalles perceptuales a fin de producir un mayor efecto relajador (Payne, 2002).

En relación al taller de miedo a exámenes, una posible falla quizás sea el hecho de no haber programado una nueva entrevista con la paciente tiempo después de haber finalizado el tratamiento, para llevar a cabo un seguimiento a largo plazo con respecto a su situación sintomatológica. Otro punto a lo mejor sea, que al tratarse de un proceso terapéutico basado en una modalidad grupal, no haya permitido un acercamiento más personalizado con cada uno de los pacientes integrantes del mismo. De todas maneras, como ya ha sido destacado, en el devenir del proceso terapéutico existieron intervenciones individuales para con los pacientes, pero siempre en el marco de lo grupal.

En cuanto a las nuevas líneas de investigación, se puede mencionar los actuales avances y desarrollos en torno a las técnicas de exposición basadas en la implementación de recursos como la realidad virtual, internet y otros dispositivos tecnológicos. En el caso de la realidad virtual, se puede decir que se trata de un tipo de tecnología informática que produce entornos tridimensionales con los que el paciente interactúa en tiempo real, generándose en él una sensación de inmersión similar a la que puede experimentar en la vida real. Esta modalidad de exposición permitiría que el terapeuta construya y controle o manipule el contexto a exponerse, garantizando a su vez la sensación de intimidad del paciente, o sea su confidencialidad (Labrador, 2008). Es así como dichas tecnologías de la información y de la comunicación posibilitan enriquecer el proceso terapéutico en busca del desarrollo de intervenciones cada vez más eficaces (García et al., 2011).

La posibilidad de llevar a cabo una experiencia presencial en el contexto de una terapia determinada, resultó sumamente importante y constituyó un verdadero proceso de aprendizaje, en el que se pudo vivenciar de manera concreta todos los conceptos y conocimientos adquiridos durante los años de estudio y relacionados con esta temática.

En este sentido, la pasantía llevada a cabo con esta paciente, en la que se trató de potenciar sus recursos y posibilidades para un mejor afrontamiento de sus situaciones problemáticas, resultó sumamente importante y enriquecedor. De la misma manera se pudo corroborar la eficacia del taller en cuestión, diseñado para abordar problemáticas en torno al temor a los exámenes, al ver los resultados obtenidos por la paciente en su primer examen (Bulacio, 2011).

Desde el punto de vista personal, resulta imperioso resaltar el valor incalculable del proceso de aprendizaje realizado en una Institución donde se fomenta la creatividad y la psicoeducación, tanto en la dimensión teórica como práctica. Todo esto termina incidiendo muy favorablemente en la estructura de conocimientos relativos a esta modalidad de abordaje, bajo el modelo cognitivo conductual, obteniéndose de esa manera una herramienta fundamental para el repertorio profesional.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso Álvarez, A. (2012). Dilemas entorno a la ansiedad. *Psicologia.com*, 1-11. Recuperado de : <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/1479/1305/>
- Álvarez, J., Aguilar, J.M., & Lorenzo, J.J. (2012). La Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(26), 333-354.
- Arano, F. (2002). Fobia social como problema de alto perfeccionismo: Estudio de caso aplicando un tratamiento cognitivo conductual. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 11(3), 201-219.
- Arenas, M.C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Allington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bados Lopez, A. (2005). *Fobia Social*. España: Facultad de psicología. Universitat de Barcelona.
- Barona, E. (1996). Salud, estrés y factores psicológicos. *Campo abierto*, 13, 49-69.
- Bauermeister, J. J. (1989). Estrés de evaluación y reacciones de ansiedad ante la situación de examen. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 7, 69-88.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la depresión* (19 ed). Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bulacio, J. (2011). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. Buenos Aires: Librería Akadia.

- Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcon, W., & Monge, E. (2001). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana del primer y sexto año. *Anales de la facultad de medicina*, 62(1), 25-30.
- Centro para adicciones y salud mental (2011). *Terapia cognitivo-conductual para individuos de origen latinoamericano: Manual para aumentar la eficacia de la TCC para individuos de origen latinoamericano en Canadá*. Toronto: CAMH.
- Contreras, F., Espinosa, J.C., Esguerra, G., Haikal, A., Polania, A., & Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 183-194.
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2005). Desensibilización sistemática aplicada a disfunciones sexuales. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 8, 1-5.
- 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.A. (2012). Eficacia de una Intervención para Disminuir la Ansiedad frente a los Exámenes en Estudiantes Universitarios Argentinos. *Revista colombiana de psicología*, 22(1), 75-89.
- García-García, E.S., Rosa-Alcázar, A.I., & Olivares-Olivares, P.J. (2011). Terapia de Exposición Mediante Realidad Virtual e Internet en el Trastorno de Ansiedad/Fobia Social: Una Revisión Cualitativa. *Terapia Psicológica*, 29(2), 233-243.
- Herreras, E.B. (2005). Ansiedad ante los exámenes: evaluación e intervención psicopedagógica. *Educere*, 9(31), 553-558.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2009). *Sinopsis de Psiquiatría*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins Press.
- Kohan Cortada, A. (2009). La ansiedad frente a los exámenes: Enfoques teóricos. *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp.377-379). Buenos Aires, Argentina: Facultad de psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Labrador, F.J. (2008). *Técnicas de modificación de la conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Leibovich de Figueroa, N. B. (1999). *Adaptación del Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA)*. Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, U.B.A.
- López de la Llave, A., Pérez Llantada, M.C.(2010). El estrés y la activación: su control en la competición deportiva. *Canarias Medica y Quirúrgica*, 8(23),49-55.
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J.(2001). ¿ Que es la Terapia Cognitivo Conductual?. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 1,1-6. Recuperado de: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf>.
- Navas Orozco, W.,Vargas Baldares, M.J.(2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centramerica*, 604,497-507.Recuperado de : <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>.
- Ornelas Mejorada, R.E., Tufiño , M.A., Sierra, A.V.,Guerrero, O.T., Rosas, A.R., & Sanchez Sosa, J.J.(2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la escala COPE Breve. *Psicología y salud*, 23(1), 55-62.
- Rey, C.A., Aldana, D.R., & Hernandez, S. (2006). Estado del Arte sobre el Tratamiento de la Fobia Social. *Terapia Psicológica*, 24(2), 191-200.
- Ries, F., Castañeda Vasquez, C., Campos Mesa, M.C., & Del Castillo Andres, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 9-16.
- Rosario et al.(2008). Ansiedad ante los exámenes: relación con variables personales y familiares. *Psicothema*, 20(4), 563-570.
- Rovella, A., & Rodríguez, M.G.(2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamento en Humanidades*, 9(17), 179-194.
- Ruiz Fernandez, M.A., Diaz Garcia, M.I., & Villalobos Crespo,A. (2011). *Manual de técnicas de intervención Cognitivo Conductuales*. Madrid: Desclée De Brouwer.
- Sáiz Martínez, P.A. et al. (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*, 26(3), 254-274.
- Sandin, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de psicología clínica y de la salud*, 3(1), 141-157.
- Sierra, J.C.,Ortega., & Zubeidat,I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Spielberger, C. D. (1980). *Tensión y Ansiedad*. México: Harla

- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Torres, M.C., & Ramos, T.G. (2012). Análisis crítico de tres perspectivas psicológicas de estrés en el trabajo. *Trabajo y sociedad*, 19,87-102.
- Valiente, M. (2006). El uso de la Visualización en el tratamiento Psicológico de enfermos de cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 19-34.
- Velasco, C.B. (2007). Tratamientos eficaces para el trastorno de ansiedad social. *Cuadernos de neuropsicología*, 1(2), 127-138.
- Villamarín CID, F. (1990). Desensibilización sistemática: Evidencia empírica y problemática teórica. *Quaderns de Psicologia*, 10,161-176.

8. Anexos

8.1 Anexo A: Cuestionario de ansiedad de estado-rasgo (STAI), primera toma

Resultados e interpretación del material obtenido:

La ansiedad rasgo es de 80 puntos (puntaje bruto de 43), mientras que la ansiedad estado es de 59(puntaje bruto de 36).A partir del puntaje obtenido en la ansiedad como rasgo, se puede afirmar que se evidencia una personalidad de base significativamente ansiosa. Con respecto a la ansiedad como estado, se puede decir que el puntaje obtenido no es significativo.

8.2 Anexo B: Cuestionario de ansiedad de estado-rasgo (STAI), segunda toma.

Resultados e interpretación del material obtenido:

La ansiedad rasgo es de 76 puntos (puntaje bruto de 42), mientras que la ansiedad estado es de 62(puntaje bruto de 37).A partir del puntaje obtenido en la ansiedad como rasgo, se puede afirmar que si bien sigue siendo un puntaje significativo, el mismo ha disminuido con respecto a la primera toma. En cuanto a la ansiedad como estado se puede decir que si bien el mismo ha aumentado con respecto a la primera toma, sigue siendo no significativo.

8.3 Anexo C: inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA), primera toma.

Puntajes:

Dimensión	Puntaje Bruto	Promedio
VSA Valoración de la situación como amenazante	19	3,16
VSD Valoración de la situación como desafío	15	2,5

VSI Valoración de la situación como irrelevante	6	2
ACS Afrontamiento cognitivo dirigido a cambiar la situación	16	2,66
ACE Afrontamiento cognitivo dirigido a reducir la emoción	11	1,83
AC-MS Afrontamiento conductual motor dirigido a cambiar la situación	12	2
AC-ME Afrontamiento conductual motor dirigido a reducir la emoción	7	1,16
AP Afrontamiento pasivo	5	2,5
AE Afrontamiento evitativo	2	2

8.4 Anexo D: inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA), segunda toma.

Puntajes:

Dimensión	Puntaje Bruto	Promedio
VSA Valoración de la situación como amenazante	13	2,16
VSD Valoración de la situación como desafío	18	3
VSI Valoración de la situación como irrelevante	6	2
ACS Afrontamiento cognitivo dirigido a cambiar la situación	18	3
ACE Afrontamiento cognitivo dirigido a reducir la emoción	14	2,33
AC-MS Afrontamiento conductual motor dirigido a cambiar la situación	15	2,5
AC-ME Afrontamiento conductual motor dirigido a reducir la emoción	12	2
AP Afrontamiento pasivo	3	1,5
AE Afrontamiento evitativo	1	1

