

## INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE ANSIEDAD ANTE EXÁMENES

### PSYCHOLOGICAL INTERVENTION ON TEST ANXIETY

M.<sup>a</sup> TERESA CUESTA Y BLANCA MAS  
Servicio de Psicología Aplicada (UNED)

Recibido 16-01-04

Aceptado 22-03-04

#### Resumen

El estudio de caso único que se presenta ha consistido en la intervención psicoterapéutica con un cliente que presentaba ansiedad severa ante los exámenes. Este cuadro ha venido acompañado por una serie de rasgos obsesivos-compulsivos de personalidad que le han predisuesto a experimentar la ansiedad moderada crónica característica del trastorno de ansiedad generalizada que se le ha diagnosticado tras la evaluación, interfiriendo significativamente en las vivencias de sus actividades recreativas.

Utilizando como marco de referencia la terapia cognitiva, se propone la utilidad de este método para poner a prueba y comprobar la validez de las creencias de dicho cliente realizando un barrido desde los pensamientos más accesibles a las creencias más nucleares, encontrando qué estrategias compensatorias utiliza dicha persona para sobrellevar dichas creencias, analizando los mecanismos que las mantienen.

Se describen también los objetivos para la flexibilización y cambio terapéutico entre los que podemos destacar los siguientes: Modificar creencias desadaptativas, relacionadas con la excesiva devoción al estudio, reducir el grado de activación y reducir el tiempo dedicado al estudio.

Los objetivos propuestos fueron conseguidos a lo largo de veintiocho sesiones encontrándose actualmente el sujeto en seguimiento.

**Palabras clave:** Ansiedad anticipatoria, Pensamiento, activación, afrontamiento, emoción.

#### Abstract

The study was carried out on a patient suffering from severe anxiety during exam periods. This pattern was accompanied by a series of obsessive-compulsive tendencies that resulted in a mild chronic anxiety pattern, which is one of the characteristics of the general anxiety disorder this patient was diagnosed with after he was assessed. This had significantly affected his capacity to get involved in leisure activities.

The use of cognitive therapy was proposed as a benchmark to test and verify the validity of the patient's beliefs, scanning from the accessible to the most rooted ones. The compensatory strategies used by the patient to ease these beliefs were discovered and the mechanisms that made them prevail were analyzed.

The objectives for flexibility and therapeutic change are also described and include the following: Amend inadaptable beliefs related to an excessive dedication to study, Minimize the level of motivation to study and Reduce time devoted to study. These objectives were achieved throughout 28 treatment sessions. The patient is currently being monitored.

**Key words:** Anticipated anxiety, tolerance, motivation, confrontation.

## Introducción

El **trastorno de ansiedad generalizada** (TAG) se encuentra entre los trastornos de ansiedad más frecuentes. Su núcleo principal gira en torno a la preocupación.

El marco teórico en el que se ha enmarcado este trabajo ha sido desde el modelo de la preocupación de Dugas y Ladoucer (1997). Estos autores relacionan la preocupación con la **solución de problemas**, con la **percepción de amenaza** y entendiéndola también como una **conducta de aproximación-avoidancia**. En relación al primer punto cuando los que se preocupan mucho intentan utilizar la solución de problemas para enfrentarse a la amenaza percibida, tienen dificultades para aplicar sus habilidades de solución de problemas a causa de la **inadecuada orientación hacia el problema**. Según estos autores (Dugas y Ladoucer, 1997) la orientación hacia el problema, que describe las reacciones iniciales afectivas, cognitivas y conductuales a la situaciones problema, es el mejor predictor de la preocupación. Esto significa que los pacientes con A.G. no carecen del conocimiento sobre cómo solucionar problemas sino que tienen dificultades para aplicar este conocimiento debido a las reacciones contraproducentes ante las situaciones problema.

Asimismo, los pacientes que se preocupan mucho son más lentos en las tareas de categorización cuando los estímulos son ambiguos y la respuesta correcta no está clara.

Como se ha explicado anteriormente este tema está relacionado con la intolerancia a la incertidumbre, citado como factor de vulnerabilidad para la preocupación.

La preocupación también puede entenderse como **percepción de amenaza**.

Esto podría implicar los siguientes significados: La vida diaria está expuesta a situaciones ambiguas numerosas, por tanto los sujetos **intolerantes a la incertidumbre** percibirán más situaciones amenazantes por su modo vigilante de afrontamiento. Por otro lado la percepción de la amenaza conduce a la preocupación, a un aumento de los niveles de ansiedad. El sujeto está especialmente atento a la información amenazante, detectando en mayor medida un riesgo subjetivo. De esta forma percibirá material ambi-

guo como amenazante y sobreestimaré la probabilidad de resultados negativos. Este tratamiento sesgado de la información ambiental aumentará los niveles de ansiedad y preocupación.

La preocupación también se puede explicar-se como una conducta de **aproximación-avoidancia**. El paciente con A. G. evalúa el preocupación como ayuda para evitar los sucesos negativos, para encontrar una forma mejor de hacer las cosas y para aumentar sus sensaciones de control, es decir la preocupación se asocia con la **conducta de aproximación**.

Además consideran a la preocupación como parte de sí mismos, de tal manera que se preguntan cómo serían si dejaran de preocuparse. La preocupación se relaciona también con la **conducta de avoidancia**, quedando reforzada negativamente, ya que los beneficios de la preocupación se sobreestiman a menudo y los pacientes informan de que el preocuparse les ayuda a evitar acontecimientos que en realidad son muy improbables.

Así por ejemplo, en el caso de esta paciente sí que relataba que la preocupación y la ansiedad eran un elemento necesario para predisponerse a estudiar y que sin ansiedad se percibía sin recursos para hacer frente a las tareas.

Por tanto la preocupación era percibida como una herramienta para prevenir consecuencias negativas como por ejemplo el suspenso. Además esta paciente informó que continuamente se estaba preocupando por sus estudios y había aprobado siempre sus cursos con muy buenos resultados. Se confirma de este modo su creencia errónea sobre la utilidad de la preocupación.

En cuanto a los temas de preocupación que aparecen en los pacientes con A.G. se puede observar que los temas de preocupación normales y de pacientes con A.G. son similares. Pero hay dos diferencias: parece que los A.G. se preocupan de una mayor variedad de situaciones que los sujetos no clínicos. Se han observado tres tipos de preocupación y estrategias de intervención. **I. Problemas inmediatos que se basan en la realidad y son modificables**, relacionados con conflictos interpersonales. **II. Problemas inmediatos anclados en la realidad pero no modificables**, enfermedad, estado del mundo, violencia etc. y **III. Problemas relacionados con acontecimientos altamente**

***improbables que no se basan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables***, posibilidad de arruinarse o de caer gravemente enfermos.

En el caso presentado se ha abordado un problema inmediato, basado en la realidad y que ha sido modificable.

### **Sujeto, motivo de consulta e historia del problema**

El cliente es una mujer de 20 años, soltera, vive con sus padres y cursa estudios universitarios. Llega a nuestra consulta con una alta preocupación por la activación fisiológica que presenta ante los exámenes. También verbaliza preocuparse demasiado por todo. Tiene sensación constante de que va a pasar algo malo, se siente incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas y presenta conductas de lloro muy frecuentes.

Centrándonos en su demanda más acuciante (la ansiedad ante los exámenes) la paciente relata tener pensamientos obsesivos acerca de la pérdida de tiempo que supone no estar estudiando continuamente y como consecuencia presenta una gran preocupación con mensajes del tipo: "No me va a dar tiempo", "voy a suspender" cuando realmente no se encuentra evidencia empírica que apoyen estas creencias.

A nivel fisiológico refiere que cuando se pone nerviosa (en el último año los síntomas aparecen hasta dos meses antes de los exámenes y últimamente durante todo el año académico) empieza a sentir taquicardia, sudor, dolor precordial y falta de aire y a nivel conductual presenta conductas de sobre esfuerzo en el estudio.

En cuanto a la historia y evolución del problema, nos cuenta que ya desde pequeña era muy responsable con sus estudios, sus padres nunca la exigieron grandes resultados y que fue ella misma la que se ha ido forjando exigencias académicas.

Siempre ha obtenido muy buenas notas y fue en Cou cuando por primera vez suspendió una asignatura. Este suceso fue severamente castigado por el profesor de forma continua

utilizando juicios de valor en detrimento de su valor como persona. Como consecuencia de este episodio la paciente empezó a desarrollar un estilo obsesivo perfeccionista, auto-exigente y una hiper-responsabilidad con respecto a sus obligaciones como estudiante que la limitan severamente a la hora de disfrutar otros espacios que no sean los estrictamente académicos.

### **Procedimiento de evaluación**

#### ***Instrumentos***

Además de la entrevista clínica, realizada a lo largo de las tres primeras sesiones, se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación:

- Hojas de Auto-Registro para la elaboración de un Análisis Funcional del problema/s (Beriso, 2003).
- Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA (Tobal, Vindel, 1988).
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (Spielberger, 1999).
- Cuestionario sintomático SCL-90R (Derogatis, 1983).

Estos mismos instrumentos fueron utilizados para valorar los progresos a lo largo del tratamiento y cuyos resultados se exponen en la **Tabla 1**.

#### ***Descripción funcional del problema***

#### **Análisis de las conductas problema**

##### ***Descripción de la respuesta problema.***

**a) COGNICIONES:** El contenido de éstas puede dividirse en las siguientes categorías:

- **Creencias irracionales:**

"Para ser una persona valiosa debo evitar los errores". "Cometer un error es fracasar" y "El fracaso es intolerable", "Si algo puede ser peligroso va a ocurrir lo peor", "Si existe una amenaza debo preocuparme muchísimo", "Y si ocurre algo malo...?", "Debo

tener un control de mi ambiente y también de mí mismo", "La pérdida del control es intolerable" y "Perder el control es peligroso".

- **Expectativas negativas con respecto al futuro:**

"No voy a ser capaz", "Como lo estoy pasando tan mal, no lo voy a poder aguantar", "No lo voy a poder soportar", "Tengo miedo a defraudar", "Tengo miedo a fracasar".

- **Creencias desadaptativas:**

"Sin Ansiedad no rendiré lo suficiente" "Sin Ansiedad no puedo aprobar", "La Ansiedad me obliga a estudiar", "Tengo que aprovechar todo el tiempo para rendir más", "En épocas de exámenes no se puede disfrutar".

- **Automanifestaciones negativas:**

"No sirvo", "Soy inferior".

**b) EMOCIONES, SENTIMIENTOS Y RESPUESTAS FISIOLÓGICAS:**

- Ansiedad, ira, histeria e irritabilidad.
- Presión en el pecho, nudo en la garganta, sensación de ahogo, dificultad para respirar, tensión muscular.

**c) CONDUCTAS MOTORAS:**

- Sobreesfuerzo en la conducta de estudiar, no evita ni posterga.
- No realiza actividades gratificantes durante la semana (solo fines de semana cuando no hay exámenes).
- No se relaciona en épocas de exámenes.
- Presenta onicofagia.
- Duerme poco y a la hora de levantarse se sobresalta.
- Sus hábitos alimentarios están alterados, no puede desayunar (solo líquido) y la ingesta en la comida y en la cena también se ven reducidas significativamente.
- Conductas de descontrol (portazos esporádicos en su casa)

- Conducta de lloro frecuente.

**Condiciones Estimulares: Antecedentes y Consecuentes**

*Antecedentes*

- **Conductuales:**

- Cuando está en casa antes de ponerse a estudiar.
- Cuando hablan de exámenes en la facultad.
- Cuando se compara con otros compañeros que pueden sacar mejores notas.
- Cuando no se han visto todos los contenidos en clase.
- Cuando los demás no hacen lo que ella espera de ellos.
- Cuando recibe críticas que no le gustan.

- **Cognitivos:**

- Cuando piensa que está perdiendo el tiempo.
- Cuando piensa que no va a poder hacerlo.
- Cuando piensa que de nada sirve el haber estudiado antes.
- Cuando piensa que puede defraudar a sus padres.

*Consecuentes*

- **Positivos:**

- Resultados positivos en los exámenes. La Ansiedad se percibe como elemento necesario para obtener buenos resultados.
- La Ansiedad queda reforzada negativamente para evitar el suspenso.

- **Negativos:**

- Coste emocional muy alto.
- Incapacidad para disfrutar.
- Relaciones Sociales muy escasas.
- Incapacidad para vivir el presente.

## Intervención

### Objetivos

#### Cognitivos

- Modificar creencias irracionales, creencias desadaptativas o empíricamente no válidas, relacionadas con el perfeccionismo, la excesiva devoción al estudio, la responsabilidad.
- Disminuir pensamientos obsesivos con respecto a la pérdida de tiempo.
- Disminuir déficits en las habilidades cognitivas de solución de problemas.
- Disminuir la necesidad de aprobación.
- Redefinición de su autoconcepto (mejora de su autoestima).
- Aumentar su nivel de satisfacción personal.

#### Emocionales, Fisiológicos

- Aumentar la tolerancia a:
  - la ansiedad.
  - la frustración.
  - las emociones negativas.
- Disminuir los sentimientos de rabia, hostilidad y agresividad contra ella y contra los demás.
- Disminuir el grado de activación.

#### Conductuales

- Aumentar las actividades gratificantes.
- Aumentar el repertorio de relaciones sociales.
- Reducir el tiempo dedicado al estudio.
- Disminuir la atención selectiva a los sucesos negativos.
- Aumentar el autoreforzamiento verbal.
- Disminuir la exageración de las demandas ambientales (percepción de los problemas como abrumadores).

## Técnicas

- Para los **OBJETIVOS COGNITIVOS**:
  - Reestructuración Cognitiva.
  - Exposición a pensamientos obsesivos en relación al estudio.
  - Técnicas para la Atención Selectiva a los sucesos negativos.
  - Ejercicios de auto-observación.
  - Centrar al sujeto en lo positivo.
- Para los **OBJETIVOS EMOCIONALES, FISIOLÓGICOS**:
  - TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.
    - entrenamiento autógeno.
  - TÉCNICAS DE MEDITACIÓN.
- Para los **OBJETIVOS CONDUCTUALES**:
  - Exposición graduada a cometer errores.
  - Técnicas ante la exageración de las demandas ambientales. —Ejercicios para la planificación de metas realistas y alcanzables.
    - Hacer un listado de metas.
    - Analizar las prioridades.
  - Distinguir lo urgente, de lo importante de lo secundario
    - Puntualizar las tareas a realizar, concretándolas y descomponiéndolas en pasos, en subtareas.
  - Entrenamiento en asertividad para reducir los sentimientos de rabia, hostilidad y agresividad contra ella y contra los demás.

## Resultados

Con respecto a los **objetivos cognitivos** la paciente sí que flexibilizó sus creencias más desadaptativas con respecto a la ansiedad, al perfeccionismo y sobre todo la hiperexigencia e hiperresponsabilidad que presentaba en sus estudios. Estos comentarios se corresponden con los resul-

## Cuadro 1. Ejemplo de Reestructuración Cognitiva I

- Me he levantado más tarde de lo esperado y pienso que ya no estoy haciendo lo que debo.

*Mañana no es el examen, haz lo que te de tiempo, también puedes relajarte un poco, no eres un robot.*

- No puedo con la asignatura.

*Ya aprenderás, lo único que puedes hacer es intentarlo, hacer hasta donde tú puedas. Si no es ahora ya saldrá.*

- No sé como voy a abordar todo lo que tengo que hacer.

*Lo harás a su debido tiempo, ya sabes que después no hace falta sufrir tanto. Si no sale ya saldrá.*

- No me va a dar tiempo a hacer nada.

*Al final el tiempo se saca de cualquier sitio, una vez que está cerca el examen.*

- No me ha cundido todo lo que yo quería.

*Es el cansancio, eres una persona que también necesita descansar y además puedo tener un mal día.*

- Ya voy tarde y no me va a dar tiempo a todo lo que quiero hacer. Me he levantado más tarde de lo que quería.

*Bueno a ver que tal aprovecho el tiempo que tengo, y si no hago todo, no pasa nada.*

## Cuadro 2. Ejemplo de Reestructuración Cognitiva II

---

**CONSECUENCIAS POSITIVAS DEL OCIO Y TIEMPO LIBRE**


---

- Desconectar de los estudios.
- Disfrutar.
- Aprovechar y estar todo el día con mi hermano.
- Descansar y coger con más ganas el estudio.
- Tranquilizarme.
- No es tan grave el estar un día sin estudiar. Tampoco iba a aprovechar tanto. Además queda mucho para el examen y si empiezo a estudiar tan pronto luego no me voy acordar.

---

**CONSECUENCIAS NEGATIVAS**


---

- No hay consecuencias graves si estoy un día sin estudiar.

tados obtenidos en el ISRA en el área cognitiva como podemos observar en la **tabla I**. En el pre-tratamiento obtuvo una puntuación de 85 frente a una puntuación de 50 en el post-tratamiento. La reestructuración cognitiva (Bas y Andrés, 1994) se llevó a cabo entrenando a la paciente en la detección de pensamientos automáticos a través de Registros de Pensamientos Disfuncionales (Beck, 2000), para su posterior flexibilización.

A continuación se exponen algunos ejemplos (**cuadro I**, **cuadro II**) de reestructuración que la paciente realizó durante la terapia.

Con respecto a **los objetivos fisiológicos y emocionales** la paciente aprendió a relajarse mediante el **entrenamiento autógeno** (Schultz, 1980) y aprendió a serenarse mediante la **meditación**. Se eligieron estas técnicas frente a otras en el campo de la relajación por presentar una naturaleza que confluye directamente en la consecución de los objetivos planteados.

Así por ejemplo no son técnicas en las que se fuerce la aparición de una vivencia mediante un esfuerzo de voluntad. Todo lo

contrario a las estrategias que la paciente utiliza en su contexto académico. El sujeto con estos métodos se desliza más bien de un ejercicio al siguiente (ejercicios para generar peso y calor, entrenamiento autógeno, o ejercicios centrados en la respiración, meditación), dejando que las vivencias surjan por sí solas mediante la concentración y la atención. La paciente "mira" sencillamente hacia su interior, prestando atención a las consignas que se facilitan.

Empleando estas herramientas se trabajaron colateralmente los objetivos más nucleares de intervención como por ejemplo:

- Olvidarse de obtener un resultado positivo.
- Disminuir la autocrítica.
- Dejarse ser lo que uno es en ese momento.
- Vivir el presente sin anticipar consecuencias catastrofistas.
- Experimentar el presente
- Dejarse sentir en la experiencia, en la que toque vivir en ese momento.

SCL-90-R	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Índice de Severidad global	1,8	0,7
Total síntomas positivos	83	40
Prom Somatización	2,1	1,1
Obsesivo compulsivo	1,8	0,7
D Susc. interpersonal	2,8	1,5
Prom depresión	2,4	0,3
D Ansiedad	2,5	1,3
Prom hostilidad	2,1	1,5
Prom ansiedad fóbica	1,4	0,4
Prom Ideación paranoide	2,3	1,3
Prom Psicoticismo	1,4	0,4
<b>ISRA</b>	<b>Pre-tratamiento</b>	<b>Post-tratamiento</b>
Situaciones: F-I: F-II: F-III: F-IV	95-95-80-99	55-45-50-60
Sistemas de respuesta Cognitivo-Fisiológico-Motor	85-95-85	50-55-50
<b>STAI</b>		
Ansiedad Rasgo	89	50
Ansiedad Estado	45	15

Tabla 1. Resultados globales de evaluación

- Potenciar el "darse cuenta".
- Disminuir la actitud crítica ante la vida en general.
- Disminuir los imperativos categóricos, desvincular la autoestima de los resultados que obtenemos.
- Focalizar la atención en el proceso y no en los resultados.
- Disminuir la auto-exigencia y criterios poco realistas de ejecución.
- Tolerar pensamientos negativos.
- Aprender a ser observadora de su propia experiencia.

Y con respecto a los **objetivos conductuales** la paciente realizó de una manera graduada exposición a la "pérdida de tiempo" limitando el tiempo dedicado a sus tareas y comprobando qué consecuencias tuvo esta nueva conducta para con el estudio.

Así también la paciente se centró más en sus relaciones sociales como lo indica la puntuación obtenido en F-II (Situaciones sexuales y de interacción social) en el ISRA (de 95 a 45) y en cuanto a los otros tres factores la mejoría también fue significativa, es decir, tanto en las situaciones que implican evaluación y responsabilidades (F-I), en situaciones fóbicas (F-III) y en situaciones habituales o de la vida cotidiana (F-V).

Podemos concluir por último, que los resultados favorables obtenidos en este caso sí apo-

yan la eficacia de las técnicas propuestas por la terapia cognitivo-conductual en la reducción y mejoría de los problemas emocionales (Beck, 1983) incidiendo tanto en los aspectos cognitivos, como en los comportamentales y fisiológicos-emocionales.

## Referencias

- Bas, F y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Terapia de Conducta y Salud.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, Brian F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, J.S. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Beriso, A., Plans, B. y Sánchez, M. (2003). *Aprendiendo a conocer nuestros pensamientos. Estrategias cognitivas para sentirse bien. Cuadernos de terapia cognitivo-conductual (Una orientación pedagógica e integradora)*. Madrid: Eos.
- Dugas, J. y Ladoucer, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por Ansiedad Generalizada. En V.E. Caballo (Dir), *Manual para el tratamiento Cognitivo-Conductual de los trastornos psicológicos (Vol.1)*. Madrid: Siglo XXI.
- Schult, J.H. (1980). *Cuaderno de ejercicios para el Entrenamiento Autógeno*. Barcelona: Editorial científico-médica.