



Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Trabajo Integrador Final

*Ansiedad frente a los exámenes en alumnos de la
Universidad de Flores*

Alumno: Ascaray María Sol

N° de Legajo: 14.045

Email: masolascaray@gmail.com

Fecha presentación: 21/11/2018

ÍNDICE

Introducción.....	2,3
1. Marco Teórico.....	4-36
1.2 Definición de ansiedad en general.....	4-11
1.3 Ansiedad normal y patológica.....	12,13,14
1.4 Tratamiento de la ansiedad.....	14-19
1.5 Trastornos de ansiedad.....	20-24
1.6 Aportes teóricos.....	25-31
1.7 Ansiedad ante situación examen.....	32-36
2. Antecedentes.....	37-45
3. Planteo del problema.....	46
4. Objetivos e Hipótesis.....	47
5. Método.....	48,49
5.1. Diseño.....	
5.2. Participantes.....	
5.3. Instrumentos.....	
5.4. Procedimiento.....	
6. Resultados.....	50, 51, 52,53
7. Discusión.	54, 55, 56
8. Referencias.	59, 60
9. Anexo.....	61

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad dar cuenta de la íntima relación que existe entre la ansiedad vivenciada por estudiantes universitarios y una situación de examen.

Como eje hipotético, la mirada estará puesta en las consecuencias negativas y las limitaciones que produce la ansiedad en los individuos que la presentan a la hora de rendir un examen.

En esta oportunidad, se seleccionaron alumnos universitarios que concurren a la Universidad de Flores, situada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los cuales concurren al primer año de la Licenciatura en Psicología.

Durante el recorrido de esta labor, se podrá ir visualizando qué tipos de ansiedad existen, sus formas de manifestarse, sus causas y orígenes así como también las consecuencias y limitaciones que produce en el sujeto que la experimenta.

A su vez, propuestas teóricas serán expuestas con el objetivo de mostrar distintas perspectivas acerca del concepto de ansiedad, para poder evidenciar la variedad de constructos teóricos que existen.

Un apartado será destinado a los antecedentes teóricos y de investigación sobre la ansiedad ante los exámenes en alumnos universitarios en particular. Luego se encontrarán con la explicación acerca del recorrido metodológico que se realizó para poder confeccionar este trabajo. Así como el método que se utilizó, los participantes que se seleccionaron para realizar la muestra en campo, el instrumento de evaluación que se eligió y también el procedimiento que se llevó a cabo para poder cumplimentar lo establecido.

Luego de lo dicho anteriormente, los resultados obtenidos serán expuestos en forma de gráficos posteriormente a un análisis de todo lo recabado.

Por otra parte, se dará lugar a la voz de la autora de esta labor entrando en discusión con lo investigado y plasmado en todo el trabajo. De esta manera, se verán entonces los resultados obtenidos en relación a la hipótesis planteada desde un principio acerca de la implicancia negativa que posee la ansiedad frente a los exámenes.

Finalmente y llegando hacia el final, se arribará a distintas conclusiones luego de haber realizado este trabajo, las mismas estarán íntimamente relacionadas dando cuenta de una articulación entre el marco teórico elegido, junto con la discusión y los resultados obtenidos.

A modo de cierre, las referencias teóricas estarán plasmadas; seguido de estas un apartado bajo el título de anexo en el cual se podrán encontrar: el artículo científico utilizado con mayor relevancia así como también el instrumento de evaluación, esta vez, se trata de una escala que mide la ansiedad en los sujetos que vivencian ansiedad ante un examen.

2. MARCO TEÓRICO

1.2 Definición de Ansiedad en general

La ansiedad puede definirse como una anticipación que vivencia un sujeto ante un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El daño puede ser percibido como interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona adoptar las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones, la cual constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas que pueden ser vividas por el sujeto de forma agobiante. Así, cierto grado de ansiedad es incluso esperable para el manejo normal de las exigencias del día a día; y cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en perjudicial para el sujeto.

El concepto de ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología, aunque su incorporación es tardía, siendo tratada sólo desde 1920 abordándose desde distintas perspectivas.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y desde el punto de vista de la medicina, consiste en una angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, la cual no permite sosiego a los enfermos.

Supone una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional

acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986). En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico. No obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986).

Pese a lo acotado de la definición, podemos rastrear varias cuestiones: Por un lado, la raíz de la palabra ansiedad remite al término latino *anxietas*. Luego, la primera acepción nos describe un estado del ser humano ligado a la inquietud. Por último, se presenta una acepción caracterizada como “médica”, la cual relaciona tres términos que serán clave para nuestros posteriores desarrollos. Estos son “angustia”, “enfermedad” y “neurosis”. Esto significa que, partiendo de una simple definición de diccionario, el concepto de ansiedad nos transporta, etimológicamente, a un término latino (lo cual nos indica la antigüedad de la existencia del concepto), que nos describe un estado singular de la vida humana, la cual se asocia con un estado mórbido, planteado en función de dos de los conceptos psicológicos más difundidos en el ámbito: las neurosis y la angustia. Esto es, tenemos tres posibles vertientes para hacer de esta breve definición de ansiedad, un recorrido que dé cuenta de su verdadera complejidad: Por un lado, la vertiente etimológica; por otro, la descriptiva o fenomenológica y, finalmente, una vertiente conceptual.

Diferencia entre ansiedad y angustia

En castellano, el *Angst* se ha traducido siempre como <<angustia>>, como <<ansiedad>>. Aunque ambos términos suelen usarse como sinónimos, en psiquiatría se establece cierta distinción entre el trastorno de carácter psicológico, la ansiedad, y su dimensión orgánica, la angustia. En la edición de libros en la lengua castellana, *anxiety* se traduce siempre como <<ansiedad>>, salvo en el contexto de la obra de Freud, Kierkegaard y Sartre, donde se ha optado por <<angustia>>, que es el término consagrado en las traducciones de estos autores. (N. del t.)

En el siglo pasado la utilización de ambos términos dio lugar a confusión dado que, en algunas ocasiones, eran usados como sinónimos y, en otras, como vocablos de distinto significado. En este sentido, López-Ibor (1969) realiza una diferenciación entre angustia y ansiedad; en la primera existe un predominio de los síntomas físicos, la reacción del organismo es de paralización, de sobrecogimiento y la nitidez con la que el sujeto capta el fenómeno se atenúa, mientras que en la segunda poseen mayor relevancia los síntomas psíquicos, la sensación de ahogo y peligro inminente, se presenta una reacción de sobresalto, mayor intento de buscar soluciones eficaces para afrontar la amenaza que en el caso de la angustia y, sumado a esto, el fenómeno es percibido con mayor nitidez.

Hoy en día, se dificulta la idea de mantener dicha distinción, ya que dentro del concepto de ansiedad agrupamos tanto los síntomas conductuales y físicos como los psíquicos o cognitivos. Sumado a esto, en el DSM-IV (Manual de Clasificación de Trastornos Psicopatológicos), el trastorno de ansiedad se denomina trastorno de angustia destacando, entre otras características, la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas (American Psychiatric Association, 1994); éste es traducido al castellano del término inglés *panic disorder*, haciendo dificultosa la diferenciación entre ambos conceptos.

Merced a la aparición de distintas escuelas y enfoques junto con el desarrollo de la Psicología, ambos conceptos se han ido diferenciando hasta llegar a la actualidad donde la psicología científica se ocupa del abordaje de la ansiedad, mientras que las corrientes psicoanalíticas y humanistas usan con preferencia el término angustia. Durante mucho tiempo, el término angustia fue diferenciado de la ansiedad, expresando que la misma se caracteriza de una expresión somática predominante en forma de constricción y opresión, es decir, vivenciada como un sufrimiento físico general; además de dicha sensación aparece la anticipación del peligro, que también es común a la ansiedad.

Actualmente, según expone Suárez Richards, 1995, angustia se utiliza como sinónimo de ansiedad, ya que se piensa a ambos conceptos como estados psicológicos displacenteros acompañados de síntomas fisiológicos de manera recurrente, describiéndose como expectación penosa o desasosiego ante un peligro impreciso.

Sigmund Freud abordó por primera vez el tema de la angustia en el curso de sus investigaciones sobre las neurosis «actuales»; sus más tempranos exámenes de este asunto se hallan en su primer trabajo sobre la neurosis de angustia (1895) y en la comunicación que le envió a Fliess en junio de 1894 (Freud, 1950a, Manuscrito E), AE, 1, págs. 228 y sigs. En ese momento se hallaba influido en gran medida por sus estudios neurológicos y profundizaba su intento de expresar los datos psicológicos en términos de la fisiología.

Siguiendo a Fechner, Freud había adoptado como postulado fundamental el «principio de constancia», según el cual era inherente al sistema nervioso la tendencia a reducir, o al menos a mantener constante, el monto de excitación presente en él. Por consiguiente, cuando hizo el hallazgo clínico de que en los casos de neurosis de angustia era siempre posible comprobar cierta interferencia de la descarga de la tensión sexual, estableció, como es natural, la

conclusión de que la excitación acumulada buscaba la vía de salida transformándose en angustia.

Según este autor, se trataba de un proceso puramente físico, sin ninguna determinación psíquica. La angustia sobrevenida en las fobias o en las neurosis obsesivas plantearon desde el comienzo una complicación, pues aquí era imposible descartar la presencia de fenómenos psíquicos; pero en lo tocante al surgimiento de la angustia, la explicación siguió siendo la misma. En estos casos (las psiconeurosis), la razón de que se acumulase excitación no descargada era de índole psíquica: la represión; no obstante, en todo lo demás ocurría como en las neurosis «actuales»: la excitación acumulada (o libido) se trasmudaba directamente en angustia.

Las siguientes citas mostrarán cuán fiel se mantuvo Freud a este punto de vista. En el citado «Manuscrito E» (circa 1894) escribió; «La angustia ha surgido por mudanza desde la tensión sexual acumulada» {AE, 1, pág. 231}. En su escrito metapsicológico sobre «La represión» (I3\5d): «Después de la represión, [...] la parte cuantitativa [de la moción pulsional, o sea, su energía] no ha desaparecido, sino que se ha traspuesto en angustia» (AE, 14, pág. 150). En La interpretación de los sueños (1900^): «La angustia es un impulso libidinoso que parte de lo inconsciente y es inhibido por lo preconscious» (AE, 4, pág. 342). En su trabajo sobre la Gradiva de Jensen (1907ÍJ): «La angustia de los sueños de angustia, como en general toda angustia neurótica, [. • .] Proviene de la libido en virtud del proceso de la represión» {AE, 9, pág. 51}. Finalmente, en 1920 agregó, en una nota al pie de la cuarta edición de los Tres ensayos de teoría sexual (I905d): «El hecho de que la angustia neurótica nace de la libido, es un producto de la trasmudación de esta y mantiene con ella la relación del vinagre con el vino es uno de los resultados más significativos de la investigación psicoanalítica» (AE, 7, pág. 205).

Ansiedad y Miedo

Tanto la ansiedad como el miedo poseen manifestaciones similares, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprehensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; por eso, algunos autores utilizan indistintamente un término u otro (Cambell, 1986; Thyer, 1987). Además, ambos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie (Thyer, 1987). Continuando con este lineamiento, Johnson y Melamed (1979) exponen que la ansiedad se diferencia del miedo en cuanto que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprehensión para el sujeto. La ansiedad tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, siendo así concebida como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Miguel- Tobal, 1996). La característica más destacada de este concepto es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995). Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

Desde la psicología de la personalidad (Endler y Okada, 1975; Eysenck, 1967, 1975; Gray, 1982; Sandín, 1990) se concibe la ansiedad en términos de rasgo y estado. Teniendo en cuenta la ansiedad como rasgo, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad. De este modo, se presenta una tendencia a responder de forma ansiosa en el individuo. Generalmente,

aparece durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones dicha tendencia, la cual va acompañada de una personalidad neurótica de base similar a la timidez. Existe un gran espectro de variabilidad en cuanto al rasgo de ansiedad, debido a la influencia tanto de factores biológicos como aprendidos; así pues, algunos sujetos tienden a percibir un gran número de situaciones como amenazantes, reaccionando con ansiedad, mientras que otros no le conceden mayor importancia.

Por otro lado, la ansiedad entendida como estado es vivenciada por el individuo como patológica en un momento particular, caracterizándose por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de la tensión subjetiva; se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración. Cuando las circunstancias son percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real. La relación entre ambos puntos de vista es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa (Miguel-Tobal, 1996). La ansiedad rasgo y estado se solapan en varios aspectos, al igual que le ocurre a la ansiedad crónica y la de tipo agudo; cuando ésta es intensa origina un sentimiento desagradable de terror e irritabilidad, acompañado de fuertes deseos de correr, ocultarse y gritar, presentando sensaciones de debilidad, desfallecimiento y desesperación para el individuo. Asimismo, la persona puede vivenciar un sentimiento de irrealidad o de “estar separado” del suceso o la situación. Todo lo dicho hasta acá, indica que la ansiedad se entiende como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa (ansiedad patológica). Para diferenciar ambas respuestas, habría que tener en cuenta que la ansiedad patológica se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal, es decir, presenta diferencias cuantitativas respecto a aquella (Spielberger, Pollans y Wordan, 1984).

La diferenciación entre ambos tipos de ansiedad se concreta en la demanda de tratamiento por el sujeto, siendo ésta de carácter multicausal. Al tomar como base un modelo multidimensional, la diferencia entre la ansiedad patológica y la normal se relaciona con el grado en que se manifiestan las dimensiones relevantes. Ante este razonamiento, se debe tomar conciencia de la problemática de esta distinción (Belloch y Baños, 1986; Ibáñez y Belloch, 1982).

Desde otra perspectiva, se ha considerado la ansiedad patológica como rasgo y como estado a la vez (Spielberger, 1966, 1972), traducándose en el trastorno en sí mismo por la presencia de síntomas irracionales y perturbadores para el individuo. Por su parte, Sheehan (1982) diferencia la ansiedad exógena (conflictos externos, personales o psicosociales) de la endógena (autónoma e independiente de los estímulos ambientales); la primera está ligada al trastorno de ansiedad generalizada, mientras que la segunda es la responsable de los ataques de pánico y en su extensión, de diversos cuadros fóbicos.

Por último, la ansiedad se puede dividir igualmente en primaria, cuando no deriva de otro trastorno psíquico u orgánico subyacente, o secundaria, cuando acompaña a la mayoría de las afecciones primarias psiquiátricas. Asimismo, otra clasificación, resalta una ansiedad reactiva que es conocida como las reacciones neuróticas de la angustia, o una ansiedad nuclear, donde destacan las crisis de angustia y la ansiedad generalizada.

En resumen, la ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

1.3 Ansiedad Normal y Patológica

Al hablar de ansiedad, es importante diferenciar dos grandes tipos de la misma. Por un lado, se hablará de ansiedad “normal” o también llamada adaptativa, la cual consiste en un mecanismo de alerta que prepara al sujeto ante la amenaza. Se relaciona con el instinto de supervivencia y la pulsión de auto conservación (Ayora 1993).

Y por el otro, cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

La respuesta emocional emitida se compone de aspectos subjetivos de carácter displacentero en el individuo tales como: tensión, inseguridad, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, miedo, aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, sentimientos de incapacidad ante la situación, sensación general de pérdida de control, etc.; aspectos corporales caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático que hacen que el sujeto presente: palpitaciones, pulso rápido, opresión torácica, respiración rápida y superficial, ahogo, aerofagia, molestias digestivas, sudoración, sequedad de boca, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatigabilidad excesiva, tensión muscular, mareo, vómitos, micciones frecuentes, eyaculación precoz, frigidez, impotencia, etc., y aspectos observables que implican comportamientos poco adaptativos (paralización motora, hiperactividad, tartamudeo, dificultades de expresión verbal, conductas de evitación ante determinadas situaciones, conductas de escape, movimientos sin una finalidad concreta, torpes y repetitivos, etc.).

Sumado a esto, en esta misma década se comienza a tomar consciencia de la relación que existe entre la ansiedad y la enfermedad, pudiendo dar cuenta de que la ansiedad puede influir sobre las funciones fisiológicas del organismo y contribuir al desarrollo o a la potenciación de determinadas patologías o trastornos en el ser humano. Vinculado a esto,

Kolb (1968) considera que el ataque de ansiedad es causado por una hiperventilación, es decir, por un cambio en el ritmo de la respiración que se traduce en tomar grandes cantidades de aire en cada inspiración. Así, algunos de los síntomas del ataque de ansiedad son similares a los que se observan en la hiperventilación, como la sensación de desvanecimiento, el aturdimiento, la respiración entrecortada y el paso inseguro.

A partir de la década de los años setenta, se empieza a considerar que la ansiedad constituye un estado emocional no resuelto de miedo sin dirección específica, ocurriendo tras la percepción de una amenaza (Epstein, 1972). Por su parte, Marks y Lader (1973) describen la ansiedad crónica y continua como ansiedad de fluctuación libre. Un autor importante de esta década fue Wolpe, quien propuso a partir de la psicopatología experimental una definición operacional. El mismo define la ansiedad como una respuesta autónoma de un organismo individual concreto después de la presentación de un estímulo nocivo y que, de forma natural, posee la facultad de provocar dolor y daño en el individuo (por ejemplo, una descarga eléctrica). A su vez, en términos de aprendizaje, la ansiedad sería tanto una respuesta condicionada como una respuesta incondicionada, pudiendo ser las respuestas de ansiedad ante los estímulos condicionados superiores incluso a las producidas ante los estímulos incondicionados (Wolpe, 1979).

Por otra parte, en los años ochenta se comienza a describir las características de la ansiedad. Así, Lewis (1980) señala que, en primer lugar, constituye un estado emocional experimentado como miedo o algo similar cualitativamente y distinto a la ira; en segundo lugar, es una emoción desagradable (sentimiento de muerte o derrumbamiento); en tercer lugar, se orienta al futuro, relacionándose con algún tipo de amenaza o peligro inminente; en cuarto lugar, en ella no aparece una amenaza real; en quinto lugar, se señala la presencia de sensaciones corporales que causan molestias durante los episodios de ansiedad, por ejemplo, la sensación de ahogo, opresión en el pecho, dificultades respiratorias, etc.; en último lugar,

se informa de la manifestación de trastornos corporales que bien pertenecen a funciones controladas voluntariamente de huida, defecación, etc., o bien obedecen a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias como vómitos, temblor y sequedad de boca.

A su vez, la ansiedad también se ha descrita como una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representan o son interpretadas por el sujeto como una amenaza o peligro para su integridad. Es así que se produce una estimulación del sistema nervioso simpático y de la liberación de catecolaminas, responsables de buena parte de los síntomas somáticos que integran la respuesta ansiosa, evidenciándose a través de una serie de mecanismos defensivos (Tyrer, 1982).

1.4 Tratamiento de la Ansiedad

En general, la importancia social de este trastorno es elevada, ya que algunas investigaciones muestran que alrededor del 33- 40% de la población puede necesitar tratamiento debido a sus problemas de ansiedad (Barlow, 1988), tal como indica un trabajo de Fifer et al. (1994), en el que apareció que un 33% de los pacientes evaluados (6.000) de las consultas médicas de organizaciones importantes en EE.UU. mostraron fuertes síntomas de ansiedad o de trastornos de ansiedad.

En esta oportunidad nos centraremos en dos tipos de tratamiento, por un lado el farmacológico y por el otro el psicológico.

Tratamientos farmacológicos

Desde el punto de vista farmacológico, el TAG se ha tratado tradicionalmente con barbitúricos y metacualona. Desde los años 60-70 se usaron benzodiazepinas y desde los 80 la buspirona y antidepresivos (Roy-Byrne & Cowley, 1998). La investigación sobre el efecto de los tratamientos farmacológicos ha estado marcada, como la investigación sobre los tratamientos psicológicos, por la evolución de los criterios de las distintas DSM. Así, los

resultados con los diagnósticos previos a las DSM III-R indican que las benzodiazepinas presentan efectos muy dispares. Algunas revisiones (Solomon & Hart, 1978) muestran que no son superiores a placebo. Otras (Barlow) indican que el placebo provocó entre un 18 y un 48% de reducción en la Escala de Ansiedad de Hamilton, contra un 22-62% del tratamiento con benzodiazepinas, si bien el placebo generó más abandono. Los resultados indican que los tratamientos agudos (4-6 semanas) generan mejorías de los síntomas de ansiedad, entre moderadas y elevadas para dos tercios de los participantes (en general con diseños de doble ciego), dándose las mejorías más evidentes durante las dos primeras semanas. Con dosis de entre 10 y 25 miligramos de diazepam se encuentran reducciones muy satisfactorias para los síntomas somáticos de la ansiedad. Los pacientes con síntomas depresivos funcionan peor, excepto con alprazolam. Sin embargo, a pesar de estas ventajas, los efectos secundarios (sedación, torpeza psicomotora y amnesia anterógrada), así como el incremento de la tolerancia a la medicación y el síndrome de abstinencia, disminuyen la eficiencia de las intervenciones, algo importante para evaluar la posibilidad real de aplicación de un tratamiento (Capafons, 1993; Chambless & Hollon, 1998). Además, los efectos a largo plazo son inciertos; parece que las benzodiazepinas funcionan bien hasta los seis meses, pero no se sabe si mejor que el placebo, excepto en las fases iniciales de la intervención (Roy-Byrne & Cowley, 1998).

Por otro lado, los pacientes con tratamiento crónico de benzodiazepinas no responden bien a la buspirona si se los cambia. También se ha investigado con antidepresivos tricíclicos y afines. Asimismo, series de estudios de caso indican que la clomipramina es útil para el TAG. También se ha encontrado que la imipramina provoca resultados similares al alprazolam para reducir síntomas como disforia, obsesiones, sensibilidad interpersonal, pensamiento anticipador negativo, pero inferior a aquel para reducir síntomas autonómicos y cardiovasculares.

En último lugar, algunos betabloqueantes (propranolol) han mostrado ser más eficaces que el placebo, e igual de eficaces que la clordiazepóxido, provocando un efecto mayor en los síntomas psíquicos, y menores efectos secundarios (Meibach, Mullane, & Binstok, 1987). Sin embargo, no se cree que los betabloqueantes sean el tratamiento de elección para el TAG, salvo como adjunto para los síntomas autonómicos. Otros fármacos como la hidroxizina, los antagonistas del receptor de colecistocinina, y los agonistas parciales del receptor de benzodiazepinas están siendo investigados.

Según la clasificación de la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, Division of Clinical Psychology de la American Psychological Association (1995) y de Chambless et al. (1996), la mayoría de los fármacos expuestos alcanzan el estatus de tratamientos bien establecidos, ya que suelen mostrarse superiores a un grupo placebo y con diseños que incluyen a más de 30 pacientes por grupo. No obstante, además de que no se conocen las dosis adecuadas para muchos de ellos ni la duración óptima de la intervención (Roy - Byrne & Cowley, 1998), otras consideraciones importantes para aceptar que un tratamiento está empíricamente sustentado (Chambless & Hollon, 1998), como los efectos a largo plazo (seguimiento) o los efectos secundarios, determinan que la farmacoterapia no sea el tratamiento único ni de elección para el TAG. Por otro lado, las medidas dependientes que se usan como criterio de cambio no siempre son precisas, ni se obtienen puntuaciones objetivas que indiquen si realmente hay cambio con significación clínica. Más aún, y como se verá a continuación, incluso los tratamientos psicológicos pueden superar los efectos de los fármacos.

Por lo tanto, la farmacoterapia puede ser un adjunto o ayuda para la intervención, pero no puede afirmarse que sea el tratamiento de elección para obtener efectos a largo plazo y libres de riesgos.

Tratamientos psicológicos

Desde el punto de vista psicológico la cuestión es bien diferente. De las revisiones realizadas por la Task Force mencionada y por Chambless et al. (1996) aparecen como ejemplos de tratamientos bien establecidos para el TAG los trabajos de Butler, Fenell, Robson y Gelder (1991) y de Borkovec et al. (1987) sobre eficacia de las terapias cognitivo-comportamentales (TCC) para tratar el TAG. El estudio de Butler et al. (1991) contrastó la eficacia de la terapia cognitivo-comportamental de Beck y Emery (1985) versus terapia de conducta (TC) y un grupo de control de lista de espera (CLE), para reducir el TAG, según la clasificación del DSM III-R, de 57 clientes con un promedio de tres años de TAG. El grupo de TC recibió un tratamiento que consistía en relajación muscular más exposición gradual y realización de tareas agradables para restituir la confianza del cliente. El grupo de TCC recibió, además de las estrategias de Beck y Emery (reconocimiento y análisis de pensamientos ansiogénicos y de falta de auto-confianza, búsqueda de alternativas útiles, y seguimiento de cursos de acción a partir de esas alternativas), asignaciones comportamentales. Las sesiones fueron hasta 12, con evaluaciones en el post tratamiento, a los 6 y 18 meses, realizadas por observadores independientes, y con criterios rigurosos de cambio en varias escalas de ansiedad, depresión y funcionamiento cognitivo. Los dos tratamientos fueron superiores al CLE en el post tratamiento y en los seguimientos, con ventaja adicional para la TCC. En el estudio de Borkovec et al. (1987) se comparó a 30 clientes (TAG según DSM III-R) distribuidos en dos grupos: uno de ellos recibió terapia cognitiva (TCG) más relajación muscular progresiva (RMP), la otra terapia no directiva (TND) más RMP. Las evaluaciones realizadas en el post tratamiento, y en el seguimiento a los 6 y 12 meses indicaron que la TCG más RMP es superior a la TND plus RMP a la hora de reducir el TAG, según calificaciones de los terapeutas, de los cuestionarios de auto-

calificación y la auto-observación diaria. Además el grupo de TC más RMP atribuyó su éxito más a la terapia que el otro grupo.

Por otra parte, según Milrod, Busch, Cooper y Shapiro, 1997; Knekt y Lindfors, 2004). en los últimos quince años se han realizado diversas investigaciones que buscan evaluar la eficacia de los tratamientos psicodinámicos para el abordaje de los trastornos de ansiedad. Algunas de ellas, se han sistematizado en manuales psicodinámicos de tratamiento para diversos trastornos de ansiedad. A su vez, Crits-Christoph y colaboradores han desarrollado una terapia psicodinámica manualizada específica para el tratamiento del TAG (Crits-Christoph, Wolf-Palacio, Fichter y Rudick, 1995; Crits-Christoph, 2002; Present et al., 2008).

Basada en el trabajo de Luborsky y Crits-Christoph (1990), la psicoterapia psicodinámica de apoyo-expresiva para el TAG (supportive-expressive psychodynamic therapy of GAD) se aproxima a los síntomas ansiosos del paciente en el contexto de conflictos interpersonales, formulados por el terapeuta usando el método del tema nuclear conflictivo relacional (CCRT por su sigla en inglés de “core conflictual relationship theme”). Como explican Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis y Siqueland (2000), en este tipo de psicoterapia psicodinámica los terapeutas proveen un ambiente de sostén en el cual se hace posible explorar los pensamientos y sensaciones del paciente. En el momento indicado, el terapeuta identifica e interpreta el tema relacional central del paciente y examina la participación de esos temas en la sintomatología.

La creación de esta aproximación psicodinámica al tratamiento de la ansiedad generalizada se sustenta, a su vez, en diversos descubrimientos empíricos, incluyendo los aportes ya mencionados de autores cognitivos como Borkovec (1994), que son conceptualizados desde una perspectiva psicoanalítica. De esta forma, se piensa a la

preocupación, síntoma nuclear del TAG, como un mecanismo defensivo que protege al paciente de ansiedades más profundas (Crits-Christoph, 2002).

Al estar basado en el método CCRT, la concepción del TAG resultante es ineludiblemente relacional. Es así que Crits-Christoph, Connolly Gibbons, Schamberger y Narducci (2005) sostienen la existencia de una asociación entre la preocupación y la inquietud interpersonal (interpersonal concern), basados en trabajos como los de Borkovec, Robinson, Pruzinsky y DePress (1983) que muestran cómo aquellos sujetos con TAG presentan una mayor tendencia a la inversión de roles (niños o adolescentes que toman una postura de cuidado respecto de sus padres) y al sostenimiento de relaciones interpersonales disfuncionales. Reprocesando psicodinámicamente estos resultados, el equipo de Crits-Christoph plantea la posibilidad de que estos individuos hayan tenido que hacerse cargo, prematuramente, de actividades de cuidado y planificación, para las que no estaban preparados. Ante la escasez de los recursos y la maduración necesarios para tales responsabilidades, el sujeto desarrolla una preocupación patológica. Como hipótesis subyacente, se considera que los temas más emocionalmente comprometidos continúan presentes, tanto consciente como inconscientemente. Los mismos se manifiestan en patrones relacionales disfuncionales, sobre un fondo de constante preocupación que, como se mencionó anteriormente, funciona como mecanismo defensivo inconsciente.

Esta conceptualización relacional del TAG, también ha permitido establecer la hipótesis de la vinculación entre el fenómeno de la ansiedad generalizada y patrones aprendidos de apego inseguro durante el desarrollo (Lichtenstein y Cassidy, 1991 citado en Crits-Christoph P., Connolly, Azarian, Crits-Christoph K. y Shappell, 1996). Los patrones de apego inseguro determinan la incorporación de creencias patológicas acerca de la vulnerabilidad del sí-mismo del entorno como potencialmente peligroso.

Otra diferencia significativa es el grado de preocupación ligado a estas situaciones: mientras que el 25% de los sujetos que no cumplen los criterios para el TAG muestra preocupación por estos eventos traumáticos, sólo un escaso 3% de pacientes con TAG se preocupa por estas situaciones (Borkovec, 1994).

Estos datos abonan la hipótesis de la preocupación del TAG como mecanismo de defensa, ya que aquellos pacientes que presentan TAG no manifiestan explícitamente preocupación por las situaciones traumáticas, como sí sucede con aquellos sujetos que no presentan el cuadro. Como contrapartida, en el paciente con TAG se observa una hiperactivación cognitiva, con una preocupación constante por temas cotidianos.

Cabe señalar que, a pesar de la importancia atribuida por el modelo de la psicoterapia psicodinámica de apoyo-expresiva para el TAG a los mecanismos de defensa y a los patrones interpersonales, Crits-Christoph et al. (1996, 2005) sostienen que no se deben considerar estos dos factores como los únicos intervinientes en la etiología del TAG, siendo necesario tener en cuenta el factor genético y la predisposición biológica

1.5 Trastornos de Ansiedad

Definiciones y criterios diagnósticos

A continuación, se expondrán las definiciones, designaciones y criterios tenidos en cuenta a la hora de diagnosticar la presencia de Ansiedad en un individuo, particularmente lo relacionado al TAG (Trastorno de Ansiedad Generalizada), puesto que el mismo posee un predominio en lo recabado de la muestra, en relación al resto de los cuadros que componen los llamados *trastornos de ansiedad*. En esta oportunidad se tomarán como referencia el DSM IV () y el CIE-10 para adentrarnos en lo que respecta a la ansiedad vinculada con la patología.

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

Como ya se ha mencionada previamente, la ansiedad posee varios signos y síntomas que se presentan en el sujeto que la vivencia. Los mismos pueden ser físicos y psicológicos, conductuales vegetativos, como ser: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad, preocupación, aprensión neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias. También el individuo puede evidenciar sensación de agobio o señales cardiovasculares, como: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial. Se destaca en estos cuadros un miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente. En relación a lo respiratorio, puede verse disnea. Además una dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria. Vinculado a lo digestivo, se ve: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.

A su vez, la persona presenta irritabilidad, inquietud, desasosiego. En lo que tiene que ver con los genitourinarios presenta: micción frecuente, problemas de la esfera sexual. Y con respecto a la esfera comportamental, conductas de evitación de determinadas situaciones, inhibición o bloqueo psicomotor y obsesiones o compulsiones.

Causas de los trastornos de ansiedad

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psico-sociales.

Como se ha expuesto en otras oportunidades, los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo. En lo que respecta a los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico (córtex paralímbico), una de las regiones más afectadas del cerebro. Sumado a esto, se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas y/o sedantes y otras sustancias.

Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos. Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad. Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad; además, es muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo.

Clasificaciones Diagnósticas

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en

las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes: • DSM-IV-TR (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA). • CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS). La DSM-IV-TR enumera doce trastornos de ansiedad y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos. Trastorno de ansiedad fóbica, Fobia social Fobias sociales, Fobia simple, Fobias específicas, Agorafobia sin crisis de angustia, Agorafobia. Otros trastornos de ansiedad: Trastorno de angustia con agorafobia, Trastorno de angustia, Trastorno de angustia sin agorafobia, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno mixto ansioso-depresivo. Otros trastornos de ansiedad: Trastorno obsesivo-compulsivo, Reacciones de estrés y trastornos de adaptación, Trastorno por estrés postraumático, Trastorno por estrés agudo, Reacción de estrés agudo, Trastorno de adaptación, Trastornos disociativos Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, Trastorno de ansiedad inducido por sustancias, Trastornos somatomorfos, Trastorno de ansiedad no especificado, otros trastornos neuróticos.

En el comienzo de este tema se ha aclarado que se tomará en particular, de todos los cuadros que componen a los trastornos de ansiedad, al Trastorno de Ansiedad Generalizada, puesto que éste fue evidenciado y tenido en cuenta para la confección del método de análisis y la posterior toma de la muestra.

[Extracción del DSM IV] - Criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia

2. fatigabilidad fácil

3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

4. irritabilidad

5. tensión muscular

6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

1.6 Aportes teóricos

Aproximaciones teóricas

Las manifestaciones de la ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación. Existen casi tantas definiciones de ella como modelos teóricos donde encuadrar a las mismas, por lo que todas las teorías están de acuerdo en que consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional. A continuación, realizaremos un breve recorrido por los distintos enfoques que han abordado el concepto de ansiedad a lo largo de su historia.

A Enfoque conductual

Frente a las teorías dinámicas, aparece un nuevo modelo que trata de acercar el término hacia lo experimental y operativo. El conductismo parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso (drive) que provoca la conducta del organismo. Desde esta perspectiva, Hull (1921, 1943, 1952) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada. Esta escuela utiliza en el estudio de la respuesta de ansiedad los términos de miedo y temor frecuentemente. Así, desde las teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que ven a la misma en forma de respuesta emocional; además, ésta se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual está

mantenida a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado. Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado.

El eje conductual en el que el individuo se mueve abarca, por ejemplo, desde un simple enfado hacia los demás por algún hecho concreto que le haya molestado, hasta moverse con inquietud, movimientos repetitivos e inconexos o, por el contrario, hasta intentar pasar desapercibido para el resto de las personas que se encuentran en ese entorno concreto. En general, supone un afrontamiento de la situación por parte del sujeto, sean cuales sean las consecuencias que deriven de ella, un escape de la situación sin permitir su desarrollo, o la evitación del peligro percibido por el individuo una vez que se propone iniciar la conducta; a esto se le conoce por reacción de lucha y huida. Puede derivar en inhibición de la conducta, en comportamientos agresivos, en evitación de situaciones futuras que sean similares, en bloqueos momentáneos o en hiperactividad, según se trate de un individuo u otro.

B Enfoque cognitivo

Luego de la década del sesenta, las variables cognitivas empiezan a cobrar importancia en el ámbito de la Psicología, dando lugar al enfoque cognitivista. Las formulaciones de Lazarus (1966), Beck (1976) y Meichenbaum (1977), centradas en el concepto de estrés y los procesos de afrontamiento, acentúan la importancia de los procesos cognitivos. El mayor aporte del enfoque cognitivo ha sido desafiar el paradigma estímulo-respuesta, que se había utilizado para explicar la ansiedad. Siguiendo este lineamiento, los procesos cognitivos aparecen entre el reconocimiento de una señal aversiva y la respuesta de ansiedad que emite el sujeto.

Desde este enfoque, el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciará una

reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos; situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su grado de intensidad. Las situaciones que provocan una mayor reacción de ansiedad se evitan y, aún en su ausencia, la mera imagen de éstas también produce una reacción de ansiedad; en general, se asume que la reacción se genera a raíz del significado o interpretación individual que el sujeto confiere a la situación. Algunas veces, el individuo reconoce que tal situación no es una amenaza objetiva, a pesar de lo cual no puede controlar voluntariamente su reacción de ansiedad. En definitiva, el eje cognitivo del individuo muestra los pensamientos, ideas, creencias e imágenes que acompañan a la ansiedad; estos pensamientos inductores de ansiedad giran en torno al peligro de una situación determinada o al temor ante una posible amenaza. En la mayoría de los casos, funcionan de forma automática, es decir, el individuo apenas se da cuenta de cuando se ponen en marcha, por lo que no los puede controlar y cree firmemente que no están bajo su dominio.

La persona con ansiedad interpreta la realidad como amenazante, pero esto no es totalmente cierto, puesto que la situación que él percibe puede no constituir una amenaza real. Dicha percepción suele venir acompañada de una sensación subjetiva de inseguridad, nerviosismo, angustia, irritabilidad, hipervigilancia, inquietud, preocupación, miedo, agobio, sobreestimación del grado de peligro, pánico, atención selectiva a lo amenazante, interpretación catastrofista de los sucesos, infravaloración de la capacidad de afrontamiento, disfunción de la capacidad de memoria y concentración, etc.

En la actualidad, la ansiedad de carácter clínico se caracteriza por presentar una serie de factores entre los que se cuenta que la emoción sea recurrente y persistente, que la respuesta emocional emitida sea desproporcionada en relación a la situación, que sea evocada en ausencia de algún peligro ostensible; además, el individuo puede quedar paralizado por un sentimiento de desamparo o se muestra incapaz de realizar conductas adaptativas a la

situación con objeto de eliminar dicha ansiedad. Por otra parte, el funcionamiento psicosocial o fisiológico también resulta deteriorado (Akiskal, 1985).

Por último, Beck y Clark (1997) describen en su modelo de la ansiedad y el pánico una secuencia de procesamiento de la información basada en procesos cognitivos automáticos, por un lado, y controlados por otro, al tiempo que consideran el papel crucial que la anticipación juega en la ansiedad.

C Enfoque cognitivo-conductual

La aparición de éste enfoque se vincula a autores como Bowers (1973), Endler (1973) o Endler y Magnusson (1976), aunando las aportaciones del enfoque cognitivo y del conductual. Así, la conducta quedaría determinada a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan. Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). Según esto, la ansiedad pasa de ser concebida como rasgo de personalidad a ser considerada como un concepto multidimensional, existiendo áreas situacionales específicas asociadas a diferencias relativas al rasgo de personalidad. A partir de ahí surge la teoría interactiva multidimensional (Endler y Magnusson, 1976; Endler, Magnusson, Ekehammar y Ovada, 1976; Endler y Okada, 1975), que concuerda con la hipótesis de la congruencia propuesta por Endler en 1977, la cual defiende que es imprescindible la congruencia entre el rasgo de personalidad y la situación amenazante para que la interacción entre ambos dé lugar al estado de ansiedad.

En el caso de la teoría tridimensional de Lang (1968), se considera a la ansiedad como un sistema triple de respuesta en el que interactúan manifestaciones cognitivas,

fisiológicas y motoras. En definitiva, la ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Miguel-Tobal, 1990).

D Enfoque psicoanalítico

Freud, desde otra mirada y al hablar acerca de cómo reacciona el sujeto frente a las amenazas; habla acerca del concepto de angustia y no sobre ansiedad propiamente dicha. El mismo conceptualiza acerca de dicho término viendo a la angustia como libido trasmudada, en un principio, y luego como una reacción frente al peligro. Con el pasar del tiempo, Freud ya no concibe a la angustia como libido trasmudada, sino como una reacción frente a situaciones de peligro regida por un modelo particular. Pero de todas formas afirma como muy posible que en el caso de la neurosis de angustia «sea el exceso de libido no aplicada el que encuentre su descarga en el desarrollo de angustia» (infra, pág. 133). Este último remanente de la antigua teoría sería abandonado pocos años más tarde. Al examinar el problema de la angustia en una de sus nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis {1933a), escribió que también en la neurosis de angustia el desarrollo de angustia era una reacción ante una situación traumática, diciendo: “Ya no afirmaremos que sea la libido misma la que se muda entonces en angustia” {AE, 22, pág. 87).

Este autor da cuenta de dos tipos de angustia que el sujeto puede llegar a vivenciar; una angustia realista y angustia neurótica. A pesar de que en un principio Freud dijo que la angustia neurótica era libido trasmudada, el mismo insistió desde el comienzo en la íntima relación existente entre la angustia debida a peligros externos y la provocada por amenazas

pulsionales. En su primer trabajo sobre la neurosis de angustia (1895) esboza: «La psique cae en el afecto de la angustia cuando se siente incapaz para tramitar, mediante la reacción correspondiente, una tarea (un peligro) que se avecina desde afuera; cae en la neurosis de angustia cuando se nota incapaz para reequilibrar la excitación (sexual) endógenamente generada. Se comporta entonces como si ella proyectara la excitación hacia afuera. El afecto, y la neurosis a él correspondiente, se sitúan en un estrecho vínculo recíproco; el primero es la reacción ante una excitación exógena, y la segunda, ante una excitación endógena análoga» {AE, 3, pág. 112).

Por otro lado Freud expone que, una de las dificultades adicionales de su obra es el distingo entre la angustia como reacción directa y automática frente a un trauma, y la angustia como señal de peligro que anuncia la inminencia de ese trauma. El factor determinante de la angustia automática es una situación traumática, y esta es, esencialmente, una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación, sea de origen externo o interno, que aquel no puede tramitar {infra, págs. 130 y 156). La «angustia-señal» es la respuesta del yo a la amenaza de una situación traumática, amenaza que constituye una situación de peligro. Aunque los peligros internos cambian en las distintas etapas de la vida (pág. 138), tienen como carácter común el implicar la separación o pérdida de un objeto amado, o la pérdida de su amor (pág. 142); esta separación o pérdida puede, por diversas vías, conducir a una acumulación de deseos insatisfechos y, por ende, a una situación de desvalimiento. La situación traumática en sí es, a todas luces, descendiente directa del estado de tensión acumulada y no descargada del que hablaba Freud en sus primeros escritos sobre la angustia.

Asimismo, en el «Proyecto de psicología» de 1895 (1950a), Freud enumera, entre las necesidades principales que originan estímulos endógenos prontos a la descarga, el hambre, la respiración y la sexualidad (AE, 1, pág. 341), y en un pasaje posterior indica que esa descarga «exige una alteración en el mundo exterior (provisión de alimento, acercamiento del

objeto sexual)», alteración que «el organismo humano es al comienzo incapaz de llevar a cabo» (pág. 362). Para lograrlo se precisa un «auxilio ajeno», que el niño convoca con sus gritos. Y aquí Freud menciona «el inicial desvalimiento del ser humano». En la parte III del «Proyecto de psicología» hay una referencia similar a la necesidad que tiene el niño de llamar la atención «del individuo auxiliador (por lo común, el objeto-deseo mismo) sobre [su] estado anhelante y menesteroso» (pág. 414). Todos estos fragmentos parecen constituir un preanuncio de la descripción del estado de desvalimiento, en el cual el niño echa de menos a su madre. Ya lo había formulado claramente en la nota al pie de los Tres ensayos (1905) a que hicimos referencia antes (AE, 7, págs. 204-5), donde dice que el miedo del niño a la oscuridad obedece a que echa de menos a una persona querida. Pero esto nos lleva al problema de los diversos peligros específicos capaces de precipitar una situación traumática en distintas épocas de la vida.

Vale la pena recordar que en una nota al pie agregada en 1923 al historial clínico del pequeño Hans (1909), Freud desaprueba que se aplique el rótulo de «complejo de castración» a las otras clases de separación que el niño debe sufrir inevitablemente (AE, 10, págs. 9-10). Tal vez deba verse en ese pasaje una primera alusión al concepto de la angustia causada por la separación, que aquí cobra importancia. El hincapié en el peligro de perder el amor del objeto amado es relacionado expresamente en esta obra (infra, pág. 135) con las características de la sexualidad femenina, de la que Freud había comenzado a ocuparse muy poco tiempo atrás. Por último, en sus trabajos «El sepultamiento del complejo de Edipo» (1924) y «Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica el peligro de perder el amor del superyó nos remite a las controversias con respecto al sentimiento de culpa, tal como había sido reformulado también poco antes en El yo y el ello {1923b).

1.7 Ansiedad ante situación de examen

Entrando al tema del presente estudio, el afrontamiento ante exámenes podría definirse como un proceso de transacción entre la persona y el ambiente, con el uso flexible y combinado de distintas estrategias, que no son uniformemente efectivas, sino que los resultados son multidireccionales dependiendo de diversos factores. Es así que las estrategias de afrontamiento efectivas en la situación de examen pueden no serlo en otras situaciones cotidianas. Un dato interesante a tener en cuenta es que las estrategias de afrontamiento no deberían ser llamadas adaptativas o desadaptativas, sino que serían más bien funcionales y particulares de cada persona, es decir, es necesario considerar para quién, bajo qué circunstancias y ante qué situación esa estrategia tiene consecuencias adaptativas (Piemontesi & Heredia, 2009).

Con respecto a la ansiedad ante los exámenes es importante considerar la definición de Hodapp (Hodapp, Glanzmann & Laux, 1995 citado en Heredia, Piemontesi, Furlan & Volker Hodapp, 2008), quien la entiende como un rasgo específico-situacional, que se caracteriza por la predisposición del estudiante a actuar con elevada ansiedad en los ambientes relacionados con el rendimiento académico. Gutiérrez Calvo y Avero (1995) agregan que la ansiedad ante los exámenes es una tendencia relativamente estable en la mayoría de los estudiantes a responder con altos niveles de ansiedad en situaciones en las que están siendo evaluados, presentando como aspecto central la preocupación por su posible mal desempeño en el examen y las consecuencias para su autoestima, estatus, etc.

Resulta interesante tener en cuenta un reciente estudio de casos de carácter cualitativo, realizado por Ricoy y Fernandez-Rodriguez (2013), para conocer la percepción que los estudiantes universitarios tienen de la situación de evaluación.

Los autores resaltan que la mayoría de los estudiantes reconocen que dedican poco tiempo a programar la materia y al estudio, lo que hace que utilicen estrategias cognitivas para memorizar la información y los contenidos de la materia al no tener el tiempo necesario para reflexionarlo. Ello a su vez genera sensaciones negativas que se manifiestan de forma perjudicial sobre su calidad de vida.

Los resultados ponen de manifiesto que ante un examen predominan las sensaciones negativas (especialmente nerviosismo) por sobre las positivas.

Se ha permitido ampliar en los últimos años el interés acerca de cómo los estudiantes enfrentan su experiencia de ansiedad y cuáles son las estrategias de afrontamiento implementadas por estos para afrontar la situación estresante de examen. Se reconoce que el conocimiento sobre la predominancia de las percepciones negativas que tienen los estudiantes universitarios de un examen, el cual además comprende algunos elementos de los principales estresores tales como la preparación para impedir el evento, la confrontación al estresor, la incertidumbre de los resultados del examen y el afrontamiento ante las consecuencias de estos resultados.

Asimismo, se ha hecho foco en el rendimiento académico y la presencia de síntomas o quejas somáticas experimentadas por los estudiantes en épocas de examen, así como en sus posibles relaciones con estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad (Piemontesi, Heredia, Furlan, Sánchez-Rosas & Martínez, 2012).

Existen numerosas definiciones de ansiedad, pero se van a recoger aquí algunas de las más concluyentes y clarificadoras, y aquellas vinculadas especialmente con la situación de examen que vivencian los alumnos: Spielberger (1980) señala que la ansiedad es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerado por

el individuo como amenazador, produciendo así cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto.

La Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitarios Navas (1989) define la ansiedad como un estado emocional, por lo tanto, hay una mezcla de sentimientos, conductas y reacciones o sensaciones fisiológicas. Por su parte, Papalia (1994), define la ansiedad como un estado que se caracteriza por la presencia de sentimientos de aprensión, incertidumbre y tensión que surgen como consecuencia de que el sujeto anticipa una amenaza real o imaginaria.

Asimismo, se ha de diferenciar lo que es la ansiedad normal, que todos tenemos ante cualquier situación importante estando más activados física y mentalmente y más preparados para responder, de la ansiedad que aparece de forma continua y excesiva descontrolando conductas y pensamientos. La segunda, sí supone un problema porque nos impide alcanzar los objetivos que nos hemos propuesto: estudiar, ir al examen, aprobar, etc. Esta ansiedad puede ser “anticipatoria” si el sentimiento de malestar se produce a la hora de estudiar o al pensar en qué pasará en el examen, o “situacional” si ésta acontece durante el propio examen.

A su vez, la ansiedad ante los exámenes puede ser considerada como un rasgo de personalidad o como un estado. De este modo, existen personas más propensas a la ansiedad (temor) en las situaciones de examen, entonces dicha ansiedad ante el examen se conceptualiza como un rasgo de personalidad específico frente a esa situación (Bauermeister, 1989). Por otra parte, otras personas perciben la situación de examen como potencialmente amenazante por el hecho de que fallar en ella puede interferir con el alcanzar metas importantes, y esto les genera un estado de ansiedad que una vez pasado el mismo desaparece, pudiendo estar presente sólo en aquellos exámenes que el sujeto percibe como muy difíciles (Spielberger, 1980).

Según la Teoría Tridimensional de la Ansiedad (Lang, 1968, citado en Oblitas, 2004), la reacción emocional de la ansiedad puede observarse a un triple nivel: cognitivo subjetivo, haciendo referencia a la experiencia; fisiológico, haciendo referencia a los cambios corporales; y motor, haciendo referencia a las conductas claramente observables.

A Nivel cognitivo

La ansiedad se manifiesta en sentimientos de malestar, miedo, dificultad para decidir, temor a que se den cuenta de nuestras debilidades, hipervigilancia, tensión, presencia de pensamientos negativos sobre uno mismo, preocupación, inseguridad, sensación de pérdida de control, pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros, dificultades para pensar, estudiar, concentrarse, percepción de fuertes cambios fisiológicos, entre otros.

Joaquín Álvarez et al.

B Nivel fisiológico

La ansiedad se manifiesta a través de la activación de diferentes sistemas, principalmente el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Motor, aunque también se activan otros como el Sistema Nervioso Central, el Sistema Endocrino y el Sistema Inmune. De todos estas alteraciones o cambios los sujetos sólo perciben algunos como son el aumento en la frecuencia respiratoria, el aumento en la frecuencia cardiaca (palpitaciones), dificultad respiratoria, presencia de sudoración, sequedad de la boca, tensión muscular, temblores musculares, dificultad para tragar, sensaciones gástricas, entre otros. A su vez, estos cambios fisiológicos, pueden acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, tales como insomnio, disfunciones gástricas, mareos, dolores de cabeza, náuseas, disfunción eréctil, contracturas musculares, etc.

C Nivel motor

La ansiedad se manifiesta tal como: hiperactividad, evitación de situaciones temidas, movimientos repetitivos, elevado consumo de alimentos o sustancias (como café y/o tabaco), llanto, presencia de respuestas de evitación de la situación que produce la ansiedad, dificultades para la comunicación (tartamudez), tensión en la expresión facial, quedarse en blanco, entre otras.

2. ANTECEDENTES

Ansiedad y exámenes

Según esboza Valero Aguayo, Luis en su artículo *Evaluación de ansiedad ante exámenes: Datos de aplicación y fiabilidad de un cuestionario CAEX en 1999*, a lo largo del tiempo se han expuesto varios modelos teóricos para explicar la relación entre la ansiedad ante los exámenes y la ejecución en los mismos. Desde un modelo de aprendizaje social se incluyen como factores los déficits en habilidades de estudio. Habitualmente se encuentran correlaciones negativas entre una elevada ansiedad y un pobre resultado en el examen, pero no supone una relación causal, sino más bien variables mediadoras en las que resulta fundamental las habilidades de estudio del alumno (Yunques, Yunker y Sterner, 1986). A su vez, se incluyen las habilidades de afrontamiento de la situación, influenciados por las primeras reacciones de los padres a las notas escolares y la evaluación del resto de las personas, junto con las expectativas de autoeficacia o la motivación de logro para explicar la ansiedad situacional (Wigfield y Eccles, 1989; Jones y Petruzzi, 1995).

Desde una perspectiva cognitiva se incluyen la existencia de dificultades en la resolución de problemas, pensamientos negativos, déficits atencionales y baja autoestima como causas de esta problemática (Gutiérrez-Calvo, 1984, 1986; Krampen, 1988; Blankstein, Flett y Batten, 1989; Tobias, 1985). A su vez, se han encontrado diferencias entre sexos, por ejemplo, en los varones un mayor grado de ansiedad relacionada con una imagen negativa de sí mismo y con bajos resultados académicos, mientras que en las mujeres esa ansiedad ante la prueba parecía mejorar los resultados en las notas (Di Maria y Di Nuovo, 1990). En otros casos las mujeres dan cuenta de experimentar mayor ansiedad que los hombres, pero esa ansiedad no tiene efecto luego sobre los resultados de los exámenes (Sowa y La Fleur, 1986). También se han encontrado diferencias socio-económicas y culturales,

con mayor grado de ansiedad y peores resultados académicos cuanto menor es el nivel social de la persona y del país (Guida y Ludlow, 1989).

Desde un modelo conductual se supone una inhibición de conductas académicas bajo una situación de castigo, con los componentes condicionados o emocionales habituales en una situación de ansiedad. En una revisión de la literatura Head y Lindsley (1983) afirman que (1) los cuestionarios de ansiedad permiten investigar la ansiedad ante los exámenes bien como una variable mediadora así o bien como una experiencia de los estudiantes; (2) los niveles altos de ansiedad afectan a la ejecución en las pruebas, y los estudiantes menos ansiosos suelen tener mejores notas; es una variable que interactúa con las habilidades intelectuales de forma que una mayor ansiedad facilita en ese caso la ejecución; (3) la ansiedad está asociada a la mayor dificultad de las pruebas, y tiene una correlación negativa, más acentuada en las mujeres, con los resultados finales del examen; (4) las variables situacionales como las instrucciones dadas, el profesor, la importancia de la tarea, aumentan también la ansiedad; y, por último, (5) las técnicas con mejores resultados para reducir la ansiedad y facilitar la ejecución son las de modificación de conducta y el consejo educativo.

Instrumentos de evaluación de ansiedad ante exámenes

Los instrumentos creados para evaluar la ansiedad frente a exámenes tienden a centrarse en los rasgos o características generales del individuo con ansiedad, y de forma más específica en características cognitivas como la preocupación o la emocionalidad. Entre esos instrumentos, en inglés, se han creado los siguientes: Test Anexito Sócale (Sarason, 1972) con dos versiones para adultos y para niños, parece tener una alta fiabilidad y ha mostrado correlación negativa con el rendimiento académico, se han realizado también adaptaciones a varias poblaciones estudiantiles y países (Center, 1981; Ludlow y Guida, 1991). Según expone Richardson et al., (1977), se han encontrado en este instrumento dos

factores, que por su coincidencia con otros instrumentos, se han denominado: preocupación y emocionalidad. El primero tiene que ver con la preocupación constante y los pensamientos negativos sobre la situación de examen, que suele tener efectos negativos sobre el rendimiento académico; y el segundo tiene que ver con las reacciones emocionales, el malestar e incluso las respuestas fisiológicas a esa situación, pero que no tiene tanta influencia sobre los resultados del examen.

Otro instrumento denominado Suinn Test Anxiety Behavior Scale (Suinn, 1969; Ginter et al., 1982), el cual es aplicable tanto a estudiantes universitarios como adolescentes, con una fiabilidad elevada. Asimismo, en Tryon, 1980; Birenbaum, 1990; Bidell y Marlowe, 1995; Anderson y Sauser, 1995 puede encontrarse una revisión más exhaustiva de estos dos cuestionarios principales y sus características psicométricas.

Por otro lado, el Test Anxiety Inventory (Ware, Galassi y Dew, 1990) posee dos factores fundamentales: preocupación y emocionalidad, aunque otros autores han encontrado más factores en la escala, tales como: críticas al examen, auto-reproches, etc. Parece tener una alta consistencia interna y una correlación negativa con el rendimiento académico, por lo que es una de las más utilizadas en los estudios sobre ansiedad y rendimiento, así como variable para observar los resultados de los tratamientos aplicados en estos casos (hipnosis, inundación, relajación, desensibilización, imaginación,...). A su vez existe una versión en castellano utilizada con estudiantes de secundaria entre 14-18 años, con estudios sobre su validación y factores con población hispanoamericana y bilingüe (Bauermeister, 1989; Bauermeister, Collazo y Spielberger, 1983; Bauermeister et al., 1988).

Además se han creado otras escalas para poblaciones específicas. Benson y Bandalos (1992) presentan otra escala que denominan Reactions To Tests con 20 ítem relacionados con diferentes tipos de respuestas fisiológicas y emocionales ante situaciones de examen.

Por su parte, Singh y Gupta (1984), han elaborado una escala de ansiedad para adolescentes entre 13 y 16 años en situaciones académicas en general.

En población hispanohablante han aparecido algunas escalas y adaptaciones, como la denominada *Self-Assessment Inventory* (Ayora, 1993). Y la de Aguilar (Aguilar et al., 1984, 1989) denominada *Cuestionario de Ansiedad y Rendimiento*, que con 110 ítems intenta relacionar el grado de ansiedad y el rendimiento académico en niños. El *Achievement Anxiety Test* (Plake, Smith y Damsteegt, 1981; Watson, 1988), ha sido utilizado también en una muestra española con estudiantes de medicina adaptado en varias poblaciones y países, (Penzo, 1989), y que parece tener un factor único bipolar y muy consistente con ansiedad ante la prueba, también correlacionado con los déficits en la ejecución tanto en pruebas escritas como orales en estudiantes universitarios.

Otros instrumentos se utilizan como forma de autorregistros inmediatos, para contestar en el momento en que se realiza el examen. Es así como Galassi, Frierson y Siegel (1984) han elaborado también un *listado de pensamientos y cogniciones* (positivas y negativas) antes, durante y después de un examen, aunque la frecuencia en estos auto informes a veces no concuerdan con los datos globales de otros cuestionarios de ansiedad, si aparece una mayor correlación en el caso de los pensamientos negativos. Por su parte Alexitch, Blankstein, & Flett, (1988) exponen el *Test Taking Expectations Scale*, el cual se centra en las expectativas y las cogniciones negativas sobre los exámenes a realizar. En otra instancia, Ottens, Tucker y Robins, S.B. (1989) han desarrollado una escala para registrar las respuestas motoras y conductuales respecto a la ansiedad, así como las diversas estrategias de afrontamiento que tienen los estudiantes ante esas situaciones. Mientras que Serrano (1985) ha empleado un listado de ítems a rellenar en el momento de la prueba en una escala subjetiva de ansiedad y de autoestima.

Asimismo se han estudiado las diferencias en ansiedad según el tipo de examen, por ejemplo, de pruebas objetivas, de ejecución física o de valoración subjetiva por un profesor (Furst, Tenenbaum y Weingarten, 1985). La influencia en la dificultad del examen, y la ordenación de las pruebas en exámenes de alternativas, que no parece influenciar en los resultados sino más bien la preocupación constante (Klimko, 1984), aunque en algunos casos se propone una dificultad progresiva en los exámenes del siguiente tipo: completar, preguntas abiertas, un ensayo, elección múltiple, verdadero-falso o resolución de problemas, Cuanta mayor es la dificultad del examen, los contenidos o la situación, mayor el grado de ansiedad que suele aparecer en los cuestionarios (Green, 1981; Fernández, 1990).

Sumado a lo dicho hasta el momento, se han creado cuestionarios específicos para evaluar la ansiedad ante situaciones de prueba en concreto como son: El *Sport Competition Anxiety Test* (Cheathan y Rosentswieg, 1982; Brand, Hanekom y Scheepers, 1988). Ante exámenes de matemáticas exclusivamente el *Suinn Mathematics Anxiety Rating Scale* que describe en los ítems las diferentes situaciones que pueden producir ansiedad en un examen de matemáticas (Suinn et al., 1972; Suinn, Taylor y Edwards, 1988); *Mathematics Anxiety Rating Scale* (Brush, 1978); *Mathematics Anxiety Scale for Children* (Chiu y Henri, 1990). También en el caso de exámenes físicos o de gimnasia, aparece el *Motor Activity Anxiety Test* (Bortoli y Robazza, 1994), que expone la ansiedad ante situaciones arriesgadas presentadas en fotos que requieren ejercicio físico, exámenes gimnásticos o competiciones.

Evaluación de ansiedad ante exámenes: Datos de aplicación y fiabilidad de un cuestionario CAEX

Si bien existen vastas investigaciones así como instrumentos de evaluación para medir la Ansiedad, el constructo elegido en esta oportunidad brinda una mirada tanto objetiva como

subjetiva acerca de la vivencia del sujeto. Es decir, da la posibilidad a la persona que se acerca al trabajo, de obtener una visión global sobre los signos y síntomas que provoca la ansiedad frente a exámenes en los alumnos universitarios. Asimismo, una de las grandes ventajas que posee el cuestionario CAEX es que, él mismo produce un acercamiento a las vivencias subjetivas de los individuos que se encuentran en esta situación de examen; pudiendo así obtener una sinopsis de la situación experimentada por los sujetos y de este modo, planificar un posible tratamiento en los casos donde la ansiedad se convierta en un obstáculo para el alumno a la hora de llevar a cabo su desarrollo académico.

Se trata aquí de un cuestionario elaborado específicamente para recoger la variedad de respuestas motoras, verbales, cognitivas o fisiológicas que suelen acompañar estos problemas, junto con la tipología de exámenes más frecuentes. De esa manera, más que centrarnos en los aspectos de personalidad o de rasgos de ansiedad como constructo, nos centramos en la descripción de las características comportamentales del problema.

La primera versión de la escala se creó a partir de un análisis de contenido de las distintas respuestas (motoras, fisiológicas y cognitivas) y situaciones (habladas, por escrito, tribunales) que son características de los problemas de ansiedad ante los exámenes. Los 50 ítems son descriptivos de esas respuestas o situaciones. De manera general la escala tendría unos ítems referidos de cuatro factores de contenido: (1) a las respuestas efectivas de evitación que se dan en los exámenes, (2) las respuestas cognitivas de preocupación antes o durante el examen, (3) las respuestas fisiológicas que efectivamente le ocurren al estudiante en ese momento, y (4) las situaciones o tipos de exámenes más frecuentes. Como escala de valoración se utilizó una doble escala tipo Likert entre 0 y 5 para que el estudiante informe sobre la frecuencia con que esas situaciones le ocurrían a él personalmente indicando de la siguiente manera: (0 nunca me ocurre, 1 muy pocas veces, 2 algunas veces, 3 a menudo suele ocurrirme, 4, muchas veces, 5 siempre me ocurre) y sobre el grado de ansiedad

subjetivo que le producen indicando: (0 no siento nada, 1 ligera ansiedad, 2 un poco intranquilo, 3 bastante nervioso, 4 muy nervioso, 5 completamente nervioso). Con esta doble escala se pretendía comparar la posible diferencia de los aspectos más subjetivos o privados de la ansiedad, y ver ocurre al igual que en otras escalas, donde la preocupación y la ansiedad subjetiva fueron más importantes que la frecuencia misma de respuestas de ansiedad durante el examen.

La primera versión de la escala se pasó a una pequeña muestra de estudiantes a manera de práctica de clase, para que opinaran de cada ítem, corrigiendo la redacción o realizando algún tipo de modificación del cuestionario. La versión definitiva se pasó a un total de 335 estudiantes universitarios, de 3° y 4° año de Psicología. En el curso de Adaptación (N=180, 55,2%) se pasó en una clase habitual durante el curso, en tercero (N=79, 24,2%) y cuarto (N=67, 20,6%) se pasó justo antes de realizar el examen final de la asignatura de evaluación.

La mayoría de los estudiantes eran mujeres (75,5%) frente a los hombres (24,5%). El análisis de varianza muestra diferencias significativas en las tres variables consideradas: puntuación de ansiedad total ($F=16,48, p<0.001$), puntuación de frecuencia total ($F=13,85, p<0.001$), y puntuación de ansiedad ante diferentes situaciones de examen ($F=14,67, p<0.001$). Lo que implicaría un mayor grado de ansiedad en las mujeres que en los hombres, las medias son mayores en las estudiantes, por tanto habría que tenerlo en cuenta al comparar las puntuaciones criterio con las obtenidas por un estudiante en particular. Sin embargo, no hay diferencias significativas en ningún caso en relación a los diferentes cursos a los que se aplicó el cuestionario. No hubo diferencias significativas en Adaptación ($F=0.14, p>0.05$), en Tercero ($F=0.98, p>0.05$) ni en Cuarto ($F=1,64, p>0.05$).

El rango en las puntuaciones de ansiedad oscila entre 0 y 195, con una media de 58,24, mientras que las puntuaciones de frecuencia tienen una media de 56,22. Por su parte,

las puntuaciones sobre la ansiedad ante diferentes tipos de exámenes tienen un rango entre 0 y 55, con una media de 32,94. Resultan menores que las anteriores porque esta subescala sólo tiene 11 ítems.

La fiabilidad interna, hallada como consistencia interna mediante el coeficiente Alpha, es bastante elevada para el cuestionario en cuanto a las puntuaciones de ansiedad ($\alpha=0.9230$) y las puntuaciones de frecuencia ($\alpha=0.9427$), y algo menor para los ítems referidos a situaciones ($\alpha=0.8597$).

La relación entre los dos sistemas de puntuaciones es muy elevada y significativa dando un puntaje de: ($r=0.9015$), lo que indica que los estudiantes suelen contestar aproximadamente igual en ambos tipos de escalas Likert. A diferencia de lo que afirman algunos autores, no es mayor la ansiedad subjetiva que la misma ocurrencia de respuestas de ansiedad. Por lo tanto, dada la alta consistencia interna para cada una de las formas de valoración (ansiedad/frecuencia), y la elevada correlación entre ellas, podría adoptarse una de ambas escalas exclusivamente para una versión definitiva del cuestionario. Siendo preferible, por igualdad con otros cuestionarios sobre ansiedad, el utilizar la escala de ansiedad subjetiva 0-5.

Se realizó un primer análisis de componentes principales con todos los ítems, que reveló un solo factor principal que explica el 26,8% de la varianza, y que engloba la mayoría de los ítems. Un análisis de confirmación, buscando los cuatro contenidos iniciales con que se crearon los ítems, se realizó con rotación Varimax y se obtuvo en la matriz de correlaciones esos cuatro factores comportamentales siendo: (1) un factor principal con 14 ítems que indica los pensamientos y preocupaciones de tipo cognitivo sobre el examen; (2) un segundo factor con 15 ítems que reúne las características fisiológicas que aparecen en las respuestas de ansiedad; (3) un tercer factor con 14 ítems engloba las situaciones y tipos de exámenes

propuestos; y (4) un cuarto factor con 7 ítems reúne los comportamientos de evitación característicos de cualquier problema de ansiedad.

Como se puede observar mediante este análisis de factores con rotación varimax, las correlaciones entre ítems confirman los cuatro factores de contenido que sirvieron para crear el cuestionario inicialmente. Por tanto, y analizando la puntuación del sujeto en cada factor podría considerarse la mayor o menor importancia de cada uno de los componentes de respuesta o situación implicados en el problema del individuo evaluado. Cuanto más elevada sea la puntuación que obtenga el sujeto en cada factor implicaría mayor gravedad de ese tipo de respuestas o situaciones específicas.

3. PLANTEO DEL PROBLEMA

Siempre se ha hablado de la ansiedad que le produce a los sujetos el hecho de enfrentarse a una situación de examen, las causas que la producen y el contexto en donde surge. En esta oportunidad, la mirada estará puesta principalmente en los aspectos que refieren a los orígenes de esta aparición de ansiedad, más precisamente a los signos y síntomas que la misma despierta en las personas.

Si bien se han realizado varias investigaciones al respecto del tema en cuestión, es un tema que hoy en día, específicamente en las universidades, sigue resonando. El solo hecho de interrogar a un estudiante universitario da cuenta de esto.

El tema seleccionado en esta circunstancia posee suma importancia, ya que, la existencia de la ansiedad frente a los exámenes puede llegar a producir en los sujetos un aspecto positivo (ayudándolos en el rendimiento), tanto así, como un aspecto negativo (entorpeciendo el rendimiento académico). Es por lo dicho que se abocará a la exposición de esta problemática.

Al hablar de cómo influye la ansiedad para con los exámenes decimos que, un examen es un estudio acerca de las cualidades de una persona o cosa, y de las circunstancias de un hecho. Es la prueba que se hace de la capacidad de una persona para el ejercicio de una facultad o profesión, o para demostrar sus conocimientos, en esta oportunidad, en el ámbito universitario.

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

General:

Conocer la respuesta de Ansiedad frente a los exámenes en jóvenes universitarios que concurren al primer año de la Lic. En Psicología de la Universidad de Flores, la cual se encuentra situada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Específicos:

* Dilucidar la influencia existente entre la ansiedad y la situación de exámenes principalmente en universitarios.

* Revelar las distintas respuestas de los sujetos a evaluar referidas a la situación de examen.

Hipótesis

La presencia de ansiedad frente a la situación de examen influye de forma negativa en alumnos universitarios.

5. MÉTODO

5.1 Diseño

El presente trabajo consta con un diseño de tipo cuantitativo, no experimental, transversal, ya que posee una variable a investigar: ansiedad; y descriptivo.

Según Sampieri, la investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables.

En la investigación no experimental se observan fenómenos tal y como se dan en su contexto natural.

Es sistemática y empírica, en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido (ex post facto).

Los estudios descriptivos son aquellos en los cuales se puede observar cómo se distribuye una variable en una muestra.

5.2 Participantes

Formarán parte del estudio treinta estudiantes de la Universidad de Flores, ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los alumnos poseen una edad que se establece entre 18 y 54 años, teniendo un promedio de 29 años de edad. En lo que respecta al sexo, se les tomó el cuestionario a 8 estudiantes de sexo masculino y 22 de sexo femenino, pertenecientes en su totalidad al primer año de la carrera de Licenciatura en Psicología.

5.3 Técnicas de recolección de datos

Los instrumentos creados para evaluar la ansiedad ante los exámenes tienden a centrarse en los rasgos o características generales del individuo con ansiedad, y de manera más específica en características cognitivas como la preocupación o la emocionalidad.

La técnica utilizada en esta oportunidad es el Cuestionario de Ansiedad ante los Exámenes (C.A.E.X) de L. Valero (1997), elaborado específicamente para recoger la variedad de respuestas motoras, verbales, cognitivas o

fisiológicas que suelen acompañar estos problemas.

Dicho cuestionario consta de veinte ítems que son descriptivos de las respuestas o situaciones que vivencian los sujetos.

Para la aplicación de la técnica en esta investigación se tuvieron en cuenta de los alumnos además, las variables del año de carrera, la institución en la que estudian, la carrera y su lugar de residencia.

5.4 Procedimiento

Para poder recolectar los datos obtenidos en la investigación se procedió a realizar una cita con la Decana de la carrera de Licenciatura en Psicología, la Lic. Beatriz Labrit, perteneciente al equipo de profesionales de la Universidad de Flores, para pedir permiso de realizar la recolección en dicho establecimiento.

Paso seguido, se realizó una segunda entrevista con el magister y licenciado Marcelo Godoy, director de la carrera de Licenciatura en Psicología, con el mismo objetivo mencionado anteriormente, solicitar el permiso.

Por último, se habló con el docente a cargo de la materia de Metodología de la Investigación I perteneciente al primer año de la carrera, para poder llevar a cabo la recolección en la hora de clase en la cual se dicta dicha materia.

El recabado de datos en sí constó de la entrega del cuestionario C.A.E.X a todos los alumnos presentes en el aula, a los cuales se les aclaró que el mismo era de índole anónimo, voluntario y que la finalidad del mismo es académica y de investigación.

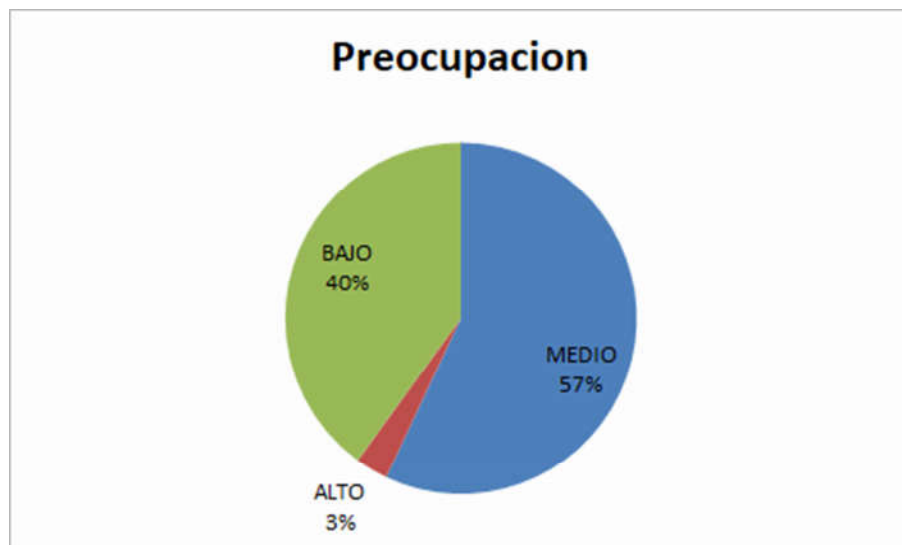
6. RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados del estudio cumplimentando los objetivos propuestos de la dimensión “Ansiedad”. Se informarán los resultados de las dimensiones fisiológicas, situacionales, de evitación y de preocupación, así como también los aspectos vinculados al sexo de los alumnos.

Cabe destacar que se realizó una fórmula para obtener tres tipos de niveles en cada una de las dimensiones utilizadas, obteniendo así niveles bajos, medios y altos en relación a la ansiedad vivida por parte de los sujetos.

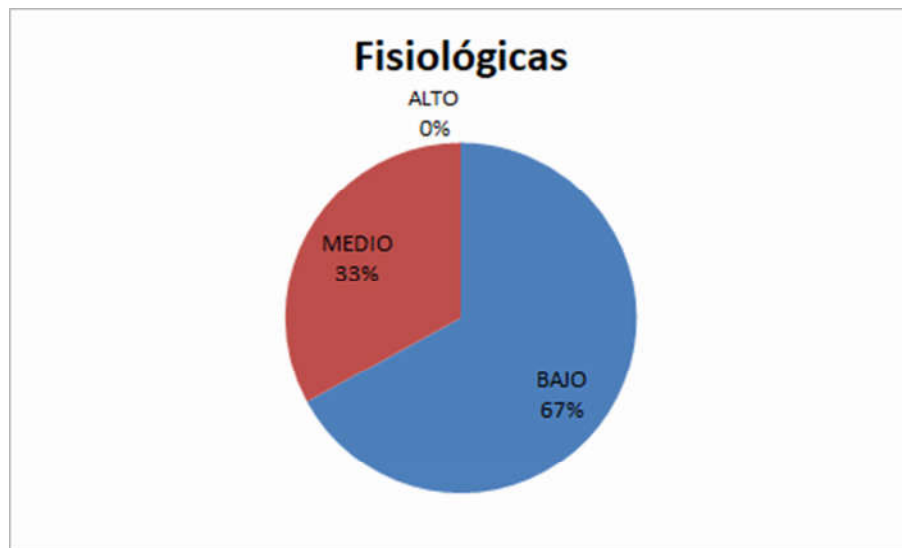
Dimensión Preocupación

En el siguiente gráfico se podrá observar los niveles obtenidos en la primera dimensión a tener en cuenta. El mismo arrojó de un total de 30 sujetos evaluados, un 40% en el nivel bajo, un 57% en el nivel medio y un 3% en el nivel alto.



Dimensión Fisiológica

En el siguiente gráfico se podrá observar los niveles obtenidos en la segunda dimensión. El mismo arrojó un total de 30 sujetos evaluados, un 67% en el nivel bajo, un 33% en el nivel medio y un 0% en el nivel alto.



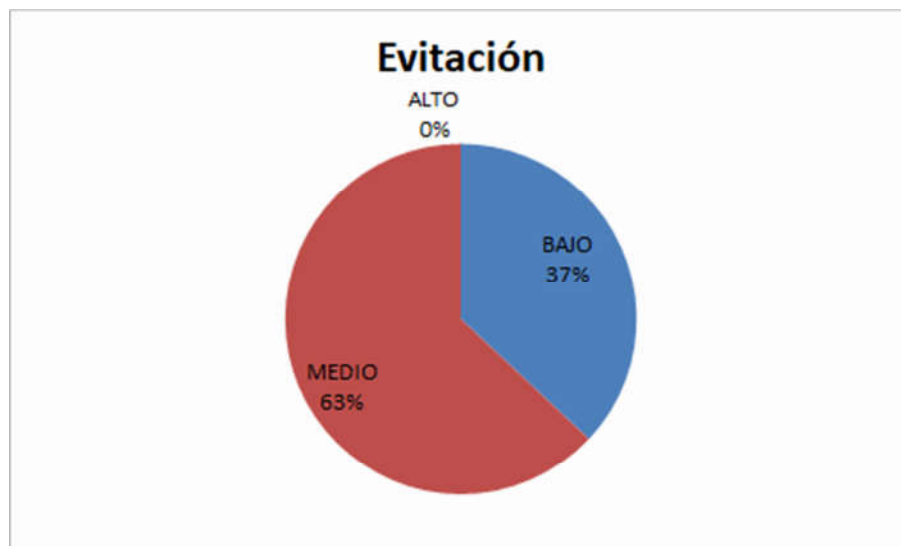
Dimensión Situacional

En el siguiente gráfico se podrá observar los niveles obtenidos en la tercera dimensión a tener en cuenta. El mismo arrojó de un total de 30 sujetos evaluados, un 23% en el nivel bajo, un 43% en el nivel medio y un 34% en el nivel alto.



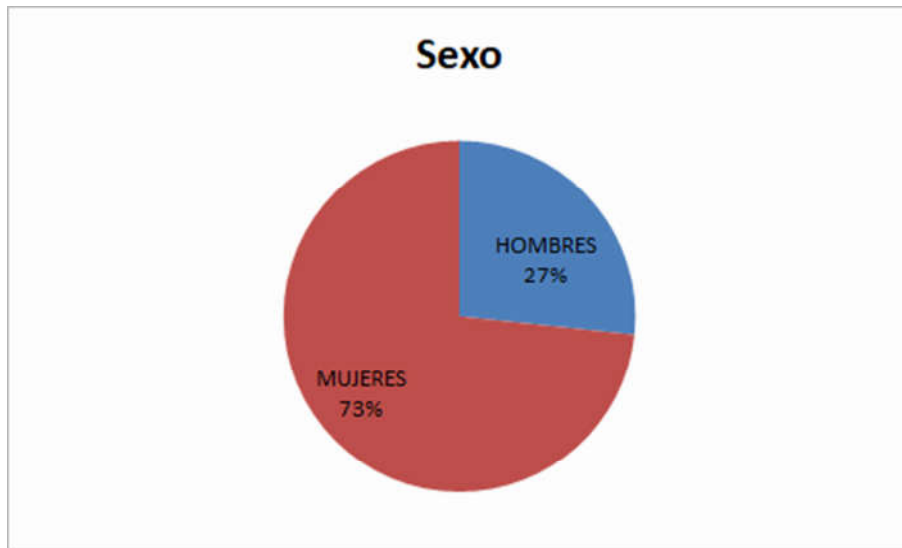
Dimensión Evitación

En el siguiente gráfico se podrá observar los niveles obtenidos en la cuarta dimensión a tener en cuenta. El mismo arrojó de un total de 30 sujetos evaluados, un 37% en el nivel bajo, un 63% en el nivel medio y un 0% en el nivel alto.



Variable Sexo

En el siguiente gráfico se podrá observar el porcentaje de hombres y mujeres que formaron parte de la muestra. El mismo arrojó de un total de 30 sujetos un 73% de mujeres y un 27% de hombres.



7. DISCUSIÓN

Según se expuso al comienzo de este trabajo, los términos de “angustia”, “enfermedad” y “neurosis” están íntimamente relacionados al concepto de Ansiedad. Dichos términos fueron evidenciados en la recogida de la muestra, pudiendo dar cuenta de la presencia de ansiedad en los alumnos que experimentan situaciones de examen. Es decir, que el elevado monto de ansiedad que un sujeto puede tener a la hora de una evaluación académica, podrá provocarle en un futuro, ya sea próximo o lejano, posibles trastornos vinculados a la ansiedad.

Por otro lado, con respecto a los estudios antecedentes del concepto de ansiedad, refieren a la importancia de la evaluación de las habilidades de afrontamiento de la situación de examen así como también, desde una perspectiva cognitiva, los pensamientos, creencias que poseen los sujetos y por último, los sentimientos, sensaciones de preocupación que presentan los alumnos concluyendo en muchos casos en una evitación del examen. Asimismo, se habló acerca de una ansiedad “normal” o también llamada adaptativa, así como también de la existencia de una ansiedad “patológica”. La segunda, se corresponde al momento en el cual se sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

Si bien lo dicho anteriormente fue observado en la muestra de los estudiantes de Psicología de primer año, los resultados obtenidos no podrían dar cuenta de la evidencia de ansiedad “patológica”, ya que, los niveles de ansiedad altos fueron en su mayoría de un porcentaje del 0%, exceptuando la dimensión situacional. Entonces, podemos decir que los alumnos si presentan ansiedad a la hora de enfrentar un examen, pero en niveles medios, lo cual estarían dando cuenta de un diagnóstico referido a una ansiedad “normal” o adaptativa

vinculada a la situación de evaluación académica y lo que la misma conlleva para los estudiantes.

Con respecto a los resultados obtenidos, arrojan un bajo y casi nulo nivel alto de ansiedad en los sujetos evaluados. Destacando así, los niveles medios observados en las cuatro dimensiones que presenta el cuestionario de ansiedad ante exámenes de L. Valero (1997). A su vez, se pudo ver que tanto varones como mujeres, presentan un nivel bajo en la dimensión fisiológica. Lo cual podría dar cuenta de que esta muestra no experimenta grandes variaciones del tipo fisiológicas a la hora de rendir un examen. Por el contrario, se observa un nivel alto en la dimensión situacional, en el total de la muestra (varones y mujeres). Esto estaría vinculado con el contexto, el entorno en cual la persona se encuentra rindiendo, ya sea el lugar físico como la instancia específica evaluativa, pudiendo ser un examen final o el primer/os exámenes de la carrera.

En relación al nivel más alto obtenido en toda la muestra, se trata de la dimensión situacional. De un 34% de varones y mujeres (10 casos), 8 de ellos, su mayoría son mujeres. Con lo cual se podría pensar en la relevancia que supone para ellas lo que rodea a la situación de examen.

Por otra parte, los niveles altos en el resto de las dimensiones fueron de casi el 0%, esto tendría que ver con la baja experimentación a modo corporal, fisiológico, que los estudiantes presentan, tanto mujeres como varones.

La mayor variación muestral se observa en el nivel medio de las cuatro dimensiones, es decir que la muestra total de los 30 casos evaluados se colocaría allí, en un nivel medio de ansiedad frente a un examen.

Si bien los estudios realizados sobre la ansiedad frente a exámenes no arrojaron resultados que den cuenta de una relación estrictamente causal entre estas dos variables, es evidente que ambas conviven en el sujeto pronto a enfrentar una situación evaluativa

académica, afectando así su desempeño.

Al tener en cuenta el hecho de que los niveles altos no fueron significativos en la muestra, a su vez, es evidente que la presencia de ansiedad en los estudiantes repercute de forma negativa provocando variaciones en los alumnos en las respectivas dimensiones. Si se tiene en cuenta lo recabado en esta oportunidad, a modo global, la mayor complicación radicaría en la situación en la cual se produce el examen. Esto nos lleva a reflexionar acerca de la importancia que posee para el alumno lo que rodea al examen en sí. El lugar físico, la actividad sonora, la presencia de sujetos ajenos a la situación, la presencia cercana del profesor y/o profesores.

Otro de los aspectos a tener en cuenta es el nivel que arrojó la dimensión de evitación, un 63% de nivel medio. Dicho número podría reflejar los pensamientos, sensaciones, sentimientos y acciones que llevan a los sujetos a querer “evitar” la situación de examen.

8. CONCLUSION

El concepto de Ansiedad ha pasado de ser una categoría diagnóstica difusa y secundaria a ser un trastorno mucho más perfilado, con modelos explicativos más definidos e intervenciones creadas específicamente para reducirlo.

Hemos podido ver que la noción de ansiedad conlleva una complejidad que parte desde su misma delimitación como vocablo y, en consecuencia, como concepto. Al mismo tiempo, es evidente que la de neurosis y las manifestaciones asociadas han podido abarcar una gran diversidad de campos dentro de la biomedicina, y han generado distintas especulaciones en torno a su posible explicación, los aspectos implicados en sus causas, así como las estrategias terapéuticas que podrían ser útiles a la hora de pensar un tratamiento.

En efecto, en varias ocasiones, en distintos ámbitos, se califican ciertas conductas como “ansiosas”, sin especificar qué se entiende por ansiedad, dejando de lado, justamente, las características polisémicas del constructo. Destacamos la importancia de estas cuestiones, en particular, en aquellos contextos donde es necesaria la interacción interdisciplinaria de distintos profesionales del campo de la salud (psicólogos, psiquiatras, entre otros) que adscriben y manejan diferentes marcos teóricos. A la vez, resulta de particular interés en aquellos países en los que categorías como angustia y ansiedad puedan ser utilizados indistintamente, como es el caso de los países hispanoparlantes. Puesto que esta indiferenciación es evidente en los sistemas diagnósticos operativos más extensamente utilizados, como son el DSM y la CIE, la utilización de uno u otro término puede generar confusiones, no sólo en los profesionales del campo de la salud, sino también en los pacientes diagnosticados.

Llegando a este punto, se expone que se ha logrado conseguir el objetivo que se proponía este trabajo, el cual era dilucidar la influencia existente entre la ansiedad y la

situación de exámenes principalmente en los alumnos de primer año de la carrera de Psicología concurrentes a la Universidad de Flores.

Asimismo, el foco estaba puesto en el modo mediante el cual la presencia de ansiedad afectaría de forma negativa a los sujetos en su desempeño académico, aspecto central a tener en cuenta en esta labor. Es decir, que si un alumno presenta ansiedad a la hora de enfrentar un examen, la misma podría repercutir en el resultado de forma negativa y perjudicial. Ya sea en su dimensión fisiológica, situacional, o provocando preocupación e intención de evitación del mismo.

De esta manera, se propone pasar de una perspectiva centrada en la simplificación de un concepto —en este caso, la ansiedad—, a otra que lo conciba como una construcción histórica y culturalmente situada, que describe determinadas manifestaciones de la psique y el comportamiento humanos, y que necesita una especial atención a la hora de ser utilizada. Y a su vez, promover el tratamiento de la misma desde una visión de la *Psiconeuroinmunoendocrinología*, observando y analizando al sujeto desde una perspectiva integral.

Finalmente se concluye con la siguiente frase de Howard Liddell (1949): *“He llegado a la convicción de que la ansiedad acompaña a la actividad intelectual como su sombra, y de que cuanto más sepamos sobre la naturaleza de la ansiedad, más sabremos acerca del intelecto”*.

8. REFERENCIAS

- Álvarez, Aguilar y Lorenzo. (2012). La ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research Educational Psychology*, vol.10 (1), 333-354.
- Bausela Herreras. (2012). La Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 26 (10), 333 – 354.
- Bausela Herreras, Esperanza. (2005). Ansiedad ante los exámenes: evaluación e intervención psicopedagógica. *Educere*, 31 (9), 553 – 558.
- Cardoso Moreno, María Jesús. (2011). Niveles de Ansiedad ante los exámenes en una muestra de estudiantes universitarios. *Infad. Revista psicológica*, vol.3 (1), 453-456.
- Casari, Leandro Martín. (2014). Estrategias de afrontamiento y ansiedad ante exámenes en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología*, vol.32 (2), 243-269.
- Capafons, Antonio. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, vol (13), 442-446.
- Domínguez-Lara, Sergio. (2016). Inventario de la ansiedad ante exámenes-estado: Análisis preliminar de validez y confiabilidad en estudiantes de psicología. *Liberabit*, vol.22 (2), 219-228.
- Freud, Sigmund. (1925-1926). *Sigmund Freud. Obras completas*. En Inhibición, síntoma y angustia (71-83). CABA: Amorrourtu editores.
- Furlan, Luis. (2013). Construcción de una escala conductual de ansiedad frente a los exámenes (ECAE). *Psiencia. Revista Latinoamericana de ciencia psicológica*, vol.5 (2), 81-89.

- Gonzalez, Castellanos et al. (2014). Mecanismos fisiológicos implicados en la ansiedad previa a exámenes. *Medisan*, vol.18 (10), 1399-1409.
- Juan, Santiago et al. (2013). La conceptualización de un caso de Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) propuesta por terapeutas psicoanalíticos. *Anuario de investigaciones*, vol.20 (1).
- Rosário et al. (2008). Ansiedad ante los exámenes: relación con variables personales y familiares. *Psicothema*, 20 (4), 563 – 570.
- Sarudiansky, Mercedes. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, vol (21), 19-28.
- Sender, R. et al. (2004). ¿Qué hay detrás del miedo a los exámenes?. *Educación Médica*, vol.7 (1), 36-41.
- Stossel, Scott. (2014). *ANSIEDAD. Miedo, esperanza y la búsqueda de la paz interior*. Barcelona, España: Editorial Planeta.
- Valero, Aguayo, L. (1999). Evaluación de ansiedad ante exámenes: Datos de aplicación y fiabilidad de un cuestionario CAEX. *Anales de Psicología*, 15 (2), 223-231.
- Vega-Dienstmaier, Johann M. (2011). Construcción de una nueva escala en español para medir ansiedad. *Neuro-Psiquiatría*, 74 (2), 230-241.

9. ANEXO

En este apartado se sumará el instrumento de evaluación utilizado para realizar la investigación y tomar la muestra.

Edad:	Sexo <input type="checkbox"/> 1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujer	Año de carrera:
-------------	---	-----------------------

Lo invitamos a colaborar en una Investigación que se desarrolla en el marco de la realización del Trabajo Integrador Final de grado de la Universidad de Flores. El mismo trata sobre la opinión que la gente tiene sobre distintos aspectos de su vida personal y social. Para ello, su cooperación con este cuestionario es de especial relevancia. Es un cuestionario anónimo en el que no existen respuestas correctas o incorrectas, sólo nos interesa su opinión. Por favor intente responder a todo el cuestionario.

I. Le pedimos que nos indique que postura experimenta de acuerdo con las siguientes afirmaciones a partir de la siguiente escala:

No siento nada	Ligera ansiedad	Bastante ansiedad	Mucha ansiedad	Totalmente ansioso
1	2	3	4	5

1. En los exámenes me sudan las manos.					
2. Cuando llevo un rato haciendo el examen siento molestias en el estómago y necesidad de ir al baño.					
3. Al comenzar a leer el examen se me nubla la vista y no entiendo lo que leo.					
4. Las condiciones donde se realiza un examen (p.j., demasiado ruido, calor, frío, sol, etc.) me influyen aumentando mi ansiedad.					
5. Al comenzar un examen no se me ocurre nada y tengo la mente "en blanco".					
6. Cuando llevo un rato haciendo el examen siento que me falta el aire, mucho calor y sensación de que me voy a desmayar.					
7. No puedo quedarme quieto mientras hago el examen (muevo los pies, la lapicera, miro alrededor, miro la hora, etc.).					
8. Si el examen que estoy por realizar lo creo muy importante.					
9. Antes de entrar al examen siento un "nudo" en el estómago.					
10. Suelo dar muchas vueltas antes de decidir presentarme al examen.					
11. Cuando estoy haciendo un examen el corazón me late muy deprisa.					
12. Me siento ansioso si los demás comienzan a entregar antes que yo el examen.					
13. Siento grandes deseos de fumar durante el examen.					
14. Suelo mordirme las uñas o la lapicera durante los exámenes.					
15. Me genera ansiedad si el profesor se para junto a mí.					
16. Si el examen tiene un tiempo fijo para realizarse, aumenta mi ansiedad.					
17. Los grupos comentando el examen antes de que éste dé comienzo, me ponen ansioso.					
18. No consigo dormirme la noche anterior al examen.					
19. Me pone ansioso que el examen sea multitudinario.					
20. Momentos antes de hacer el examen tengo la boca seca y me cuesta tragar.					

¿En qué institución estudia?

¿Qué carrera estudia?

¿Cuál es su lugar de residencia?

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

