

30



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

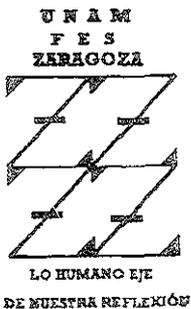
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGIA

EFFECTOS DE LA DESENSIBILIZACION SISTEMATICA EN LA ANSIEDAD POR FOBIA A LOS EXAMENES ACADEMICOS

TESIS QUE PARA OBTENER LA LICENCIATURA EN PSICOLOGIA PRESENTAN: CARMEN PARRA CARRERA TERESITA DEL NIÑO JESUS REYES MORALES

ASESOR: JOSE GABRIEL SANCHEZ RUIZ



FEBRERO 2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A LA MEMORIA DE MI MADRE*

*A MIS FAMILIARES QUE ESTUVIERON BRINDANDOME SU APOYO DESDE EL INICIO DE MIS ESTUDIOS PROFESIONALES, CON TODO MI CARÍÑO: SERGIO, LETY, BETITA, DORIS Y ENRIQUE. QUE COMPARTIERON SU AMOR INCONDICIONAL*

*A MIS PROFESORES PABLO GARRIDO, ALFONSO CORREA, EDGAR PEREZ, PEDRO VARGAS Y, ESPECIALMENTE, A GABRIEL SANCHEZ*

*A MI QUERIDA F.E.S. ZARAGOZA, UNAM*

# INDICE

página

## INTRODUCCION

¿Qué es una fobia?	1
Premisas sobre las conductas fóbicas	6
Modelos sobre la adquisición de las conductas fóbicas	7
Tratamientos de las conductas fóbicas	9
Terapia conductual	9
La desensibilización sistemática	10
Ansiedad en exámenes escolares	14
Planteamiento de la hipótesis	16

## MÉTODO

Sujetos	17
Materiales	17
Escenario	18
Diseño de la investigación	18
Procedimiento	18

ANÁLISIS DE RESULTADOS 20

CONCLUSIONES 27

REFERENCIAS 30

ANEXOS

## EFFECTOS DE LA DESENSIBILIZACION SISTEMÁTICA EN LA ANSIEDAD POR FOBIA A LOS EXAMENES ACADEMICOS

Carmen Parra Carrera  
Teresita del N. J. Reyes Morales

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Asesor: José Gabriel Sánchez Ruiz

Las fobias son miedos irracionales, estables, sin fundamento real y que llevan al sujeto a evitar situaciones precisas a las que tiene miedo. Las fobias constituyen una de las formas en que la ansiedad humana puede anticipar peligros imaginarios y deben distinguirse del miedo que corresponde a un peligro real y de la angustia generalizada (*i.e.*, neurosis de ansiedad) que funciona sin control en previsión de peligros indeterminados y futuros. También es necesario distinguir la angustia generalizada y las fobias de la angustia metafísica o existencial que sería parte integral de la condición humana (Cottraux y Mollard, 1989)

La aportación de Pierre Janet (1903), olvidado sobre todo por quienes han sabido utilizar hábilmente los materiales en ocasiones inconexas de su obra, respecto a las fobias son tratadas en su libro sobre las obsesiones y la psicastenia. Allí, planteó la hipótesis psicodinámica de que las fobias son el resultado de una baja de la tensión psicológica que deja aparecer fenómenos psiquiátricos inferiores y que se traduce en una "inquietud excitante". Él propone cuatro categorías de fobias:

- 1- Fobias de las funciones corporales, que sería mejor denominarlas miedo a perder una función corporal (caminar, hablar, ver, escribir, etc.),
- 2.- Fobias de objetos (contacto)
- 3 - Fobias de situaciones físicas (espacio, vacío, lugar cerrado) y
- 4.- Fobias de situaciones sociales.

A éstas agregó las fobias de las ideas: ser enterrado vivo, decir una blasfemia, ideas de muerte e ideas de enfermedades

El mismo Freud en 1895, dió a conocer su propia fobia de abordar un tren y perder las conexiones, sin embargo, su principal aportación es que estableció una clara diferencia entre obsesiones y fobias. Además, demostró que lo esencial de la sintomatología obsesiva estriba en el carácter compulsivo (*i.e.*, obligatorio), de algunas ideas y de la realización de algunos actos. Si el paciente fóbico no encuentra ni intenta buscar el objeto de su miedo no experimenta angustia alguna. La angustia se proyecta hacia el mundo exterior y se extiende a objetos que simbólicamente representan el conflicto intrapsíquico del sujeto (*cf.*, Cottraux y Mollard, 1989).

### ¿Qué es una fobia?

El término fobia se deriva de la palabra griega *phobos* que significa pánico o miedo. El estudio más antiguo realizado sobre fobias se remonta a la época de Hipócrates. John Locke, en

1690, fue de los primeros interesados en encontrar el origen de las fobias y, 200 años más tarde, Watson formuló una teoría semejante a la de Locke donde propuso que las fobias son respuestas condicionadas. Dollard y Miller (1950), posteriormente las describió como respuestas aprendidas ante experiencias dolorosas.

Las fobias son temores específicos de gran vehemencia (*e.g.*, miedo a las arañas, a la suciedad y a los sitios altos) en situaciones que en realidad no constituyen verdaderos peligros. En algunas personas las fobias se presentan de manera simultáneamente, es decir, el individuo no suele mostrar deformaciones notables de la realidad y no se advierten indicios de daño estructural ni orgánico. No obstante sus miedos son exagerados, parecen inexplicables y escapan al control voluntario. Las fobias tienden a generalizarse y aumentan poco a poco; por ejemplo, las personas que no pueden cruzar el umbral de ciertos espacios cerrados, ni trabajar, quedan tan incapacitados como aquellos que sufren síntomas más extraños. En cierto modo son más afortunados que las que muestran ansiedad más generalizada. Como sus temores están dirigidos a objetos específicos, suelen idear estrategias para atenuarlos y reducir la angustia con solo evitar ese objeto.

No se intentará ahora dar una definición formal de un temor o de una fobia. Los términos son ambiguos. No obstante el significado de éstos se aclara a través de una discusión sobre los intentos de medir temores y fobias en sujetos normales y psiquiátricos.

Un intento sistemático de evaluar los temores en sujetos normales es desarrollado, en forma relativa, recientemente y se puede considerar según las técnicas de evaluación y las medidas dependientes. La técnica de observación es la forma directa para evaluarla. Si una persona tiene miedo a algo es exponerla ante eso y observar su comportamiento. Curiosamente, los psicólogos han mostrado una resistencia a hacerlo de esta forma prefiriendo, la mayoría de las veces, métodos más indirectos. Si se considera indeseable la presentación directa del objeto temido, entonces se puede emplear una representación indirecta de él, por ejemplo un dibujo (Geer y Katkin, 1966). En los últimos años se ha desarrollado una aproximación aún más indirecta que es el empleo de cuestionarios en los que, desde luego, se confía en el informe verbal que da el sujeto sobre sus temores, el empleo de cuestionarios tiene enorme ventaja consistente en la posibilidad de hacer un sondeo muy rápido sobre una amplia variedad de posibles temores de los que puede sufrir una persona. No obstante, el hecho de considerar a los cuestionarios como sustitutos satisfactorios de la exposición directa al objeto temido, con lo cual se puede obtener una estimación más comparables de la fuerza de determinados temores en individuos específicos, es un problema empírico que carece de evidencia en la actualidad. La mayor parte de las medidas de las fobias se pueden dividir en medidas objetivas y subjetivas de temor.

1. Las medidas objetivas de temor. Miden el comportamiento del sujeto en relación al objeto temido o bien podemos tomar medidas fisiológicas.

2. Las medidas subjetivas de temor. Incluyen las respuestas a cuestionarios, autoevaluación de temor, etc. (*cf.*, Yates, 1978)

Las fobias incluyen niveles de miedo que no únicamente son muy intensos, sino que también interfieren con los patrones normales de vida. Los síntomas fisiológicos de las fobias, son sudor excesivo, temblores, diarrea y respiración acelerada.

La aparición de las fobias puede ser tan gradual que sea muy difícil discernir si hubo o no factores precipitantes concretos.

La conducta neurótica regularmente no ocurre en aislamiento y esto se aplica ciertamente al caso de las fobias. Se encuentran entremezcladas con toda una multitud de otras reacciones tales como la histeria y la depresión. Aunque las fobias no requieren de hospitalización, deben ser tratadas profesionalmente. Las fobias se caracterizan por miedos intensos a un objeto o a una situación de lo que el paciente reconoce conscientemente que no implican peligro real para él. Su aprehensión podrá experimentarse como desmayo, fatiga, palpitaciones, transpiración copiosa, náuseas, temblores e incluso pánico.

Las fobias pueden atribuirse a temores desplazados hacia algún objeto del cual el paciente es inconsciente, al objeto o a la situación fóbica. De modo característico, el individuo fóbico reconoce la falta de fundamento de su preocupación por el objeto fóbico, pero no puede, de cualquier modo, controlar su miedo. Cuando se experimenta la situación productora de miedo, sigue un ataque típico de ansiedad. Un problema básico en la fobia es que el temor no podrá permanecer fijado a un objeto o a una situación determinada, sino que se generalizará a todos los objetos o situaciones que guarden alguna semejanza con los que se teme (Yates, 1978)

Rimm y Masters (1986) describieron una gran variedad de fobias entre las cuales se encuentran, con más frecuencia las siguientes: agorafobia, temor a los espacios abiertos, temor a estar encerrado ó espacios cerrados (claustrofobia); temor de los lugares elevados (aerofobia); miedo a los extraños (xenofobia), temor al agua (acuafobia), miedo a los animales (zoofobia), entre otros.

En lo relativo al concepto de fobia, en la literatura es posible encontrar diversas connotaciones del término fobia, por ejemplo: es el miedo angustioso que algunos enfermos experimentan en determinadas circunstancias (cf., *Diccionario Larousse Manual Ilustrado*, 1994).

En tanto que autores como Kanfer y Phillips, en 1980, definieron a las fobias como respuestas aprendidas Marks las conceptualizó como temores que están fuera de la realidad y como miedos inexplicables sobre los que no se tiene control voluntario. Por otro lado, Seif y Atkins, mencionan que las fobias son formas de conducta desadaptada, no vienen solas, generalmente están entremezcladas con un sinnúmero de problemas como consecuencia, es difícil calcular con exactitud su frecuencia (cf., Cottraux y Mollard, 1989) Sarason (1990), las caracterizó como temores muy específicos a objetos, gente y situaciones. Cottraux y Mollard (1989), por su parte, mencionaron que las fobias incluyen niveles de miedo que no únicamente son muy intensos, sino que también interfieren con los patrones normales de vida.

Se puede advertir que el término fobia ha tenido una gran variedad de significados en los diferentes periodos de la historia, pero se debe tener en cuenta no solo las bases teóricas de los autores sino también el periodo en que estas fueron escritas.

En años más recientes se ha planteado que la fobia se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. La característica esencial de la fobia específica es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles o circunscritos (q. v., *DSM IV*, 1993).

Antes, de que la terapia conductual surgiera, las fobias eran vistas como enfermedades fisiológicas, y eran tratadas por médicos. Posteriormente, se empezaron a realizar investigaciones acerca de las fobias a mitad del siglo XIX. Westphal, por ejemplo, fue el primero que ofreció una descripción comprensiva de las fobias y quien introdujo el término de agorafobia (cf., Cottraux y Mollard, 1989)

La similitud fenomenológica entre las fobias y las obsesiones fueron tratadas a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Kraepelin las consideró dentro de las neurastenias y, posteriormente, como un estado psicopático; así como una degeneración del sistema nervioso

En tanto que Pierre Janet, en 1903, estudió la reacción fóbica desde un punto de vista psicológico y la consideró como algo semejante a la parálisis histerica ya que ambas tienen como fin al prevenir al individuo de hacer alguna tarea que él no quiera hacer. Fue Freud quien, en 1895, introdujo una concepción totalmente dinámica acerca de la fobia, en su análisis de la fobia de un niño de 5 años ( cf., Cottraux y Mollard,1989)

Actualmente existen dos elementos principales en la definición:

- a) la idea de que el miedo es percibido por la persona como algo ajeno a sí mismo
- b) la idea de que el miedo experimentado no es proporcional al estímulo externo

En lo referente a una comparación de las fobias con otras alteraciones conductuales podemos hacer referencia a Krasner quien planteó que la fobia comparte con las obsesiones el sentimiento de extrañeza y el deseo fuerte de verse liberado de lo no deseado, lo no entendible y de esa sensación de malestar. Mientras que, Friedman describió la fobia como un miedo a objetos o situaciones que objetivamente no son peligrosos. Así como estos autores, señalan Cottraux y Mollard (1989), existen muchos otros que tienen definiciones semejantes acerca del término fobia. Ellos mismos citan a Bereoz, quien planteó que cuando el concepto se examina en detalle se tiende a confundir; debido a que muchos autores incluyen en sus definiciones elementos etiológicos muy influenciadas por sus propias bases teóricas. La palabra fobia se usa para describir una gran variedad de condiciones por lo que pierde su valor potencial, comunicativo, es decir, que se incluyen diversas condiciones bajo este mismo término.

Un gran número de autores comparten la opinión de Freud y estudian el sistema fóbico como un mecanismo de defensa que provoca el desplazamiento de la angustia, para conseguir apaciguamiento, sobre un objeto fóbico exterior a él. Freud, entre 1916 y 1917, habló de tres tipos de fobias

- 1) Las comunes donde se encuentra un miedo exagerado ante las cosas que todo mundo teme
- 2) Situaciones en las que existe todavía peligro pero tan lejano que normalmente no se tomaría en cuenta.
- 3) Fobias ocasionales donde se angustia el paciente ante situaciones que no inspiran temor al hombre sano.

Las fobias se desarrollan por medio del aprendizaje, puede ser por un "trauma" psicológico o por un accidente sumamente perturbador, por eso mucha gente no quiere viajar en avión o en coche cuando ellos mismos han estado en algún accidente o saben de alguien que lo ha tenido. Rimm y Masters (1986) mencionaron que otras personas lo aprenden de amigos significativos o de familiares y también un gran número de personas tienen miedo a las abejas, arañas o cualquier insecto, también los factores innatos e instintivos pueden influir en el desarrollo de los temores y

de las fobias, por ejemplo la oscuridad

La fobia es la aversión y miedo angustioso a una cosa sin justificación aparente, de modo que resulta una conducta obsesiva de parte de quien la padece. Aparece un miedo a los más diversos e innumerables motivos: objetos, ideas, colores, tonos de voz, días de la semana, fenómenos naturales, creencias religiosas o movimientos corporales, etc.

En las fobias existe un trastorno en el estado de ánimo en forma de angustia, que se manifiesta por un temor irracional o desproporcionado, aun cuando el sujeto conozca la falta de fundamento del mismo. La fobia, podemos plantear, es un miedo insensato registrado por un cerebro normal.

Cuando no pasa de ser una angustia que se presenta en forma vaga, se le llama aprehensión; si se halla relacionado con ideas mágicas y tradicionales de supuestos maleficios, se le da el nombre de superstición; si se presenta en forma compulsiva, obligando al sujeto a la realización de actos absurdos para liberarse momentáneamente de la angustia, se le da el nombre de obsesión miedosa. Pero en cualquiera de los casos, lo peculiar de las fobias es que quien la sufre reconoce la falta de base razonable de éstas y, a pesar de todo, sigue siendo su víctima, sin una posibilidad concreta de autodomínio

La angustia fóbica aísla al individuo de su medio social ya que el terror le impide realizar normalmente sus actividades, además de que pocas veces los individuos de su entorno comprenden la magnitud de su problema

Asimismo, las fobias poseen algunas otras singularidades que sirven para delimitarlas: 1) presentación brusca de constantes accesos y recaídas cada vez que la persona, directa o indirectamente, percibe o evoca algún dato ligado al acto u objeto que provoca la fobia, el cual es llamado **estímulo fóbico aparente**; 2) una súbita desaparición mediante fórmulas que el sujeto fabrica como autodefensa para poder salir momentáneamente del influjo amenazante del miedo; las cuales en realidad no lo inmunizan, sino lo predisponen a estar aparentemente preparado para resistir otro intervalo fóbico; 3) la introducción de comportamiento vacilante e incluso la presencia de un cuadro convulsivo, característico de la neurosis dominante compulsiva, en la cual el sujeto se siente impedido y paralizado por fuerzas superiores a su voluntad, rechazando todo tipo de razonamiento.

Por otro lado, se ha insistido mucho en ensayar una clasificación de las fobias más frecuentes, basándose en sus motivos reales o aparentes, en sus procesos de formación, o en los actos de conducta inducidas por las mismas, pero hasta hoy ha sido difícil lograr tal objetivo debido a la inmensa diversidad de ellas.

No obstante, existe cierto consenso sobre cuándo aparecen las fobias, qué las origina y en qué consisten. La angustia, se ha podido observar, que aparece en el periodo que va del primer al sexto mes de vida, pero se puede adquirir, de acuerdo a las experiencias vividas, entre los dos y cinco años, desarrollándose posteriormente en función del entorno familiar y social en que se desenvuelve el sujeto. Es bien sabido que las experiencias pueden dejar positiva o negativamente hondas huellas en las personas afectadas. Así, entonces, el origen de las fobias es una experiencia negativa que ha causado una profunda impresión en el sujeto, quien interiormente y sin saberlo, no quiere que se repita (Cottraux y Mollard, 1989)

El resultado de un estudio para obtener más conocimiento acerca del curso natural de sujetos

fóbicos, cuya duración fue de cinco años, sugirió que la mayoría de las fobias de la infancia duran poco y desaparecen por sí mismas, en cambio, las fobias de los adultos persisten

El ejemplo clásico es el de las personas atacadas por animales, digamos perros, que por siempre les tienen temor y rehuyen tocarlos o tan solo tenerlos cerca. Quienes padecen este tipo de miedo en ocasiones sufren ataques nerviosos que los hacen llorar, gritar y correr, en su desesperación pueden sufrir un accidente, pues actúan imprudentemente e imaginan que quienes lo rodean los atacarán en cualquier momento. En cambio si van acompañados, la ansiedad cede, sin que ello signifique que el problema halla desaparecido. También hay viajeros que no pueden permanecer en una habitación, viajar en ferrocarril barco o autobús, porque les aterra la idea de que puedan salir de ahí, este tipo de enfermos padecen claustrofobia, es decir miedo a lugares cerrados, necesitan encontrarse en lugares donde las puertas y ventanas estén siempre abiertas para sentirse mejor

### ***Premisas sobre las conductas fóbicas***

Las siguientes premisas serán de utilidad en las interpretaciones de una reacción fóbica

1. La reacción fóbica está estrechamente relacionada con las reacciones de angustia y a menudo despiertan similares respuestas fisiológicas. Las reacciones fóbicas tienen componentes fisiológicos comunes a la angustia: transpiración, temblor, respiraciones aceleradas, diarrea, vómito, opresión del pecho, taquicardia y aumento de la frecuencia del pulso

2. Por el mecanismo de desplazamiento la persona fóbica ha llegado a una solución que ofrece cierto escape a los efectos intolerables de la angustia

3. La fobia sirve generalmente para satisfacer fuertes necesidades de subordinación, cuidado, atención y compañía

Ullmann y Krasner (cit. en Bouchard, Granger y Ladoucer, 1987) subrayaron diferentes aspectos importantes de esta definición. Entre otros señalaron que para ser considerado como fóbico, el miedo debe ser juzgado desproporcionado y socialmente inapropiado por cualquier observador (que no puede ser el mismo sujeto). En otras palabras, la conducta se llama fóbica por comparación con un patrón cultural y consecuentemente molesta a las personas que le rodean a uno y al individuo. Un individuo que manifieste miedo o aversión por algunos objetos no será considerado como fóbico si ello no molesta a su vida o a la de otros. Habrá una conducta fóbica si la persona evita sistemáticamente la situación o el objeto, o presenta una conducta desorganizada, ineficaz y subjetivamente desagradable.

Marks (1969) añadió que este miedo no puede ser calmado por razonamiento o por explicaciones y que escapa, en consecuencia, al control voluntario. La fobia puede tener consecuencias graves en la vida de un individuo (e.g., pérdida del empleo, reducción del círculo de amigos, etc.). Marks propuso diversas maneras, muy elaboradas, de clasificar las fobias. Una distinción que nos parece interesante es la que se plantea entre fobias a lo estímulos externos (clase I) y fobia a estímulos internos (clase II). En el primer caso el individuo puede evitar el objeto o la situación (v.gr., fobia a los animales), mientras que en el segundo caso no puede (v.gr., fobia al cáncer). Menciona, justamente, que por razones de comodidad experimental la mayoría de las investigaciones sobre las fobias se han producido sobre las de la clase I.

Igualmente, Marks, reportó algunos resultados obtenidos en la ciudad de Londres. De cien personas que consultan por fobia, sesenta vienen por agorafobia, ocho por fobia social, tres por fobia a animales, catorce por diversas fobias específicas y quince por fobias de enfermedad.

(Bouchard , Granger y Ladouceur, 1987)

No hay duda de que los psicólogos y los psiquiatras por mucho tiempo no se habían dedicado a dicho tema, pero, en los últimos años han avanzado notablemente los conocimientos y el tratamiento de estas enfermedades, particularmente, frecuentes. Dicho avance consiste, principalmente, en el desarrollo de terapéuticos conductuales, de la epidemiología.

Sin embargo, el progreso fundamental radica, sin duda, en un cambio gradual de la posición epistemológica de las fobias. Aunque al principio del siglo se consideraba que las fobias eran ante todo las manifestaciones visibles de conflictos intrapsíquicos escondidos, los enfoques más objetivos que se pusieron en práctica, sobre todo desde la década de los setenta, han reactivado los trabajos científicos. Por ejemplo, los conductistas han enfatizado las interrelaciones del individuo y su ambiente y han mostrado la posibilidad de tratamientos psicosociales eficaces basados en el análisis y en la modificación sistemática de estas interrelaciones

### *Modelos sobre la adquisición de las conductas fóbicas*

El modelo conductista sugerido por Watson y Rayner (*cf.*, Bouchard, Granger y Ladouceur, 1987) se basó en un experimento célebre cuyo valor ético en estos días sería cuestionable demostrar que es posible lograr que se aprenda una conducta fóbica por un procedimiento de condicionamiento pavloviano, donde se asocia un estímulo neutro a un estímulo aversivo. En este experimento se mostraba al sujeto una rata blanca. Al principio no manifestaba ningún temor e intentaba cogerla. Luego, cada vez que tendía la mano hacia la rata, el experimentador provocaba un ruido intenso lo cual provocaba en el sujeto un gran temor. Después de cinco ensayos el sujeto manifestaba la misma conducta sólo con ver la rata, es decir, en ausencia de ruido. Este estudio no prueba que todas las fobias sean adquiridas de este modo, pero sí que algunas pueden serlo. Así por ejemplo, hay individuos que desarrollan una fobia al automóvil después de haber estado implicados en un accidente.

Alternativamente, existe el modelo de los dos factores propuesto por Mowrer y Gray (1971, cit. en Bouchard, Granger y Ladouceur, 1987). Este se transformó en una teoría de señales de seguridad. De hecho, en la práctica cotidiana se comprueba que uno de los temas recurrentes de los fóbicos, en particular de los agorafóbicos, es el miedo de caer en una trampa o el no tener acceso a un lugar en donde sentirse seguro. Otro modelo es el propuesto por Salomon y Wynne, en el cual se parte de la hipótesis de que la conducta fóbica se aprende en una secuencia de dos partes. El miedo estaría primero, asociado por condicionamiento clásico a una situación o a un objeto nuevo. En un segundo momento haría aparición una conducta de evitación, mantenida por el miedo, que tendría un valor motivacional. Esta última conducta estaría reforzada negativamente por el hecho de producir la desaparición del estímulo que causa el miedo.

La siguiente situación experimental ilustra el fenómeno: se coloca a un mono en una caja, se le hace escuchar un sonido durante diez segundos, seguido de un choque de tres segundos a menos, que durante la duración del sonido, el animal haya presionado una palanca. Después de un cierto número de ensayos el animal presiona la palanca desde que escucha el sonido. Habría en un primer instante una reacción de temor al sonido como consecuencia de su asociación con el choque. En un segundo momento, cualquier conducta que haga desaparecer el sonido, y la reacción de miedo asociada, será aprendida y conservada en el repertorio del organismo.

Por otro lado, el modelamiento, que es el hecho de que en el ser humano la conducta fóbica puede ser aprendida por imitación de otros, permite resolver la segunda dificultad presentada por el modelo de los dos factores. En un experimento típico, Bandura y Rosenthal (1966, cit., en Cottraux y Mollard, 1981) pidieron a un sujeto que observase a otro sujeto (el modelo) que fingía recibir un choque eléctrico después de oír un sonido. Después de algún tiempo de observación del modelo, el sujeto comenzó, también, a reaccionar de manera muy emotiva a la presentación del sonido, incluso aunque no hubiera asociación directa entre el sonido y el choque. Dado que el aprendizaje de una conducta fóbica puede hacerse por instrucción verbal en ausencia de cualquier observación directa de un modelo. Los padres podrían producir la aparición de una fobia en el niño, por ejemplo de su propia conducta o por las instrucciones verbales que le den sobre tal objeto o tal situación. Esto no permite, sin embargo, explicar la persistencia de la conducta.

Otro modelo es el denominado de encubación, propuesto por Eysenck en 1976, que permite explicar la resistencia a la extinción e incluso el aumento de la conducta fóbica observada en ausencia de cualquier nueva experiencia traumatizante con el objeto o la situación. El modelo propone formular completamente la ley de la extinción clásica, donde se pueden producir dos consecuencias a continuación de la presentación del estímulo condicionado en ausencia del estímulo incondicionado. Para explicar esta aparente contradicción postula la existencia de dos clases de respuesta condicionadas: aquella que tiene propiedades motivacionales y la que no las tiene. En el experimento de Pavlov, de 1927, con la campana y el polvo de carne, la campana llega a producir la respuesta de salivación, pero esta respuesta no tiene ninguna propiedad motivacional. El condicionamiento no puede ser una motivación alimenticia, resultante de alguna privación de comida.

Finalmente, se puede mencionar al modelo operante. En algunos casos es posible creer que la conducta fóbica se haya adquirido no por asociación de una situación neutra con una situación desagradable, sino simplemente por el efecto reforzante que tiene la consecuencia en el ambiente. Por ejemplo, un niño puede atraer la atención de su madre cuando se pone a gritar a la vista de un perro. Si la madre lo consuela y le acaricia, mientras que no lo hace más que muy rara vez en otras ocasiones, la conducta así reforzada se convertirá en parte integrante del repertorio habitual del individuo. Sin embargo, es difícil creer que la mayoría de las fobias pueden explicarse exclusivamente por este mecanismo.

De los estudios desarrollados en los modelos mencionados, Eysenck y Rachman (1965, cit., en Kanfer y Phillips, 1980), resumieron sus características esenciales en las siguientes:

- 1 - Las fobias son respuestas aprendidas
- 2 - Los estímulos desarrollan cualidades fóbicas cuando se asocian temporalmente y espacialmente con un estado de cosas que producen temor
- 3 - Es más probable que estímulos neutrales pertinentes a la situación que produce temor o impactan a la persona en tal situación, desarrollen cualidades fóbicas y no los estímulos débiles o no pertinentes
- 4 - La repetición de la asociación entre situación de temor y los nuevos estímulos fóbicos fortalecerá a la fobia
- 5 - Es más probable que las asociaciones entre situaciones de temor intensas y estímulos

neutrales produzcan reacciones fóbicas.

6.- Ocurrirá generalización del estímulo fóbico original a estímulos de naturaleza similar.

7.- Los estímulos neutrales que se asocian con una experiencia nociva pueden desarrollar propiedades motivacionales (secundarias) a este impulso adquirido se le denomina impulso de temor.

8.- Las respuestas (v. gr , de evitación) que reducen el impulso de temor son reforzadas

### *Tratamientos de las conductas fóbicas*

Respecto al tratamiento a las fobias que se deriva de estos modelos el conductual, según Ladouceur, Bouchard y Granger (1987), resultó tan eficaz que durante largo tiempo se creyó que era la única terapia. Ellos informan, citando a Wolpe y Lazarus (1966), de un 80% a un 90% de éxito en el tratamiento conductual. Gran parte de los estudios controlados sobre la eficacia de los principales métodos conductuales se ha hecho usando sujetos fóbicos, por lo tanto, se puede decir que tanto desde el punto de vista teórico como metodológico el tratamiento conductual de la fobia ha demostrado tener bases sólidas.

En un trabajo se reportó que en cuatro estudios sobre el tratamiento de la agorafobia la desensibilización sistemática funcionó tanto mejor cuando más limitada es la fobia. En el caso de la fobia a los animales se ha visto que basta con hacer frente a la situación, hacer desaparecer la ansiedad atacando el estímulo, sin ocuparse de hacer aprender una reacción particular frente al objeto de la fobia.

En la agorafobia o de la fobia social, la persona no debe solo dejar de temer a las personas, sino que también debe ser capaz de entrar en interacción eficaz con ellas. En este caso no basta con intentar quitar la ansiedad ligada a la situación.

### *Terapia conductual*

Este campo de la TC es el intento de utilizar sistemáticamente un cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que han resultado de la aplicación del método experimental en psicología y sus disciplinas íntimamente relacionados (v.gr , fisiología y neurofisiología) con el fin de explicar la génesis y el mantenimiento de patrones anormales del comportamiento y de aplicar dicho conocimiento al tratamiento o prevención de estas por medio de estudios experimentales controlados (Yates, 1978)

Eysenck en 1946, definió a la terapia de la conducta como: el intento de alterar el comportamiento y la emoción humana en forma benéfica de acuerdo con las leyes de la moderna teoría del aprendizaje (cit., en Yates, 1978)

La TC tuvo su origen conceptual en 1920, en el famoso experimento, anteriormente citado, de Watson y Rayner con el pequeño Alberto. Cuando el niño había sido condicionado para temer a una rata blanca. Los experimentadores propusieron que el condicionamiento podría superarse de cuatro maneras posibles: a) por extinción experimental; b) por actividades constructivas alrededor del objeto temido; c) por condicionamiento, dándole dulces al niño en presencia del objeto temido, o produciendo una competencia con el miedo, o d) estimulando zonas erógenas en presencia del objeto temido. Cabe aclarar que ninguno de los tres últimos fueron aplicados porque el sujeto (i.e., Alberto) abandono el hospital.

La TC es un enfoque planeado y dirigido a los patrones de conducta desadaptada del cliente, sin mucha preocupación por su origen y la auto-comprensión, por parte del cliente. La TC trata de

modificar estos patrones conductuales desadaptados directamente aplicando los principios del aprendizaje, particularmente al manipular las recompensas y castigos ambientales

La TC tiene una particularidad que consiste en especificar la conducta desadaptada, se especifica lo que se requiere modificar, los métodos de tratamiento que serán usados y por tanto los que se esperan.

Yates (1978), consideró que la diferencia más significativa entre las aproximaciones: terapia conductual y terapia tradicional, yace en el hecho de que los psicólogos dinámicos pueden o no hacer uso del conocimiento derivado de los estadios experimentales o pueden fijarse del juicio clínico basado solamente en la experiencia, mientras que el psicólogo conductista tenderá a investigar y a tratar el comportamiento anormal con una base estrictamente experimental.

Los resultados de algunos estudios han demostrado que la TC es altamente eficaz en la eliminación de fobias, principalmente, así como en una gran variedad de conductas de auto-derrota. En lo que respecta a la evolución de la terapia de la conducta se considera de suma importancia las experiencias de Watson en 1920 y de Jones en 1924, en el campo de las fobias, como los antecedentes de esta aproximación terapéutica

No obstante, cabe señalar que la segunda fecha importante de su desarrollo se sitúa entre los años 60, con los trabajos de Wolpe y Eysenck.

La TC apareció a fines de la década de los 50 y principios de los 60, una época en la que hubo varias razones para que la psicología clínica se mostrara receptiva a las aproximaciones del aprendizaje social en el tratamiento clínico.

Esa tradición floreció durante los siguientes 40 años en una continuidad ininterrumpida, y en diversos textos se han anotado detenidamente y en detalle sus principales métodos y principios. La aproximación conductista en relación con la explicación y tratamiento del comportamiento anormal es una seria alternativa a la aproximación psicodinámica. Yates (1978) ha hecho una descripción sobre las principales fuentes de insatisfacción respecto a la aproximación psicodinámica tradicional que influyeron en el desarrollo de la terapia del comportamiento

Por otro lado, Wolpe (1990) señaló que la TC es el enfoque de tratamiento de los trastornos psiquiátricos, que denota el uso de los principios del aprendizaje con el propósito de cambiar la conducta inadaptada. Aunque el término lo introdujo inicialmente Skinner, en 1937, para referirse al trabajo de condicionamiento operante con paciente psicóticos, y por Salomon Lindsley y Richards, en 1953, aunque estos ya no volvieron a utilizarlo posteriormente. En cambio Lazarus y Eysenck (1959, cit., en Rimm y Masters, 1986) lo emplearon ampliamente de tal forma que ellos son en gran parte responsables del uso actual.

Ahora bien, es necesario señalar, que estamos incluyendo en el rótulo de TC a una gran variedad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos (especialmente del aprendizaje) para tratar la conducta humana de desadaptación.

También se ha hecho referencia a otros aspectos que han proporcionado bases a la terapia de la conducta. Por ejemplo, Wolpe (1990) puntualizó los paradigmas experimentales en los que se basó la terapia conductual y son los que centraron a la psicología hacia un objetivo cercano a la ciencia natural.

### ***La desensibilización sistemática***

Uno de los métodos de la terapia conductual, más ampliamente usado hoy en día, es el

método de la DS iniciada y desarrollada por J. Wolpe (*cf.*, Bernstein y Nietzel, 1982) Respecto a los antecedentes de la DS, estos los encontramos en los reportes de Watson donde se indica cómo se establece un miedo de manera experimental en un niño y cómo se logra, posteriormente, la desensibilización del miedo mediante técnicas también experimentales. Es decir, como el miedo infantil desaparece gradualmente, si se “protege” al niño del objeto que le inspire temor (Rimm y Masters, 1986)

Es importante, antes de proseguir, retomar algunas de las características de la TC con la finalidad de comprender, dentro de este contexto, a la (DS) La principal característica de este modelo clínico es la de centrarse en la conducta del individuo y, consecuentemente, las metas terapéuticas serán los cambios de una conducta

En la práctica, lo anterior se lleva a cabo mediante la identificación y descripción de la conducta a modificar Se integra por eventos empíricos descritos en forma objetiva y la manipulación se hace directamente sobre el comportamiento y no sobre la estructura interna hipotética como en otras orientaciones clínicas. Además no suele usar categorías diagnósticas sino descripciones de la conducta. El modelo de aprendizaje reconoce la importancia del pasado en la formación de la conducta pero en el modelo se acepta la forma actual de la conducta

La DS es una de las técnicas de la TC mejor conocida, que se emplea con mayor frecuencia y que se ha investigado de una manera más completa (Bernstein, 1982). Asimismo, la DS se refiere a un conjunto general de procedimientos (*cf.*, Evans y Wilson, 1968), que pueden incluir el empleo del contracondicionamiento (*v.gr.*, inhibición recíproca) o de la extinción o de ambos procedimientos (Yates, 1978).

Fue Wolpe quien en 1947, efectuó un experimento a partir del cual se concluyeron una serie de puntos que permitieron el desarrollo de la DS, siendo el más importante aquel donde demostró que la conducta neurótica podía ser inducida experimentalmente (aspecto previamente demostrado por Pavlov a principios del siglo); además, que de la misma manera que la conducta neurótica se aprendía, podía desaprenderse y, por último, que esta conducta se mantenía por largos periodos aún en ausencia de los estímulos originalmente productores de la ansiedad, porque los sujetos generalizaban y se presentaba un condicionamiento de orden superior.

El desarrollo de la DS fue un paso relevante para el tratamiento de ciertas conductas desajustadas en las que existe una clara base de ansiedad La técnica puede ser brevemente descrita de la siguiente manera

- 1 Se le proporciona al paciente un entrenamiento en relajación profunda.
2. Se establece una escala que mide la respuesta de ansiedad
- 3 Se procede a la construcción de una jerarquía de los estímulos provocadores de la ansiedad (o fobia)
4. Se presenta cada uno de los reactivos de la jerarquía mientras el sujeto permanece relajado.

La anterior es una descripción que se ajusta estrictamente a lo que Wolpe señaló, en 1958, pero existen modalidades, como por ejemplo la DS en vivo

Aunque Wolpe es partidario de la DS imaginaria cubierta, en tanto que otros autores (*cf.*, Freeman y Kendreck, 1962; Murphy, 1964, cit., en Yates, 1978), consideran preferible la DS real. Cuando se han comparado ambas modalidades se ha encontrado que sí había diferencia entre ellas

(cit. en Yates, 1978).

En la DS se pide al sujeto que “imagine” o “visualice” los estímulos de su jerarquía como si se tratara de una escena; mientras que en la DS real el sujeto es expuesto físicamente a los estímulos de acuerdo con el orden de su jerarquía.

Cooke (1966, cit., en Yates, 1978) afirmó, en términos de los resultados obtenidos, que sí hay diferencias entre la DS real y la imaginaria. Desde el punto de vista metodológico la diferencia es obvia, ya que el terapeuta en la DS real controla la presencia y ausencia de los estímulos, así como su duración; por otra parte la DS imaginaria es evidentemente útil cuando no es posible contar con los estímulos de la jerarquía para presentárselos a los sujetos.

Otra modalidad, es la de DS en grupo, como opuesta (aunque podría ser complementaria) a la individual. Según Yates (1978) fue Lazarus, en 1961, quien ideó este procedimiento para tratar fobias y problemas sexuales. En la DS en grupo, se estandariza una jerarquía para todos los pacientes y se procede a cada reactivo siempre y cuando todos ellos manifiesten estar bien relajados.

Según Wolpe (1990) la DS en grupo da resultados más rápidos porque los otros miembros proveen de estímulos exteroceptivos que son un factor facilitador. Como en todas las técnicas de grupo, en estas se presentan dos aspectos: por un lado, tienden a homogeneizarse a todos los pacientes siendo las diferencias individuales factores a considerarse (*v.gr.*, algunos pacientes requieren más práctica que otros, y los más avanzados deben ajustar su ritmo a los más lentos).

Por otra parte, la situación de la terapia de grupo en sí, parece ser benéfica para algunos pacientes que de esta manera tienen oportunidad de observar a otras personas con los mismos o similares problemas; además, de la cantidad de reforzamiento social derivado de esto

El método más utilizado para el tratamiento de temores es la desensibilización sistemática (DS), que consiste en un entrenamiento de relajación. Este proceso se puede realizar en ausencia de los objetos que causan el temor, ya sea imaginándolos o simplemente mediante la exposición a otros objetos que se aproximen a los reales, la proyección de películas o la reproducción de sonidos, de modo que el paciente vaya encaminando su actitud mental hacia el dominio del razonamiento, que le hará comprender lo absurdo de sus temores. El método de la DS se ubica dentro de un conjunto de métodos y conocimientos de la llamada terapia conductual (TC)

Variantes de la DS, se pueden apreciar en varios trabajos (*v.gr.*, Lazarus, 1969; Abramovitz, 1962, cit., en Wolpe, 1990), donde se agrega a la jerarquía, que el paciente elabora, estímulos que provocan sentimientos de auto-afirmación. Es decir, se trata de la DS enriquecida con variables cognitivas y de imaginación emotiva. Asimismo, se ha experimentado la combinación de la DS con la terapia asertiva, lo cual ha dado excelentes resultados.

Por otro lado, se ha propuesto la modalidad de la DS automatizada, en la que el paciente cuenta con una cinta grabada con instrucciones de relajación y escenas de la jerarquía para que la utilice en su casa y pueda practicar. El modelamiento, además, puede agregarse a la DS de manera que el sujeto observe a otro sujeto en contacto con el objeto que él teme mientras se sigue un procedimiento de DS convencional simultáneamente (*cf.*, Crucec y Manlove, 1967, cit., Yates, 1978).

Esta técnica, con sus diferentes modalidades, se emplean en la actualidad en una serie de trastornos, especialmente en aquellos que implican ansiedad.

La ansiedad es uno de los problemas más generalizados en la actualidad. Una manifestación muy común es la ansiedad a los exámenes académicos. ese problema es elevado, en los medios escolares inclusive provocando desadaptación en el individuo y, también, problemas fisiológicos.

Según Kanfer y Phillips (1980), hay tres criterios para definir la ansiedad:

1.- La ansiedad se puede definir con base en la descripción verbal de los estados internos de la persona, estos estados se han tratado de medir mediante inventarios, entrevistas y pruebas proyectivas.

2.- La ansiedad también se puede describir de acuerdo al patrón fisiológico y conductual de la persona (v.gr., mediante la medición de las respuestas del sistema nervioso autónomo, como la frecuencia cardiaca y respiratoria y la respuesta galvánica de la piel).

3.- La ansiedad puede ser definida con base en operaciones experimentales (v.gr., la ansiedad considerada como el patrón de respuestas observadas entre un estímulo indicador de la ansiedad y un fuerte estímulo inevitable).

De acuerdo a Wolpe (1990), la ansiedad es un estado que puede detectarse a través de la respuesta galvánica de la piel y es una respuesta mediadora interna

La DS desarrollada por Wolpe está dirigida al alivio de la ansiedad de desadaptación. La técnica empleada implica la relajación de los músculos con escenas imaginadas que representan situaciones que el paciente ha indicado le ocasionan ansiedad. Se ha aplicado a casi todos los tipos de miedo, inclusive el relativo a lugares altos y bajos, espacios cerrados y abiertos y, también, para aliviar los temores comunes, miedo a los globos, al viento, a las plumas, a los violines, camisas sucias y personas de baja estatura. Adicionalmente, estas técnicas se han empleado con otros desórdenes que no son de clara naturaleza fóbica, incluyendo problemas del habla (Walton y Mather, 1963); desviaciones sexuales: a) compulsión de mostrarse (Bond y Hutchison, 1960) b) homosexualidad (Gold y Neufeld, 1965); c) frigidez (Madsen y Ullmann, 1967); d) ataques asmáticos (Moore, 1965), e) insomnio (Geer y Katkin, 1966); f) alcoholismo (Kraft y Al-Issa, 1967), g) ira (Rimm *et al.*, 1971)

Sin embargo, una gran cantidad de experimentos han objetado la explicación original sobre el contracondicionamiento de Wolpe y muchos terapeutas conductuales ya no coinciden con ella (e.g., Kazdin y Wilcoxon, 1976, Wilkins, 1971, cit., en Rimm y Masters, 1986).

En relación al éxito de la DS se han propuesto varios mecanismos como explicaciones opcionales, entre otros se encuentran los siguientes la DS depende de dos factores cognitivos que modifican la manera como el cliente piensa acerca del objeto temido, es decir, la técnica puede producir una creencia firme a una expectativa acerca de la forma en que se puede superar el miedo. De esta manera, la credibilidad de la DS garantiza su éxito como tratamiento (Marcia, Rubin y Efen, 1969). Además, el tratamiento actúa como un reforzador social de las respuestas que no implican el miedo del cliente (*cf.*, Leitenberg, Agras, Barlow y Oliveau, 1969). A medida que el cliente reconoce su avance a través de una jerarquía de situaciones generadoras de temor o miedo, la conducta no fóbica futura se ve apoyada por medio del reforzamiento (Meichenbaum, 1972, cit., en Emery y Krumboltz, 1967). Los pacientes aprenden a cambiar su atención de las propiedades amenazadoras a las que no amenazan de las situaciones fóbicas (Wilkins, 1971).

La ansiedad se extingue a través de la presentación de los estímulos emocionales condicionados (*i.e.*, las escenas de la jerarquía) sin las consecuencias aversivas Finalmente son claros los efectos obtenidos en las fobias tratadas mediante la terapia de la DS.

### *Ansiedad en exámenes escolares*

Respecto a los problemas de ansiedad que acompañan a los exámenes escolares la situación es la siguiente: entre los miembros de cualquier población escolar, la ansiedad por los exámenes representa una área problemática de considerable importancia para el individuo, ya que la ansiedad grave por los exámenes puede deteriorar seriamente el desempeño académico y arriesgar la probable carrera profesional del individuo. Varios estudios han sugerido que la ansiedad, por los exámenes se puede tratar con eficacia mediante el empleo de la DS, entre ellos se encuentran los informes de Emery y Krumboltz (1967) y Suinn (1968). Al respecto Wolpe (1990) ha planteado que las fobias, miedos y nervios a los exámenes y otros patrones conductuales de autoderrota que involucran ansiedad son simplemente hábitos aprendidos basados en el condicionamiento. La reacción no está sujeta al control voluntario y no es probable que se extinga automáticamente mediante repuestas antagónicas a la ansiedad. Por lo que al parecer, un proceso, el de la DS, puede facilitar y eliminar dicha conducta desadaptada. Los resultados de ambos estudios sugieren que los individuos, con este tipo de ansiedad, que recibieron DS lograron una reducción en su ansiedad por los exámenes que un grupo de sujetos control.

Un estudio de Johnson (1966, cit. en Rimm y Masters, 1986) constituye un respaldo adicional de la DS como un medio efectivo para el tratamiento de la ansiedad por los exámenes; sin embargo, consideramos que hace falta más evidencia sobre la utilidad de la DS en esta situación.

Hace casi 40 años, C H Brown, psicólogo de la Universidad de Chicago, llamó la atención sobre la trágica consecuencia de la tensión y la ansiedad a los exámenes: en menos de un año hubo dos suicidios en una gran Universidad, uno de ellos se debió definitivamente a la preocupación de un examen que se aproximaba y el otro "supuestamente" lo fue. Estos incidentes muestran que las reacciones emocionales que ocurren antes de los exámenes, constituyen un problema importante (cf., Spielberger, 1980). Spielberger (1980) mencionó que Luria había observado que la tensión a los exámenes produce fuertes reacciones emocionales en algunos estudiantes, mientras que en otros tienen poco o ningún efecto; además, que los estudiantes "inestables" muestran perturbaciones motoras y de lenguaje, que se alteran y desorganizan antes del examen ó durante este. Las cifras implícitas pueden ser muy grandes a nivel mundial. En Yugoslavia, por ejemplo, se observó que más del 50% de los estudiantes de medio superior experimentaron una ansiedad severa producida por los exámenes. Si se considera la importancia de los exámenes en el futuro "éxito" en los negocios, la política, etc., tales resultados deben despertar el interés general.

La mayoría de los estudiantes ven el momento del examen como algo amenazador y experimentan un incremento de su estado de ansiedad durante los exámenes. En general, como es previsible, el nivel de ansiedad (Estado A) es más alto durante los exámenes difíciles que durante los fáciles. Esto significa que cualquier examen escrito somete a los candidatos a dos desventajas: la dificultad intrínseca de la pregunta y el posible nivel distorsionador de la ansiedad, mientras que un incremento moderado, en el nivel del estado A, puede ser útil si motiva al estudiante a aumentar sus esfuerzos y a enfocar su atención en el contenido del examen, un mayor incremento de la ansiedad puede producir resultados insatisfactorios.

Una alta ansiedad, en este contexto peculiar, puede estar ligada a diferentes factores, por ejemplo, malos resultados durante la primaria, secundaria y la universidad. Los efectos adversos de la ansiedad, en los resultados académicos de los estudiantes universitarios, fueron explorados

en un estudio de la Universidad de Duke, en el cual se midió lo que se llama *ansiedad peculiar*, al principio del año escolar, en más de 1000 estudiantes varones en los cursos introductorios de psicología, al 20% de los estudiantes, en cada uno de los extremos de una escala de ansiedad, se le denominó grupo de alta (Al) y de baja (Ba) ansiedad y fueron divididos en cinco niveles de habilidad intelectual. En los años 1950, Sarason y Mandler, dieron a conocer una serie de estudios en los cuales descubrieron que los estudiantes universitarios con un "alto nivel de ansiedad en los exámenes" tenían un rendimiento más bajo en las pruebas (test) de inteligencia, comparados con aquellos con un "bajo nivel de ansiedad en los exámenes", particularmente cuando se los aplicaban en condiciones productoras de tensión y donde su "ego" era puesto a prueba. Por contraste, los primeros (Al) tenían un mejor rendimiento comparado con los de baja (Ba) ansiedad, en condiciones donde se disminuía la tensión.

Mandler y Sarason (cit. en Spielberger, 1980), atribuyeron el bajo aprovechamiento académico de los estudiantes altamente ansiosos, al surgimiento de "sensaciones de incapacidad, impotencia, reacciones somáticas elevadas, anticipación de castigo o pérdida de su condición y estima, así como a intentos implícitos de abandonar el examen" (pp. 85-86). También los estudiantes con un alto nivel de ansiedad tendían a culparse a sí mismos, por su bajo aprovechamiento, mientras que los de bajo nivel no lo hacían. Aparentemente, los primeros respondían a la tensión de los exámenes con intensas reacciones emocionales y pensamientos negativos egocéntricos, lo cual les impedía un buen desarrollo, mientras que los de bajo nivel de ansiedad reaccionaban con una motivación y concentración cada vez mayor.

Ahora se aceptan, generalmente, dos componentes de la ansiedad producida por los exámenes. la preocupación y la emotividad. El componente preocupación se describe como los pensamientos acerca de las consecuencias del fracaso. El componente emotivo se refiere a las sensaciones desagradables y a las reacciones fisiológicas provocadas por la tensión del examen. Ambos componentes parecen producir diferentes efectos en los resultados de estos últimos, la preocupación se encuentra asociada al bajo desempeño de las tareas intelectuales, mientras que la emotividad no parece relacionarse con su ejecución.

Por otro lado, Sarason (cit. en Spielberger, 1980) describe de la siguiente manera el comportamiento de las personas con un alto nivel de ansiedad en las situaciones de evaluación; mientras una persona con bajo nivel de ansiedad se concentra en una tarea en la cual cree que va a ser evaluada, la persona altamente ansiosa se concentra en sí misma. Parece claro, de tales hallazgos, que las personas muy ansiosas son más propensas que las poco ansiosas a ver los exámenes como situaciones peligrosas o amenazantes, y a preocuparse y llenarse de ansiedad ante dichas situaciones. La ansiedad a los exámenes debe considerarse como una forma específica de ansiedad peculiar.

Como ya se indicó, varios estudios han proporcionado pruebas de que la ansiedad, por los exámenes se puede tratar con eficacia mediante el empleo de la DS (cf., Emery y Krumboltz, 1967, y Suinn, 1968)

Ya se ha mencionado que la DS incluye una evaluación, del problema del paciente, con el fin de identificar los comportamientos que deberán modificarse y que esto se puede lograr en unas cuantas entrevistas en las cuales el terapeuta determina las circunstancias que producen la ansiedad del paciente. En el caso de la fobia a los exámenes, igualmente es posible que las personas puedan describir situaciones específicas en las cuales experimentan una ansiedad y un desagrado intenso, así como situaciones similares en las que tienen reacciones menos intensas,

por ejemplo, un estudiante con ansiedad por los exámenes puede decir que siente: 1) una ligera ansiedad cuando se anuncia en clase que el examen será dentro de dos semanas, 2) una cantidad moderada de ansiedad mientras estudia en casa la víspera del examen o, 3) una ansiedad extremadamente grande al momento de presentarlo (Spielberger, 1980).

### **Planteamiento de la hipótesis:**

Puesto que una situación de evaluación mediante exámenes académicos produce respuesta de ansiedad (fóbica) es posible mediante el empleo de la DS eliminar la ansiedad a los exámenes académicos.

## MÉTODO

### Sujetos

Se solicitó a la Dirección de la Escuela Normal No. 4, de nivel bachillerato, autorización para que fuera posible la aplicación de un cuestionario a un grupo de alumnos a fin de evaluar su nivel de ansiedad producido por los exámenes académicos. Asimismo, fue requerido un listado con sus calificaciones académicas correspondientes al periodo escolar anterior.

Se eligió esta escuela por razones prácticas ya que se encuentra contigua a una de las Unidades Multidisciplinarias (UMAI Tamaulipas) de la FES Zaragoza, lugar donde se consideró conveniente la realización de esta investigación.

Las edades de los 45 alumnos, del segundo año de preparatoria, fueron de 14 a 18 años. Fueron de sexo masculino y femenino. Una vez identificado el grupo de trabajo se les aplicó un cuestionario previamente elaborado *ex-profeso* (q.v., Anexo 1) para que, adicionalmente a los datos de sus calificaciones anteriores, se pudiera seleccionar a los alumnos que obtuvieron entre un 70 y 90% de las respuestas esperadas en todo el cuestionario.

Es decir, los sujetos fueron seleccionados mediante un muestreo determinístico. El número final de sujetos, con quienes se trabajo, fue de 5 todos de sexo femenino. Inicialmente se escogió a 10 alumnos; sin embargo, por problemas de disponibilidad de tiempo de ellos la mitad desertó. En la tabla 1, del apartado de análisis de resultados, aparecen las características de los sujetos.

### Materiales:

Se empleó:

- 1 - Una batería psicológica, integrada por
  - a) El formato de la Historia Clínica propuesta por Lazarus
  - b) El Perfil de Personalidad diseñado por Leonard V. Gordon.
  - c) El Inventario de Personalidad de L. V Gordon
  - d) El Cuestionario de Personalidad de Willoughby
  - e) El Inventario de Personalidad de Willoughby
  - f) El Inventario de Temores de Wolpe y Lang.
  - g) La Escala de Autoevaluación de Ansiedad Producida por los Exámenes de Spielberger

Además:

- a) Material diverso de papelería
- b) Un reloj
- c) Dos cassettes de entrenamiento en relajación muscular uno elaborado por Bastar G. S Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de la Carrera de Psicología (UMAI Tamaulipas), disponible comercialmente y el otro por Rojas R. M. elaborado para uso particular.

La razón por la cual se integró esta batería psicológica fue la siguiente: El perfil e inventario de la personalidad de Gordon, proporcionan una medida de fácil obtención de 8 aspectos de la personalidad importantes en el individuo para el ajuste en diversas situaciones como sociales,

educativas e industriales

El perfil e inventario de Willoughby se usa para detectar el nivel de ansiedad interpersonal

El inventario de miedos de Wolpe y Lang se aplica para identificar el grado de miedos o temores de los individuos.

La autoevaluación de Spielberger se realizó para identificar el nivel de ansiedad producida por los exámenes académicos.

## Escenario

La recepción de los sujetos y la evaluación psicológica se llevó a cabo en las aulas de la UMAI Tamaulipas, de la FES Zaragoza, cuyas dimensiones son de 2.5 por 3.5 mts., disponían de un diván, un escritorio y sillas, con iluminación artificial, sonoamortiguado y con adecuada ventilación.

## Diseño de investigación

Se siguió un diseño experimental de pretest y postest para un solo grupo.

## Procedimiento

### *Descripción general:*

Los sujetos fueron expuestos a las mismas condiciones e instrucciones de relajación muscular del procedimiento de desensibilización sistemática. Todas las instrucciones respectivas fueron presentadas mediante una grabación a los sujetos.

Primero de manera individual se aplicó un cuestionario (previamente elaborado) para la selección de los sujetos (*q.v.* apéndice I) y posteriormente la batería psicológica referida anteriormente, excepto la escala de autoevaluación de la ansiedad producida por exámenes

Durante la aplicación de la historia clínica y en las sesiones del estudio una de las dos autoras de este trabajo fungió como terapeuta y la otra como coterapeuta, papel que fue rotado durante el estudio, excepto en la etapa de selección de los sujetos

### *Descripción por sesiones:*

**Sesión 1:** Se aplicó a los sujetos individualmente una entrevista clínica según el esquema propuesto por Lazarus (1976). La duración total de la sesión fue de 30 a 40 minutos.

**Sesión 2:** Esta sesión tuvo una duración de 60 a 90 minutos. En ella se aplicó los siguientes componentes de la batería psicológica. El Perfil y el Inventario de Personalidad de Gordon, El Cuestionario e Inventario de Personalidad de Willoughby, El Inventario de Temores de Wolpe y Lang

**Sesión 3:** Después de haber calificado las pruebas aplicadas y de haber seleccionado a los

sujetos, se solicitó grupalmente a los sujetos que anotarán en una hoja blanca 10 temores o situaciones que tuvieran relación con momentos de evaluación por medio de exámenes pero que les generarán ansiedad, nerviosismo, temor o miedo.

**Sesión 4 a la 14:** Como parte del procedimiento de la *Desensibilización Sistemática*, a partir de esta sesión y durante las siguientes, hasta la sesión 14a se procedió a proporcionar entrenamiento mediante instrucciones grabadas en un cassette. La duración de cada una de estas sesiones fue de 40-60 minutos.

**Sesión 15:** A partir de esta sesión, el trabajo se llevó a cabo de manera individual. En esta se procedió a revisar la jerarquía de situaciones fóbicas de cada uno de los sujetos, con el propósito de iniciar formalmente el procedimiento de la desensibilización sistemática. El tiempo de esta etapa fue variable en función de la velocidad con la que fueron respondiendo los sujetos.

Se registró el tiempo que tardaron los sujetos en cada uno de los reactivos de la jerarquía de temores que el mismo sujeto había elaborado. La duración de cada sesión fue, aproximadamente, de 30 a 40 minutos.

ESTA TESIS NO SALI  
DE LA BIBLIOTECA

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con la finalidad de examinar las diferencias en los niveles de ansiedad entre la etapa de pretest *versus* postest se procedió a un análisis estadístico de los datos, los resultados se presentan en forma gráfica y tabular.

En la Tabla 1 aparecen las características de los sujetos y los puntajes que obtenidos de la aplicación de la batería psicológica. En las celdas donde aparecen valores entre paréntesis los de la parte superior se refieren a la evaluación en pretest y los de la parte inferior a postest, en el inventario o cuestionario correspondiente. Los últimos renglones de la tabla muestran los valores de algunas estadísticas aplicadas. Allí se puede observar una tendencia hacia puntajes mínimos de pretest respecto a postest. Aparecen los resultados obtenidos en el Inventario y Cuestionario de Gordon, así como el del Inventario de Willoughby (columna identificada con la letra A), Cuestionario de Willoughby (columna con la letra B) e Inventario de Miedos de Wolpe (columna con la letra C). También, se muestran los datos obtenidos en la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad Producida por los Exámenes.

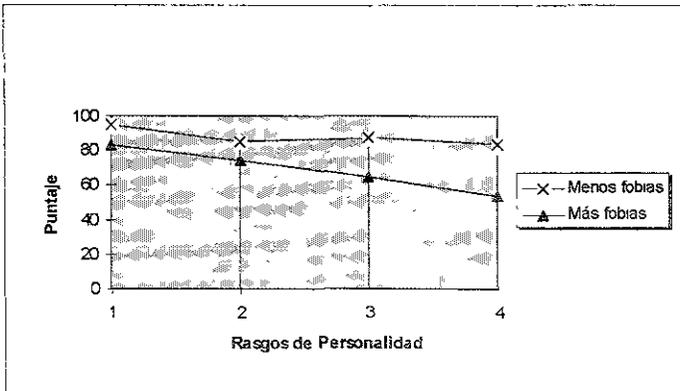
**Tabla 1.- Características de los sujetos**

Características de los sujetos																
Sujeto	Sexo	Edad	A	B	Perfil de Gordon				Inventario de Gordon				C	Autoevaluación		
					A	R	E	S	C	O	P	V		A	P	E
ACB	F	14	1 (0)	0 (0)	25	31	30	25	33	31	30	31	1 (0)	9	4	4
MEL	F	15	2 (0)	1 (1)	25	29	28	24	32	29	31	27	12 (9)	13	6	7
L.C.V	F	15	0 (0)	2 (0)	24	28	31	26	32	27	27	25	1 (0)	13	6	7
ARR	F	15	17 (6)	16 (4)	22	27	27	24	33	26	26	23	30 (25)	21	10	11
LSV	F	16	1 (0)	1 (0)	25	30	24	23	25	26	24	25	1 (0)	9	4	4
M		15	-	-	25	-	-	24	33	26	-	25	1 (0)	13	6	7
$\mu$		15	21 (6)	20 (5)	24	29	28	24	31	27.	27.	26	9 (6.)	13	6	6
$\sigma$		1.4	0 (0.1)	0.3 (0.7)	1.1	1.4	2.4	1.1	3.0	1.9	2.5	2.7	11 (33)	4.3	2.2	2.8

En la Figura 1 se presentan los puntajes de los sujetos en el Inventario de Personalidad de Gordon. Para el análisis de los datos de este inventario se dividió a los sujetos en dos grupos: el de menos fobias y el de más fobias. Esta división fue hecha con base en lo observado en sus calificaciones obtenidas en el Cuestionario e Inventario de Willoughby. Según los resultados obtenidos se puede apreciar que los sujetos del grupo B, aunque fueron sometidos a las mismas condiciones presentan en pretest puntajes altos que nos indica que no existe problemas de

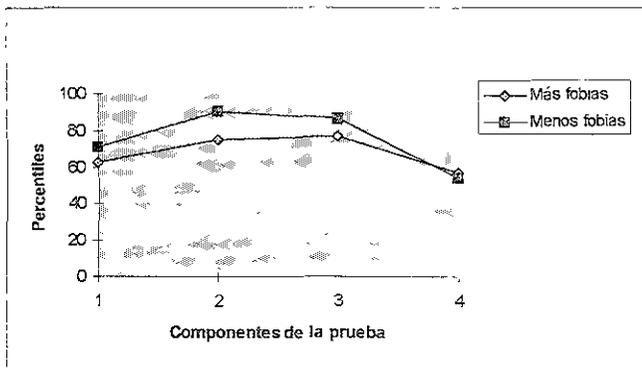
personalidad, y en cambio el grupo A presenta puntajes bajos los cuales nos indican que tienen problemas de personalidad. Para esta evaluación se utilizaron las tablas 1 y 9 para estudiantes de educación media superior del Manual del Inventario y Perfil de Personalidad de Gordon.

Los sujetos de menos fobias se caracterizan por ser muy cautelosos antes de la toma de decisiones, trabajan con ideas propias, son personas prácticas, tienen confianza en los otros, trabajan con rigor y vitalidad. Los sujetos de más fobias se caracterizan por ser muy impulsivos y precipitados, no son críticos, son impacientes e irritantes, tienen menos resistencia física.



1 = Cautela 2 = Originalidad 3 = Relaciones Personales 4 = Vigor

**Figura 1.- Resultados obtenidos en el Inventario de Personalidad de Gordon.** Los sujetos de menos fobias (Grupo A) se representan con líneas discontinuas, los sujetos de más fobias (Grupo B) con líneas continuas.



1 = Ascendencia 2 = Responsabilidad  
3 = Estabilidad Emocional 4 = Sociabilidad

**Figura 2.- Resultados obtenidos en el Perfil de Personalidad de Gordon.**

En la Figura 2 se muestran los resultados obtenidos en el Perfil de Personalidad de Gordon. Se aprecia que las diferencias entre ambos grupos, en favor del grupo de menos fobias, es en los componentes de responsabilidad y estabilidad emocional. De acuerdo a los criterios para la calificación de este perfil, los sujetos de menos fobias se caracterizan de ser capaces de tomar decisiones importantes, realizan su trabajo sin ningún problema, son cumplidos en tareas y trabajos que se les asigne, son constantes y eficientes, son personas tranquilas, libres de ansiedad y sociables. Los sujetos de más fobias se caracterizan por ser personas inseguras, irresponsables, siempre están en tensión, se disgustan fácilmente y son antisociales.

Respecto a los puntajes registrados con el Inventario y Cuestionario de Willoughby, puesto que no se cuenta con una plantilla o material para calificarlos, se realizó una codificación en cada uno de los puntajes posibles (0 a 4) para tener una interpretación cuantitativa: por ejemplo, si de los 5 sujetos en tres de ellos ocurrieron respuestas con un valor de 4, el dato codificado en ese puntaje fue 3/5, para indicar que 3 de 5 sujetos respondieron, en ese reactivo, con un valor de (ansiedad alta), luego esta razón se convirtió en porcentaje para tener una medida más conveniente y manejable, en este caso el resultado final fue de 60%. Ahora bien, si de 5 sujetos no respondía ninguno entonces el resultado era 0/5, lo cual significaba que el porcentaje, para ese puntaje en ese reactivo, era 0. Esto se hizo en cada uno de los reactivos con cada puntaje tanto del pretest como del postest.

Los resultados permiten observar que en el pretest los valores 3 y 4 tienen una frecuencia muy alta, lo cual indica la presencia de angustia interpersonal alta, en cambio en el postest estos porcentajes tienden a reducirse. En la Tabla 2 aparecen los porcentajes obtenidos a partir de nuestra codificación en pretest y postest, en el Inventario de Willoughby, y en la Tabla 3 los del Cuestionario de Willoughby. En ambas tablas se puede observar que en algunos reactivos (e.g., reactivo 1) existen cambios apreciables: de un 60% en el valor 4, que significa muchísima ansiedad en el pretest, en el postest se reduce a 0%, en ese puntaje de 4. Cabe hacer la aclaración que uno de los sujetos reportó índice de angustia interpersonal, aún después de haberse concluido el trabajo.

**Tabla 2 .-Resultados obtenidos en el Inventario de Willoughby (pretest y postest).**

Reactivo	PRETEST					POSTEST				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1	0	40 %	0	0	60%	0	60%	40%	0	0
2	0	40%	20%	20%	20%	0	40%	60%	0	0
3	0	40%	20%	20%	20%	0	80%	20%	0	0
4	20%	20%	40%	0	20%	0	20%	40%	20%	20%
5	40%	40%	0	20%	0	40%	0	40%	20%	0
6	20%	60%	0	0	20%	20%	40%	20%	0	20%
7	0	40%	40%	0	20%	0	60%	20%	0	20%
8	40%	20%	0	20%	20%	20%	60%	0	20%	0
9	20%	60%	0	0	20%	60%	20%	0	0	0
10	0	60%	20%	0	20%	0	60%	20%	0	20%
11	20%	40%	0	20%	20%	20%	60%	20%	0	0
12	0	60%	20%	20%	0	20%	40%	40%	0	0
13	0	80%	0	0	20%	20%	60%	20%	0	0
14	20%	60%	0	0	20%	20%	40%	20%	20%	0
15	0	60%	20%	0	20%	60%	20%	0	20%	0
16	20%	40%	20%	0	20%	40%	20%	20%	0	20%
17	80%	0	0	20%	0	60%	20%	0	20%	0
18	20%	40%	40%	0	0	0	100%	0	0	0
19	0	60%	40%	0	0	80%	20%	0	0	0
20	0	80%	20%	0	0	0	60%	40%	0	0
21	0	80%	0	0	20%	0	80%	20%	0	0
22	20%	20%	0	20%	40%	0	40%	60%	0	0
23	80%	0	0	20%	0	20%	80%	0	0	0
24	40%	40%	0	0	20%	0	60%	40%	0	0
25	0	80%	0	0	20%	20%	60%	20%	0	0

**Tabla 3.-Resultados obtenidos en el Cuestionario de Willoughby ( pretest y postest).**

Reactivo	PRETEST					POSTEST				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1	0	40 %	0	0	60%	0	60%	40%	0	0
2	0	40%	20%	20%	20%	0	40%	60%	0	0
3	0	40%	20%	20%	20%	0	80%	20%	0	0
4	20%	20%	40%	0	20%	0	20%	40%	20%	20%
5	40%	40%	0	20%	0	40%	0	40%	20%	0
6	20%	60%	0	0	20%	20%	40%	20%	0	20%
7	0	40%	40%	0	20%	0	60%	20%	0	20%
8	40%	20%	0	20%	20%	20%	60%	0	20%	0
9	20%	60%	0	0	20%	60%	20%	0	0	0
10	0	60%	20%	0	20%	0	60%	20%	0	20%
11	40%	40%	0	0	20%	20%	60%	20%	0	0
12	0	60%	20%	20%	0	20%	60%	20%	0	0
13	0	80%	0	0	20%	0	80%	20%	0	0
14	40%	20%	20%	0	20%	20%	60%	0	20%	0
15	0	80%	0	0	20%	80%	0	20%	0	0
16	40%	40%	0	0	20%	40%	20%	40%	0	0
17	80%	0	0	20%	0	40%	60%	0	0	0
18	40%	40%	0	20%	0	0	100%	0	0	0
19	20%	50%	0	0	20%	20%	60%	0	0	20%
20	20%	40%	20%	20%	0	0	60%	40%	0	0
21	0	80%	0	0	20%	0	80%	0	20%	0
22	40%	20%	0	20%	20%	0	40%	40%	0	20%
23	0	40%	0	20%	40%	20%	60%	0	0	20%
24	0	40%	40%	0	20%	0	60%	20%	0	20%
25	0	60%	20%	0	20%	0	80%	20%	0	0

Adicionalmente, se promediaron los puntajes de todos los Ss en cada uno de los reactivos, con el fin de observar los cambios entre pretest vs postest. En la Figura 3 se presentan los resultados obtenidos. Se pueden notar diferencias diáfnas sólo en algunos reactivos, resultando menor la calificación en el postest, pero resulta interesante que en otros reactivos en el pretest es más alta la calificación obtenida que en el postest (e.g., reactivo 23)

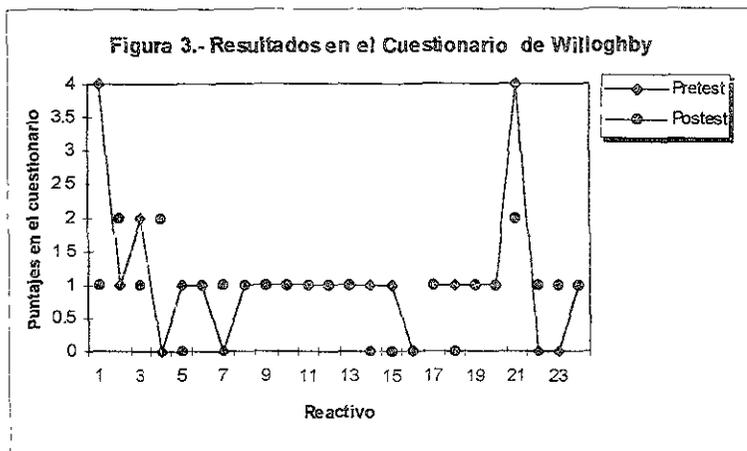


Figura 3.- Resultados en el Cuestionario de Willoughby

Dado que también se registró el tiempo, en número de sesiones (q.v., Tabla 4) y en cantidad de minutos (q.v., Figura 4), que se requirió en cada uno de los Ss para cubrir toda la jerarquía elaborada para la Desensibilización Sistemática, se decidió analizar estadísticamente el tiempo invertido en ello. Para lo cual se empleó la prueba de Friedman, de dos vías, con un nivel de significancia de .05, para probar la diferencia de tales tiempos, asimismo, se elaboró su representación gráfica, los resultados obtenidos en la prueba de Friedman están en la Tabla 5. Los resultados sugieren que no existen diferencias significativas.

Tabla 4.- Tiempos empleados en la aplicación de las jerarquías de la D.S.

	SUJETOS				
	MEL	ACB	ARR	AVR	LSV
Nº. de sesiones	4	4	5	4	3
Mínimo	25	30	20	20	40
Máximo	40	40	35	40	40
Media	36.2	37.5	31.0	34.5	40.0
Desviación estándar	7.5	5.5	6.5	9.7	0.0

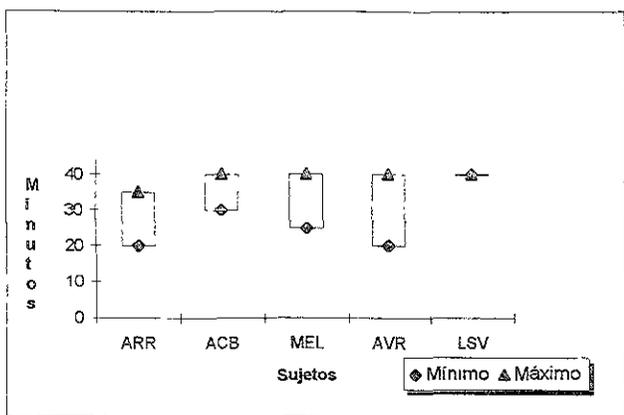


Figura 4.- Tiempo empleado por los sujetos en el tratamiento con DS

Tabla 5.- Resultados del análisis estadístico

Estadístico	Valor
Prueba de Friedman	6.400
Coefficiente de Kendali	0.533
Probabilidad	.171

## CONCLUSIONES

Desde las primeras aplicaciones de la DS, a los trabajos más recientes, se ha reconocido en un gran número de estudios la eficacia de este método como uno de los más utilizados para aliviar las dificultades vinculadas a la ansiedad; sin embargo, durante los últimos años los múltiples estudios tendentes a encontrar su base teórica, han aportado pocos resultados concluyentes. Cuanto más se indaga en precisar sus mecanismos más se comprueban el número y la complejidad de las variables en juego. Por otro lado, cuando se le compara con otros métodos que tienen una meta similar, tales como la inundación, la exposición graduada o el reforzamiento positivo encubierto, surge como un elemento común la exposición repetida a los estímulos evocadores de ansiedad.

En este trabajo fue evaluada la DS como técnica de modificación de conducta, para tratar la ansiedad ante los exámenes, en su versión tradicional. Diversos procedimientos de autocontrol comparten las características de facilitar la adquisición de habilidades de afrontamiento que el sujeto podrá utilizar para controlar o reducir la fobia, o miedo, cuando ésta surja en las situaciones de la vida real.

En cuanto a los procedimientos de autocontrol, los resultados obtenidos difieren según el tipo de técnica de autocontrol utilizado o aplicado. De acuerdo a la clasificación expuesta por Denney (1980) es posible distinguir entre técnicas de relajación aplicada, técnicas de entrenamiento en autocontrol y técnica de afrontamiento cognitivo. Todas ellas pertenecerían a distintos puntos del continuo de los procedimientos de autocontrol. Las técnicas de relajación aplicada constituyen el ejemplo más simple de técnicas de autocontrol para reducir la ansiedad. Los procedimientos incluidos dentro de esta etiqueta comparten tres características: primera, se presenta al sujeto la lógica de autocontrol, de modo similar a como lo propone Goldfried en 1971, segunda, se entrena al sujeto en relajación y; tercera, se entrena a los sujetos para que sean capaces de aplicar la relajación en las situaciones estresantes que puedan enfrentar en su vida cotidiana. En los procedimientos pertenecientes a la categoría de entrenamiento en autocontrol se añade, a los aspectos citados anteriormente, un cuarto aspecto: el repaso guiado, que se introduce después de entrenar a los sujetos en relajación. Por último, las técnicas de afrontamiento cognitivo comparten los cuatro aspectos anteriores junto con uno nuevo: la reestructuración cognitiva. En general, en este último tipo de técnicas se intenta proporcionar al sujeto un repertorio adicional de habilidades de afrontamiento además de la relajación.

Dentro del contexto de la ansiedad a los exámenes, con la reestructuración cognitiva, se trata de ayudar al sujeto a identificar los pensamientos irrelevantes a la tarea que han de efectuarse durante el examen, a eliminar tales pensamientos, y a sustituirlos por autoafirmaciones positivas que redirijan su atención al examen (Serrano y Delgado, 1991).

El objetivo principal de utilizar la DS como técnica de autocontrol, para eliminar la angustia provocada por los exámenes académicos, es proporcionar a los sujetos estrategias para poderlos ayudar a reconocer los indicios de tensión como señales de fobia, y así permitirles practicar la habilidad de afrontamiento aprendido y demostrarse, asimismo, que pueden vencer la ansiedad a

través de la DS. Dicho objetivo, en nuestro trabajo, podemos plantear que fue logrado por los Ss estudiados ya que las estrategias entrenadas lo aplicaron durante el periodo de exámenes posteriores al trabajo experimental.

Proponemos que en trabajos futuros se investigue más profundamente sobre el tema que es de suma importancia.

En este trabajo se ha revisado ampliamente la técnica conductual de la DS, a lo largo de éste se discutieron los fundamentos teóricos de esta técnica, su rango de aplicabilidad y se ha descrito el procedimiento de aplicación, para concluir con su aplicación en un aspecto concreto.

Anteriormente se han realizado investigaciones experimentales que han llevado a la conclusión de que esta técnica es efectiva en su aplicación a fobias o miedos específicos como podría ser a los exámenes. Los resultados obtenidos, en este estudio, sugieren que la técnica de la DS es efectiva para la modificación de múltiples problemas de conducta; sin embargo, el desarrollo de esta técnica dependerá del impulso que nosotros con investigación y práctica clínica le podamos conferir.

La revisión de la literatura ofrece un panorama del problema que representa para el desarrollo educativo la fobia a los exámenes. La información sobre este aspecto justifica la necesidad imperativa de continuar investigando y elaborando nuevas técnicas conductuales que mejor se adecuen a los requerimientos y características de un caso en particular. La perspectiva futura parece bastante alentadora. La innovación y el desenvolvimiento de la terapia conductual, conviene tenerla a la orden del día.

No desearíamos finalizar sin antes hacer una referencia al problema de la fobia a los exámenes, en México. Es indudable que como ocurre en los demás países la fobia a los exámenes, también constituyen en nuestro país una de las principales causas de deserción en las escuelas. Lamentablemente la investigación científica de la psicología en México se encuentra frenada por una serie de factores: deficiente coordinación entre las instancias responsable, escasos de trabajo multidisciplinario, poco estímulo económico y falta de continuidad en las labores emprendidas.

El mejor camino que podríamos seguir para atender este problema tan complejo que representa la fobia a los exámenes sería: en primer lugar, conocer la incidencia verdadera de este problema para posteriormente diseñar estrategias de acción sobre el problema. En general, estamos en la actualidad en un mundo de constante angustia donde en el ámbito escolar tienden a surgir fobias, especialmente a los exámenes académicos, esto incluso desde etapas muy tempranas, los alumnos de diversos niveles escolares manifiestan una serie de problemas fisiológicos y somáticos que los conduce a niveles de angustia severos y, en ocasiones, a desórdenes de conducta, entre ellos el suicidio.

Es necesario tener presente que los estudiantes que padecen este tipo de fobia requieren un apoyo profesional, mediante el cual puedan aprender herramientas y estrategias de afrontamiento que les permitan resolver sus problemas y evitar situaciones más extremas como la deserción

## REFERENCIAS

- Bernstein D. y Nietzel, M (1982) *Introducción a la Psicología Clínica*. México: Mc Graw Hill
- Bertoglia, R. L (1989) El estudiante ansioso una forma de enfrentar el problema *Revista Perspectiva Educacional*. Instituto de Educación UCV No. 15.
- Bertoglia, R. L. (1992) Ansiedad y rendimiento en adolescencia escolar una alternativa de acción *Revista Perspectiva Educacional*. Instituto de Educación UCV, No.19/20, 55-58
- Bond, I. K., y Hutchinson, H. C. (1960). *Application of Reciprocal Inhibition Therapy to Exhibitionism*. Canadian Medical Association, 83, 23-25
- Bouchard, M. A., Granger, L., y Laudoucer, R.(1987). *Principios y Aplicaciones de la Terapia de la Conducta Debate*, Madrid.
- Castro L. (1979) *Diseño Experimental sin Estadística*. México:Trillas.
- Cottraux J y Mollard, E. (1989) *Las Fobias. Nuevas Perspectivas*. México Fondo de Cultura Económica.
- Emery, J R., y Krumboltz, J D. (1967). Standard versus individualized hierarchies in desensitization to reduce test anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 14, 204-209.
- Geer, J. H., y Katkin, E. S (1966) Treatment of insomnia using a variant of systematic desensitization: A case report. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 161-167
- Gold, S., y Neufeld, I L. (1965) A Learning approach to the treatment of homosexuality. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 201-202
- Jacobson, E. (1976). *Aprenda a Relajarse*. México Ciencia de la conducta.
- Johnson, S. M. relaxation in the treatment (1966) *The Effects of Desensitization and of Test Anxiety*. Tesis de Maestría sin publicar, Northwestern University. USA
- Kanfer, F. H., y Phillips, J. S (1980). *Principios de Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento*. México:Trillas
- Kazdin A. E. (1973). Covert modeling and reduction of avoidance behavior. *Journal of Abnormal Psychology*. 81-87.

Kraft, T., y Al-Issa, (1967). Alcoholism treated desensitization. A case report. *Behaviour Research and Therapy*. 5, 69-70.

Lang, P. J., y Lazovik, A. D.(1963). Experimental desensitization of a phobia. *Journal of abnormal and Social Psychology*. 66, 519-525.

Lazarus, A. (1997) *Multimodal Behavior Therapy*. New York. Springer.

Leitenberg, H., Agras, W. S., Barlow, D. H., y Oliveau, D. C. (1969). Contribution of selective positive reinforcement and therapeutic instructions to systematic desensitization therapy. *Journal of Abnormal Psychology*. 76, 113-118.

Madsen, C. H., y Ullmann, L. P. (1967) Innovations in the desensitization of frigidity. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 67-68.

Marcia, J. E., Rubin, B. M., y Efran, J. S. (1969). systematic desensitization: Expectancy change or counter conditioning. *Journal of abnormal psychology*. 74, 382-387.

Mercado C. D. (1969) *Teoría y Técnica de la Desensibilización Sistemática* Tesis Profesional, U.N.A.M.

Moore, N. (1965). Behavior therapy in bronchial asthma. A controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 9, 257-276

Paul, G. L. (1966). *Insight vs Desensitization in Psychotherapy: An experiment in anxiety reduction*. Stanford, California: Stanford University Press

R. Andreas M. Barti, G., Bartl-Donhoff, y W. Hopf (1980) *El Miedo Escolar* México: Herder

Rimm, D. C., de Groot, J. C., Boord, P., Heiman, J., y Dillow, P. V. (1971) Systematic desensitization of an anger response. *Behaviour Research and Therapy*. 9, 273-280.

Rimm D. C. y Masters J. C. (1986). *Terapia de la conducta* México: Trillas

Sarason Y. G. y Sarason B. (1990). *Psicología Anormal: los problemas de la conducta desadaptada* México: Trillas.

Serrano P., y Delgado S. (1991). Estrategias de afrontamiento y ansiedad ante los exámenes. *Revista General y Aplicada*, 44 (4), 447-456.

Spielberger, Ch. (1980). *Tension y Ansiedad* Colección La Psicología y Tú. México: Harla

Suinn, R. M. (1968). The desensitization of test-anxiety by group and individual treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 385-387.

- Wilkins W. (1971). Desensitization. social and cognitive factors underlying the effectiveness of Wolpe procedure. *Psychological Bulletin* . 76, 311-317 .
- Walton, D , y Mather, M. D. (1963) The relevance of generalization techniques to the treatment of stammering and phobic symptoms. *Behaviour and Therapy*. 1, 121-125
- Wolpe, J. (1961). The systematic desensitization treatment of neuroses. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 112, 189-203
- Wolpe, J. (1990). *Práctica de la Terapia de la Conducta* México Trillas
- Yates, A J (1978). *Terapia del Comportamiento*. México Trillas
- Yates, A J ( 1979). *Teoría y Práctica de la Terapia Conductual*. México Trillas

## CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES. Coloque en el paréntesis de la derecha la letra que corresponda a una descripción de lo que tú harías en la situación descrita.

- 1 -Usualmente cuando presénte un examen. ( )
  - a) Me siento cómodo.
  - b) Me dan ganas de irme a casa sin hacerlo.
  - c) No me importa si apruebo o repruebo
- 2 -Al tomar la pluma y comenzar a escribir en un examen ( )
  - a) Me arrepiento de no haber estudiado.
  - b) Me sudan las manos
  - c) Pienso detenidamente lo que voy a escribir.
- 3 -Me considero una persona: ( )
  - a) Tranquila.
  - b) Nerviosa.
  - c) Irritable
- 4 -Cuando algo me da mucho miedo o siento angustia ( )
  - a) Se me pasa pronto
  - b) Me duele la cabeza
  - c) Me cuesta trabajo respirar.
- 5 -En el momento de entrar al salón para resolver un examen. ( )
  - a) Me arrepiento de no haber estudiado
  - b) Me siento tranquilo y confiado.
  - c) Me dan ganas de irme a casa.
- 6 -Cuando un profesor anuncia que habrá examen ( )
  - a) Me dan ganas de estudiar
  - b) Siento flojera de trabajar.
  - c) El corazón me palpita rápidamente.
- 7.-El día anterior a un examen: ( )
  - a) Se me "encoge" el estómago de sólo pensar en él.
  - b) Ni me acuerdo que lo voy a hacer
  - c) Me siento muy seguro (a) de mis conocimientos
- 8.-Cuando estudio muy bien una materia y comienzo a resolver el examen: ( )
  - a) De repente todo lo que estudié se me olvida.
  - b) Voy recordando el material según lo necesito
  - c) Contesto rápidamente y sin dificultades
- 9 -Una impresión brusca o un susto hacen que ( )
  - a) El corazón me late rápidamente:
  - b) Me dan deseos de vomitar
  - c) No me puedo ni mover.
- 10.-Los exámenes me ponen nervioso: ( )
  - a) La mayor parte de las veces.
  - b) Casi nunca
  - c) Sólo cuando no estudio.

Escala de autoevaluación de la ansiedad  
 Producida por los exámenes

**Instrucciones:** Lea cada frase y encierre en un círculo el número que mejor describe cómo se siente *generalmente*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No se detenga mucho tiempo en ninguna frase, dé la respuesta que mejor describe cómo se siente generalmente. Sume los números que ha encerrado en un círculo para obtener su resultado.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuen- temente	Casi siempre
Al presentar un examen tengo una Sensación de inquietud y disgusto	1	2	3	4
<i>El pensar en la calificación que puedo obtener obstruye mi rendimiento en los exámenes</i>	1	2	3	4
<i>Durante los exámenes me pongo a pensar en la posibilidad de no terminar la escuela.</i>	1	2	3	4
Durante los exámenes me siento muy tenso	1	2	3	4
<i>Las ideas de un mal rendimiento interfieren con mi concentración</i>	1	2	3	4
Siento pánico cuando voy a pre- sentar un examen importante	1	2	3	4
Mi corazón late con fuerza durante los exámenes importantes	1	2	3	4
<i>Durante los exámenes pienso en las consecuencias de un fracaso</i>	1	2	3	4

Las "frases relativas a la preocupación" están en cursivas

Percentiles para la escala de la prueba de ansiedad  
y subescalas de preocupación / emotividad

Percentiles	Prueba de ansiedad		Preocupación		Emotividad	
	Hombre	Mujer	Hombre	mujer	Hombre	mujer
95	25	28	12	13	13	14
75	18	21	9	10	10	11
50	15	17	7	8	7	9
25	11	13	5	6	5	7
5	8	9	4	4	4	4

**PERCENTILES**

**Tabla 6.-**Percentil de los sujetos en la escala de la prueba de autoevaluación de la ansiedad producida por los exámenes. Los datos que aquí aparecen sugieren que hubo un incremento de ansiedad ante este tipo de situaciones

SUJETOS	ANSIEDAD	PREOCUPACION	EMOTIVIDAD	PERCENTIL
MEL	13	6	7	25
ACB	9	4	4	5
ARR	21	10	11	75
AVR	13	6	7	25
LSV	13	6	7	25