

TRATAMIENTO GRUPAL PARA LA ANSIEDAD Y LA EVITACIÓN CONDUCTUAL EN EXÁMENES ORALES. (ANSIEDAD Y EVITACIÓN EN EXÁMENES ORALES)

GROUP TREATMENT FOR ANXIETY AND BEHAVIOURAL AVOIDANCE IN ORAL TEST

Luis Alberto Furlan

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8415-0596>

Agustín Alonso-Crespo

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0463-3684>

Natalia Costantini

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2409-9952>

Melania Díaz-Gutiérrez

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9860-7836>

Graciela Yaryura

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3440-5818>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Furlan, L. A., Alonso-Crespo, A., Costantini, N., Díaz-Gutiérrez, M. y Yaryura, G. (2019). Tratamiento Grupal para la Ansiedad y la Evitación Conductual en Exámenes Orales. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 239-258. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.272>



Resumen

Los exámenes orales son situaciones sociales que pueden activar emociones displacenteras como ansiedad, vergüenza, enojo o culpa. Para afrontarlas, los estudiantes utilizan estrategias como incrementar la preparación, buscar apoyo emocional o instrumental, relajación o distracción, entre otras. La postergación de la confrontación o la inhibición de la expresión, son dos formas de evitación conductual que permiten aliviar el malestar emocional asociado al examen oral a corto plazo, pero al volverse habituales pueden generar bajo rendimiento, demora o abandono de la carrera y diversos síntomas mentales. Para disminuir la ansiedad y la evitación conductual frente a los exámenes orales, se diseñó un tratamiento grupal con técnicas cognitivo-comportamentales, de mindfulness y de la terapia de aceptación y compromiso. Se evaluó su impacto mediante un estudio empírico con 22 participantes de diferentes carreras universitarias. Se constataron disminuciones estadísticamente significativas entre las medidas pre y post intervención en las escalas de Ansiedad frente a los Exámenes Total, Emocionalidad, Preocupación y Falta de Confianza y en Postergación e Inhibición de la Expresión, con tamaños de efecto entre medianos y grandes. De los 22 participantes, 18 presentaron disminuciones de la sintomatología, en 3 hubo incrementos y 1 no informó cambios. Esa variabilidad no se relaciona con la presencia de síntomas comórbidos. Los componentes percibidos como más útiles fueron la relajación, revisión de estrategias de estudio, reestructuración cognitiva y autoinstrucciones.

Palabras Clave: Ansiedad frente a los Exámenes, Evitación Conductual, Eficacia de la Intervención.

Abstract

Oral exams are social situations that can activate unpleasant emotions like anxiety, shame, anger and guilt. To cope emotions, students use several strategies, like preparation, seeking emotional and instrumental social support, relaxation or distraction, as others as well. Postponement of the confrontation and expression inhibition are two ways of behavioural avoidance that alleviate emotional distress associated with oral exams in short terms but, if turn frequently can generate low achievement, delay or drop out the career and several mental symptoms. To decrease anxiety and behavioural avoidance in oral exams, a group treatment was designed, with techniques of Cognitive Behavioural Therapy, Mindfulness and Acceptance and Commitment Therapy. Impact was assessed through an empirical study, with 22 participants of various university careers. Pre and post intervention measures were administered. Significant differences were corroborated in total anxiety; emotionality, worry, interference and lack of confidence subscales, and postponement and expression inhibition scales, with medium to high effect sizes. Of the 22 participants, 18 presented decreases in symptomatology, in 3 there were increases and 1 did not report changes. Variability of the effects were not related to comorbid mental symptoms. The components perceived as more useful were relaxation, revising study strategies, cognitive restructuring and self-instructions.

Keywords: Test Anxiety, Behavioural Avoidance, Efficacy of Intervention.

Introducción

Los exámenes constituyen eventos habituales en los contextos académicos y permiten generar información relacionada con los aprendizajes logrados en una determinada asignatura (Gil-Flores, 2012). Al estar previstos en el calendario académico, los estudiantes pueden planificar los tiempos y elegir las estrategias para prepararse y enfrentarlos con éxito (Zimmerman, Bonner y Kovach, 1996). Los exámenes pueden incluir diferentes tipos de tareas, como redactar ensayos, responder preguntas con opciones múltiples o abiertas o resolver problemas. Asimismo, las evaluaciones pueden tener modalidades orales, o escritas en soportes de papel o informatizados y sus niveles de dificultad y los criterios para su evaluación pueden variar y ser más o menos exigentes. Sin embargo, existen una serie de atributos comunes, tales como la relevancia de los resultados, la incertidumbre y el hecho de que el examen oral transcurre en el marco de una relación social, que los convierten en eventos particularmente estresantes para los estudiantes (Zeidner, 2007).

Los resultados de los exámenes tienen consecuencias objetivas en las trayectorias académicas y adquieren un significado subjetivamente relevante para los estudiantes, ya que el logro incide en las valoraciones de sus competencias y su autoconcepto académico (Goetz, Cronjaeger, Frenzel, Ludtke y Hall, 2010). Por ello, exponerse a una situación evaluativa puede activar diferentes estados emocionales, algunos de valencia positiva como el entusiasmo, el orgullo o el alivio, cuando el resultado del desempeño es acorde a los estándares y otros, de valencia negativa, como la ansiedad, el enojo, la vergüenza, la culpa o la desesperanza, cuando el desempeño autopercebido y los estándares a los que se aspira no concuerdan (Pekrun y Perry, 2014).

Otro atributo común a todo examen es que existe cierta incertidumbre sobre los contenidos y actividades específicas que el mismo puede incluir, y si bien se pueden predecir en forma aproximada qué preguntas específicas habrá que responder, siempre existe discrepancia entre lo previsto y lo ocurrido. En consecuencia, en la fase pre-examen, como respuesta a la incertidumbre se movilizarán procesos de estrés y respuestas de ansiedad (Zeidner, 1998).

El examen transcurre, además, en un contexto social asimétrico entre el evaluado y el evaluador, que desempeñan dos roles complementarios y mantienen intercambios comunicativos. Esto ocurre en todas las modalidades evaluativas, pero resulta más evidente en la fase de confrontación de los exámenes orales, donde la interacción con el evaluador puede incidir en forma determinante sobre el estado emocional y el desempeño del estudiante (Buchwald y Schwarzer, 2003; Ringeisen y Buchwald, 2010).

El desempeño adecuado en exámenes orales requiere de competencia para exponer los conocimientos, regulando su profundidad y extensión en función de un esquema organizador previo y de la información que el evaluador suministre durante la ejecución. Se necesita cierto grado de flexibilidad conductual para

responder ante situaciones no previstas y mantener la claridad y coherencia en el discurso. Además, exponerse a la observación de una audiencia realza activa temores relacionados con la evaluación social negativa (Laurin-Barantke, Hoyer, Fehm y Knappe, 2016; Sparfeldt, Rost, Baumeister y Christ, 2013).

En consecuencia, rendir exámenes orales es un desafío más accesible para quienes saben convivir con la incertidumbre previa y pueden desplegar comportamientos sociales apropiados y flexibles durante su transcurso, interpretando adecuadamente las claves verbales y no - verbales de la comunicación (Caballo, 2009). En contraposición, factores como escasas autoeficacia socioacadémica y tolerancia a la incertidumbre, elevada sensibilidad interpersonal, ansiedad social y perfeccionismo, aumentan las probabilidades de percibir los exámenes orales como eventos amenazadores e incrementar la ansiedad (Arana y Furlan, 2016; Eum y Rice, 2012; Furlan y Sánchez-Rosas, 2018).

Ansiedad frente a los exámenes

La Ansiedad frente a los Exámenes (en adelante AE) es una respuesta emocional caracterizada por la preocupación recurrente sobre un eventual fracaso y sus consecuencias negativas en la autoestima y la pérdida de algún beneficio esperado. En su dimensión cognitiva, incluye, además, expectativas negativas, falta de confianza e interferencia en los procesos de pensamiento, atención y memoria (Cassady, 2004; Gutiérrez-Calvo, 1996; Hoddap, 1991). La emocionalidad incluye síntomas afectivos y fisiológicos tales como taquicardia, sudoración, inquietud, tensión y opresión en el pecho (Zeidner, 2007). En el ámbito comportamental, la AE se manifiesta como hiperactividad, temblor, evitación y dificultades expresivas (Valero, 1999).

Los estudiantes con elevada AE deben prepararse para rendir y sobrellevar estados emocionales displacenteros y perturbadores (Cassady, 2004), dividiendo sus capacidades de procesamiento cognitivo entre la tarea principal y el control del estado emocional. Esta división de los recursos de procesamiento cognitivo dificulta el estudio y la ejecución durante el examen. Mantener la eficacia en el rendimiento, requiere mayor energía y tiempo, lo que disminuye la eficiencia del proceso (Piemontesi, Heredia y Furlan, 2009).

Afrontamiento de la AE

Para afrontar la AE los estudiantes destinan más tiempo al estudio, buscan apoyo emocional o académico, practican relajación, reevaluación cognitiva, distanciamiento cognitivo o conductual de la tarea, entre otras estrategias (Piemontesi y Heredia, 2009; Serrano, Escolar y Delgado, 2016). Si el malestar emocional persiste y se torna desbordante, el estudiante puede recurrir a una estrategia de evitación conductual del examen oral, que le permite mantenerse lejos de la situación valorada como amenazadora, posponiendo la confrontación con la misma, o alejándose de la situación amenazadora mediante el escape o la inhibición de la

expresión (Elliot, 2008; Furlan y Sánchez-Rosas, 2018).

Modalidades de Evitación Conductual en Exámenes Orales

Un modo de evitación conductual en exámenes orales (en adelante ECEO) es la *postergación* de situaciones que podrían evidenciar incompetencia o generar un malestar asociado a tal incompetencia y consiste en desistir de rendir por temor a desempeñarse mal o a los nervios experimentados. Cumple una función similar a otras conductas de evitación en las fobias sociales y opera en la fase de anticipación del evento valorado como aversivo y fuera de control (Kim, 2005) y resulta estratégica si surge de valoraciones realistas acerca de la dificultad de la tarea y los recursos para enfrentarla.

Las personas con elevada ansiedad social presentan una serie de sesgos cognitivos (pensamiento todo o nada, inferencia arbitraria, filtraje y descalificación de lo positivo) que disminuyen la percepción de competencia personal, viéndose a sí mismas en forma desfavorable y generando una sensación de mayor vulnerabilidad (Rapee & Lim, 1992). Por otro lado, tienden a magnificar la dificultad de los desafíos, considerándolos demasiado complejos para sus competencias auto-percibidas, lo que incrementa la ansiedad anticipatoria de un fracaso (Arana, 2002). Es en estos casos en los que se considera que la postergación resulta menos funcional, ya que mantiene las creencias que sostienen la ansiedad (Furlan y Sánchez-Rosas, 2018; Navas, 1989).

Otra forma de evitación conductual es la *inhibición* ante situaciones que evidencian incompetencia o generan malestar asociado a tal incompetencia. Evitar responder por temor a hacerlo mal o debido a la angustia experimentada, opera como estrategia situacional de búsqueda de seguridad. La *inhibición de la expresión* previene experiencias aversivas, pero afecta al rendimiento y no permite desconfirmar las creencias catastrofistas que mantienen la ansiedad social, en forma similar a lo que ocurre con la postergación (Cuming et al., 2009).

Estudios recientes señalan que la ECEO está relacionada con medidas de AE, Vergüenza en exámenes, Procrastinación y Autoeficacia Social – Académica (Yaryura, Sánchez-Rosas y Furlan, 2016); Neuroticismo (Francisquelo y Furlan, 2015). También se informaron relaciones negativas con la Satisfacción con el Rendimiento, que resulta de la comparación entre el desempeño real y el establecido como estándar personal; y positivas con la Percepción de Demora, que surge de la comparación entre el avance que se deseaba lograr en la carrera y el efectivamente obtenido (Furlan y Sánchez-Rosas, 2018).

La ECEO recurrente genera retraso académico, pérdida del grupo de referencia, vergüenza, culpa y diversas sintomatologías mentales, que suelen ocultarse para evitar enojos, decepciones o angustia en el entorno familiar (Furlan, Ferrero y Gallart, 2014).

Intervenciones para la AE

Para abordar las dificultades relacionadas con la AE se han formulado diversas intervenciones y realizados estudios para recabar evidencias de su eficacia (Escalona y Miguel-Tobal, 1996; Furlan 2013; Medrano y Moretti, 2013; Serrano et al., 2016). Existen experiencias muy diversas en cuanto a sus fundamentos teóricos y características técnicas (para una revisión ver Zeidner, 1998) y pueden encontrarse algunos meta-análisis que en general reafirman la eficacia de los procedimientos que incluyen fundamentalmente técnicas de exposición, desensibilización sistemática y reestructuración cognitiva (Ergene, 2003).

Como la mayoría de estas intervenciones se probaron en contextos de exámenes escritos y estandarizados, son parcialmente útiles para abordar la ECEO, al no contemplar aspectos propios de esta modalidad de evaluación.

Adicionalmente, en los estudios sobre eficacia de los tratamientos para la AE se evalúan cambios en sus manifestaciones cognitivas (Medrano y Moretti, 2013) y afectivo - fisiológicas (Serrano et al., 2016) o en el rendimiento, pero no se reúnen evidencias sobre las conductas de evitación, sumamente relevantes a nivel clínico (Arana, 2002).

Considerando la importancia que los exámenes orales tienen en nuestro contexto académico, dada su amplia utilización, y la ausencia de un protocolo de tratamiento que permitiera abordar además de la AE, las manifestaciones de ECEO, se emprendió el diseño de un programa que incluyera componentes específicos para trabajar sobre las dificultades asociadas con esta modalidad de evaluación.

Para este propósito se integraron aportes de diversos protocolos de tratamiento (Arana, 2002; Iruarrizaga y Salvador Manzano, 1999), experiencias previas de este equipo (Furlan, 2013) y otras desarrolladas con otros problemas de ansiedad social, como el Miedo a Hablar en Público (Badós, 2009).

Programa, fundamentos y características

La ECEO se conceptualizó como un subtipo de fobia social circunscrita en cuya génesis participan diversos factores de predisposición, como ansiedad social (Badós, 2009), perfeccionismo desadaptativo (Rice y Slaney, 2002), baja autoeficacia social académica, (Medrano y Moretti, 2013) inestabilidad emocional (Francisqueño y Furlan, 2015), empleo de modalidades disfuncionales de procesamiento de información (Navas, 1989) y una historia de aprendizajes que incrementan la sensibilidad ante situaciones de evaluación que se asocian a estímulos aversivos. La ECEO se mantiene por reforzamiento negativo y afecta las creencias de autoeficacia, que no se modifican por la privación de nuevas experiencias de maestría.

Por el tipo de comportamiento social que supone rendir un examen oral, el déficit en habilidades específicas, tales como sostener el contacto visual, pedir aclaraciones, argumentar, regular la velocidad del habla, reorganizar el discurso en función de una pregunta del evaluador, entre otras, pasa a ser un factor que contribuye al surgimiento de la respuesta de ansiedad. (Arana, 2002). Adicionalmente,

la tendencia a evitar la práctica de la exposición oral durante la preparación para el examen contribuye al mantenimiento de los déficits en las habilidades sociales referidas (Furlan y Sánchez-Rosas, 2018).

Se adoptó un enfoque cognitivo – comportamental para el abordaje de la AE, en el que se busca ampliar los recursos para el afrontamiento, mediante el entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, auto-instrucciones y ensayo conductual (Escalona y Miguel-Tobal, 1996; Furlan 2013; Zeidner, 2007). Complementariamente, el programa se enriqueció con aportes del Mindfulness, que apunta a centrar la atención en la experiencia presente y el aprendizaje de aceptación y no reacción ante los eventos internos (Ramos-Díaz, Recondo y Enriquez, 2012) y la Terapia de Aceptación y Compromiso, que promueve la focalización en los valores y la disposición a convivir con algunos malestares como parte de la experiencia (García-Higuera, 2004).

El programa incluyó diez encuentros de dos horas y frecuencia semanal. Se estableció esta carga horaria para posibilitar el trabajo con las diversas técnicas previstas durante los encuentros y su práctica semanal, en épocas del año en que los participantes realizan actividades de estudio regulares. La duración del proceso permitiría también ir recabando datos sobre la evolución de los participantes en forma semanal, detectando sus avances y dificultades y posibilitando ajustes en la implementación de la intervención.

Se eligió una modalidad de intervención en grupos de hasta diez participantes, considerando una serie de ventajas que presenta el encuadre grupal para el desarrollo de la intervención y del diseño del estudio de eficacia. Específicamente, la intervención en grupo facilita procesos de normalización y empatía entre los participantes, que advierten similitudes en la problemática por la cual han solicitado la asistencia. Además, es un contexto propicio para el aprendizaje vicario de conductas de afrontamiento nuevas y fuente de apoyo social (Vinogradov y Yalom, 1990).

Para el estudio de eficacia, desarrollar la intervención en grupos permitió optimizar los recursos del equipo de trabajo, alcanzando a una población más numerosa que la que se hubiera podido cubrir mediante abordajes individuales. Se priorizó en este caso la estrategia que facilitara aumentar tamaño de la muestra para los análisis estadísticos a realizar.

A nivel técnico, en el programa se incluyó psicoeducación, entrenamiento en reestructuración de pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas, relajación mediante respiración diafragmática y auto-instrucciones. Adicionalmente, se incorporó una técnica de defusión (la cascada) para ampliar el repertorio de afrontamiento frente a pensamientos perturbadores y disminuir la interferencia cognitiva o distracciones durante el estudio y la metáfora del autobús, procedente de la Terapia de Aceptación y Compromiso para facilitar la toma de distancia y mayor conciencia de la propia conducta, mantener el compromiso con el logro de la metas académicas y aumentar la tolerancia al malestar (García-Higuera, 2004;

Ramos-Díaz et al., 2012).

Se revisaron también las estrategias de aprendizaje evaluando su funcionalidad y promoviendo el uso de las más reflexivas y con anclaje en ejemplos y se realizaron ensayos conductuales repetidos y de dificultad progresiva, de exposición ante evaluadores, dando retroalimentación a los participantes en base a la observación de su comportamiento verbal y no verbal. El programa finalizó con una revisión de lo trabajado y el establecimiento de compromisos para el logro de metas en el corto plazo.

Eficacia de la intervención

Se reunieron evidencias de la eficacia del programa para disminuir la AE y ECEO en estudiantes de diferentes carreras de la Universidad Nacional de Córdoba, República Argentina, buscando determinar si tuvo efectos diferenciales en las subdimensiones de la AE y la ECEO y si la ganancia terapéutica tuvo relación con la sintomatología mental previa o los niveles iniciales de AE y EEO.

Método

Participantes

Se realizó una convocatoria a la que concurrieron 53 estudiantes universitarios y se corroboró mediante una entrevista semi-estructurada el cumplimiento de los criterios de inclusión para participar en el programa (elevadas AE y ECEO) y de exclusión (déficits en estrategias de estudio o psicopatologías comórbidas que requerían tratamiento prioritario). Hubo 3 casos no incluidos que se derivaron a servicios de salud y orientación universitarios.

Instrumentos y Materiales

Adaptación Argentina del Inventario Alemán de Ansiedad ante Exámenes (GTAI-AR; Piemontesi, Heredia y Furlan, 2012). Este autoinforme es la versión adaptada para estudiantes universitarios argentinos del *German Test Anxiety Inventory* (Hodapp, 1991). Evalúa las dimensiones de Emocionalidad, Preocupación, Interferencia y Falta de Confianza. Contiene 29 ítems con cinco opciones de respuesta (“nunca” a “siempre”). Todos los ítems de las primeras tres escalas son codificados sintomáticamente, por ejemplo: *pienso en las consecuencias de fracasar*. En cambio, los ítems de Falta de Confianza son codificados de manera inversa (por ejemplo, *tengo seguridad en mi capacidad*). La escala posee propiedades psicométricas adecuadas en relación a su consistencia interna ($\alpha = .91 - \alpha = .87$). Análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, respaldan el modelo de cuatro dimensiones y un factor general de segundo orden (Piemontesi et al., 2012).

Escala de Evitación Conductual de Exámenes Orales (ECEO; Furlan y Sánchez-Rosas, 2018). Es un autoinforme de 14 ítems ordenados en las escalas de postergación de la confrontación del examen oral (ECEO-P, $\alpha = .94$; *Me preparo*

para rendir un examen oral pero llegado el día del examen no me presento) e inhibición de la expresión oral (ECEO-I, $\alpha = .90$; Cuando rindo un examen oral me pongo tan nervioso que no puedo contestar las preguntas del docente) con respuestas tipo Likert de 5 puntos que van de (1) “nunca” a (5) “siempre”. Presenta datos satisfactorios sobre la estructura interna, la consistencia interna y evidencias test-criterio.

Inventario de Síntomas Mentales (SCL 90-R, Derogatis, 1994, adaptación para Argentina de Casullo y Fernández Liporace, 2001). Tiene 83 ítems incluidos en nueve dimensiones primarias de síntomas y 7 ítems que no pertenecen a ninguna de las escalas; poco apetito, problemas para dormir, pensamientos acerca de la muerte o morirse, comer en exceso, despertarse muy temprano, sueño intranquilo y sentimiento de culpa, que se utilizan para el cálculo de los índices generales. El instrumento da información sobre 9 dimensiones de síntomas y 3 índices generales, que informan sobre el malestar general y las tendencias de las respuestas. Presenta buenos niveles de consistencia interna para las escalas y las medidas globales ($\alpha > .80$).

Cuestionario sobre cambios auto-percibidos y experiencias con la Intervención. Se elaboró un cuestionario con dos preguntas de final abierto relativas al estado subjetivo y el comportamiento en experiencias de exámenes orales, previos y posteriores a la participación en el programa. También se preguntó por los avances logrados y dificultades persistentes. Finalmente se indagó en relación al uso de las técnicas incluidas en el programa durante las fases previa y de confrontación con exámenes rendidos a posteriori de la participación.

Procedimiento

Se empleó un diseño cuasi experimental con un grupo y medidas repetidas, que si bien presenta algunas limitaciones importantes en relación a la validez interna y externa (Montero y León, 2006), se consideró adecuado por tratarse de una intervención novedosa, no contar un protocolo alternativo para ECEO y la decisión de no emplear lista de espera. Los participantes (N= 50, de entre 20 y 40 años) se asignaron a cinco grupos, que se fueron conformando mediante diferentes convocatorias realizadas durante un período de dos años. Si bien no se utilizó un procedimiento sistemático para la asignación de participantes a los grupos, todos fueron heterogéneos en cuanto a edades y carreras de procedencia. En algunos hubo solo participantes mujeres y otros fueron mixtos, aunque con predominio femenino en todos los casos.

Los grupos fueron coordinados por tres psicoterapeutas que previamente recibieron formación específica, de tipo teórica, técnica y vivencial. Inicialmente se incorporaron como observadores en grupos coordinados por integrantes del equipo con mayor experiencia, en el contexto de programas similares implementados previamente. Se buscó que todos los procedimientos implementados en los grupos fueran previamente practicados por el equipo de intervención, mediante trabajos

vivenciales. Una vez completada esta fase, comenzaron a coordinar los grupos incluidos en el presente estudio.

Los participantes completaron previo al inicio de la experiencia, un consentimiento informado y los autoinformes pre-tratamiento. Las medidas post tratamiento se administraron en forma virtual cuando los participantes intentaron rendir algún examen final oral, en un intervalo de uno y seis meses, dependiendo de las decisiones que cada participante tomó en el marco de su carrera.

De los 50 que iniciaron el proceso, 20 abandonaron y 8 que lo completaron no respondieron el postest. La muestra quedó conformada entonces por 22 participantes (20 mujeres y 2 varones; entre 20 y 40 años, Media=26 años) de las carreras de Psicología (10), Abogacía (4), Medicina (2), Odontología (3), Historia (1), Antropología (1) y Filosofía (1).

Para verificar si existían diferencias en los puntajes de Síntomas Mentales, AE y ECEO entre quienes completaron el proceso y quienes no lo hicieron, se estimó la prueba *U de Mann-Whitney* (Siegel y Castellan, 1995). Para contrastar las hipótesis sobre los cambios intra-sujetos se estimó la prueba de *Wilcoxon*, un estadístico adecuado para diferencias entre muestras pequeñas y relacionadas, con variables ordinales y para estimar el tamaño del efecto se calculó el delta de *Cliff* (Macbeth, Razumiejczyk y Ledesma, 2011)

Para describir los cambios desde la perspectiva de los participantes se realizó un análisis de contenido de las respuestas al cuestionario de seguimiento. Se generaron categorías relativas a diferencias y similitudes entre experiencias examen previas y posteriores (intensidad de los estados emocionales, pensamientos catastrofistas, confianza, impulso para postergar, desempeño durante la evaluación), recursos utilizados en las fases de preparación (estrategias de estudio y preparación para rendir, búsqueda de ayuda), espera para el ingreso a rendir (regulación emocional) y durante el examen (atención a lenguaje no verbal, focalización en la tarea, perseverancia ante dificultades, auto instrucciones). Una vez conformadas las categorías se describió la diversidad de respuestas relativas a cada una y se contabilizó su frecuencia.

Resultados

- a) *Diferencias entre los participantes que completaron o abandonaron la intervención.* La prueba *U de Mann-Whitney* no arrojó diferencias significativas entre los grupos en relación a los valores iniciales de Síntomas Mentales, AE y ECEO, pudiendo afirmarse que los mismos no explicarían la continuidad o abandono de la experiencia.

- b) Cambios en las mediciones pre y post tratamiento

Se hipotetizó un impacto favorable en la AE total y sus cuatro dimensiones y en las dos modalidades de ECEO, con diferencias pre - post estadísticamente significativas, puntajes menores luego del tratamiento y tamaños del efecto medios.

Como se observa en la Tabla 1, hubo diferencias significativas en tres

dimensiones de AE y en las dos escalas de ECEO, con tamaños del efecto grandes en su mayoría. En la escala de Interferencia los cambios no alcanzaron significación estadística y el efecto fue pequeño.

Tabla 1. *Descriptivos, Prueba de Wilcoxon y Delta de Cliff para los 22 participantes que completaron la intervención.*

	Pretest N=22	Postest N=22	Z y p	D
AE total	3.70 (.45)	2.91 (.49)	3.90 $p<.001$.82
Falta de Confianza	3.37 (.75)	2.75 (.70)	2.60 $p<.01$.64
Preocupación	4.20 (.58)	3.31 (.76)	3.55 $p<.001$.82
Interferencia	2.98 (.73)	2.58 (.79)	1.83 $p=n.s.$.18
Emocionalidad	3.93 (.66)	2.83 (.87)	3.75 $p<.001$.77
ECEO Postergación	2.99 (1.03)	2.33 (.66)	3.30 $p<.01$.59
ECEO Inhibición	3.58 (.75)	2.40 (.90)	3.70 $p<.001$.68

Nota: M(DS)=Media y Desviación Estándar; Z=Prueba de Wilcoxon; p=Nivel de significación. D=delta de Cliff, Bajo (.20) Mediano (.30), Grande (.50) según criterios de Cano y Guerrero (2009).

c) Diferencias pre - post en AE, ECEO-I y ECEO-P y la sintomatología mental inicial.

Se estimaron correlaciones de Spearman entre las escalas de sintomatología mental del SCL - 90 y la ganancia terapéutica, operacionalizada como diferencia entre los puntajes pre - post para las escalas de AE, ECEO-I y ECEO-P. La escala de *Sensibilidad Interpersonal* presentó una correlación significativa con ganancia en ECEO-P ($rho = .45, p < .05$) y la de *Ansiedad* con AE ($rho = .45, p < .05$). El resto de las escalas no presentaron relaciones significativas.

d) *Diferencias pre - post en AE, ECEO-I y ECEO-P y valores pretest de cada variable.*

Al relacionar la diferencia pre y post con el valor de pretest en la misma escala, se constató una relación positiva entre el nivel inicial de AE y la magnitud del cambio en esta escala ($rho = .59, p < .01$) y en la de ECEO-P ($rho = .46, p < .05$). También una correlación positiva y significativa entre cambio en ECEO-P y nivel inicial de esa misma escala ($rho = .82, p < .001$) y la de ECEO-I ($rho = .51, p < .05$). Finalmente, los cambios en EEO-I se relacionaron con el nivel inicial en dicha escala ($rho = .46, p < .05$). De estos resultados puede deducirse que aquellos participantes que al inicio de la intervención presentaban los puntajes de síntomas más elevados, son los que han realizado mayores cambios, en términos de disminución de la AE y ECEO.

e) Percepción subjetiva de cambios y utilidad de los recursos.

Se sistematizaron las respuestas del cuestionario categorizando las mismas en función de la similitud en el contenido y se estimó su frecuencia. Las diferencias entre experiencias previas y posteriores a la intervención se refieren a: menor intensidad de la ansiedad, mayor tranquilidad y manejo del malestar (22), mejor

desempeño durante el examen y situaciones de clase (9), paso a la confrontación en lugar de la postergación (9), sobrellevar pensamientos negativos (9), mejor preparación (7) y acceso a más estrategias de regulación emocional (3).

Por otro lado, persisten síntomas de ansiedad (9), conductas de procrastinación (5), problemas de concentración en el estudio y bloqueo (5), dificultades para decidir (5), deseos de evitar la situación o huir (5) y problemas para sobrellevar la espera antes de rendir (2).

Entre los recursos valorados como útiles, durante la preparación se mencionaron: la práctica de relajación mediante respiración diafragmática (17); reestructuración cognitiva – autoinstrucciones (11), mayor variedad de estrategias de estudio (11), evocación y consolidación en la memoria (9), organización del tiempo (9), técnica de la cascada (4) y en algunos casos audios o apps de apoyo para relajación y organización de estudio (3).

Previo al ingreso al examen (intervalo temporal muy variable) se empleó la respiración (9), reestructuración cognitiva (6), evitación de estímulos ansiógenos (5), repaso (3), cascada de pensamientos (3), distracción (1), rezar (1) y apoyo instrumental (1).

Durante el examen oral, las estrategias utilizadas fueron organización de las respuestas y perseverancia ante dificultades (8), comportamiento asertivo, atención a la postura, contacto visual y componentes paralingüísticos de la comunicación (8), respiración (5), reestructuración cognitiva, autoinstrucciones (3) y aceptación del malestar emocional (3).

Discusión

Reunir evidencias sobre la eficacia de las intervenciones para disminuir las AE y la ECEO permite promover el uso de aquellas que hayan acreditado cierto valor psicoterapéutico, en términos de contribuciones significativas a los procesos de cambio. El desafío es teórica y técnicamente complejo, por la cantidad de variables que intervienen en el proceso y sobre las que puede lograrse solamente un control parcial, con variantes en el diseño de investigación y estrategias de análisis de datos que incrementen su validez interna.

Se requieren de varios meses de implementación para permitir que los procesos que promoverán los cambios se desarrollen y en consecuencia, suponen el riesgo de una elevada pérdida de participantes. Por estas razones y algunas otras, vinculadas con las concepciones y prácticas prevalecientes a nivel local, los estudios empíricos sobre las intervenciones tienen poco desarrollo.

Más específicamente, la orientación profesionalista de los planes de estudio en psicología en Argentina (con menor desarrollo de la investigación empírica), y el predominio de enfoques psicodinámicos en sus diferentes variantes (que enfatizan las singularidades individuales), tienen un correlato en las prácticas profesionales de la psicoterapia y la intervención psicoeducativa. De este modo, se da la paradoja de que existiendo un colectivo profesional numeroso que implementa diversas

intervenciones en forma permanente, no se recaban datos sistemáticos que permitan valorar la utilidad de las mismas para revertir los problemas que motivan su aplicación. En ese sentido, las prácticas con base en evidencia a nivel local son aún muy incipientes (Medrano, 2012).

Esta tendencia se viene revirtiendo, pero aún hay pocos estudios, por lo que será necesario comparar los resultados en esta investigación con los de otras realizadas por integrantes de este mismo equipo o por investigadores de otros contextos socio culturales.

Se formuló un programa grupal para disminuir la AE y ECEO para estudiantes de diferentes carreras de la Universidad Nacional de Córdoba, República Argentina, que se implementó durante dos años con grupos conformados en forma sucesiva en cada semestre y que fueron coordinados por tres profesionales entrenados específicamente para dicha labor. Para disminuir posibles sesgos en la interpretación de los resultados, derivados de las expectativas favorables hacia el tratamiento, profesionales que no participaron en su implementación, procesaron los datos de los autoinformes administrados a los participantes.

Considerando los resultados obtenidos, puede afirmarse que las diferencias pre - post observadas variaron según las escalas consideradas, con efectos grandes tanto sobre la AE total, como sobre las dos modalidades de evitación conductual, postergación e inhibición de la expresión. Esto indica que la intervención estaría contribuyendo a promover cambios esperados, de forma coincidente con lo que se pudo observar en experiencias previas con programas de características similares (Furlan, 2013; Furlan, Piemontesi, Heredia y Sánchez-Rosas, 2015) u otras más breves y diseñadas para ingresantes a la universidad y sin problemas persistentes de AE y ECEO (Medrano y Moretti, 2013).

Considerando cada dimensión de la AE, se constataron los mayores cambios en la preocupación, la emocionalidad y la falta de confianza, pero en la escala de interferencia no se produjeron disminuciones significativas. Una explicación posible para este impacto diferencial podría estar relacionado con los componentes incluidos en el programa. Específicamente, la práctica de la relajación durante los encuentros y como tarea en el hogar y la organización del estudio contemplando tiempos de descanso, pueden haber colaborado para que se produzca una significativa disminución de la activación afectivo - fisiológica. También la psicoeducación puede contribuir a resignificar la sintomatología ansiosa y promover la aceptación y normalización de un malestar que, si bien persiste, tiene menor intensidad y puede afrontarse con mayor variedad de recursos. Las respuestas al cuestionario de seguimiento, al mencionar los recursos más utilizados y la valoración que de los mismos hicieron los participantes apoyan esta conjetura.

La disminución de la preocupación puede atribuirse al aporte conjunto de psicoeducación y reestructuración cognitiva. El comprender mejor las respuestas emocionales reconociendo el rol que juegan la catastrofización, la rumiación y la culpabilización en el incremento del malestar subjetivo, y poder desarrollar estra-

tegrías alternativas centradas en la aceptación, la puesta en perspectiva y el análisis de evidencias, ayudarían a disminuir la preocupación relacionada con un eventual fracaso al rendir y sus consecuencias, valorándose en forma más realista (Medrano, Moretti, Ortiz y Pereno, 2013).

Adicionalmente, el efecto de normalización generado a partir de la experiencia grupal con otros participantes que experimentaban padecimientos similares (Vinogradov y Yalom, 1990) puede haber atenuado la preocupación asociada al propio padecimiento, que por considerarse inusual y un motivo de vergüenza, suele ocultarse al entorno, reforzando las creencias negativas acerca del mismo (Furlan, 2013).

La falta de confianza mejora en la medida que los ensayos conductuales suministran información que actualiza las creencias de autoeficacia (Medrano y Moretti, 2013). Tomar contacto con la propia ejecución en la situación simulada de examen oral y recibir retroalimentación de parte del grupo, permite que las ideas negativas sobre el desempeño puedan desconfirmarse en base a evidencias (Kim, 2005). Obtener información precisa sobre aspectos del lenguaje verbal y no verbal que mejorarían la expresión oral, permitiría pasar de auto-evaluaciones generales y absolutas de la propia competencia a descripciones más pormenorizadas de conductas específicas (Caballo, 2009).

La escasa disminución de la interferencia puede atribuirse al menor entrenamiento en técnicas como la de la cascada que promueven un aprendizaje de no reacción ante pensamientos disruptivos. La interferencia cognitiva durante la confrontación con el examen es un fenómeno similar al bloqueo, difícil de prevenir y que una vez activado requiere de su aceptación hasta que se revierta por sí mismo, permitiendo la recuperación de la información almacenada en la memoria de largo plazo. Se informó menor empleo de esta técnica, lo que podría relacionarse con la dificultad para realizarla en forma auto-guiada.

Se debería evaluar si el incremento de la práctica en la técnica de defusión durante los encuentros y un mayor acento en la aceptación de las experiencias internas características de los estados ansiosos, contribuyen para la disminución de estos síntomas en niveles más significativos.

Debe considerarse, además, que la interferencia ocupa recursos de procesamiento cognitivo y dificulta la concentración en la tarea principal (estudiar o hacer el examen). Las estrategias de afrontamiento (auto instrucciones) a las que un estudiante podría recurrir cuando está experimentando la interferencia, también demandan recursos de procesamiento. En consecuencia, los esfuerzos realizados para contrarrestar los efectos de la interferencia podrían tener un efecto paradójal, profundizándola.

En las dos modalidades de ECEO los cambios fueron significativos y con un efecto algo mayor en inhibición de la expresión que en postergación, asociado al hecho de que, de los 22 participantes, 18 disminuyeron sus puntajes en ECEO-I y solo 17 lo hicieron en ECEO-P. Tal vez esta sea la contribución más novedosa del

presente estudio ya que se evaluaron conductas específicas antes y durante los exámenes orales que tienen un papel central en el abordaje clínico de la AE, cuando esta se presenta como una fobia social circunscrita (Arana, 2002).

Revertir la postergación es un objetivo fundamental de la intervención, porque mantiene vía reforzamiento negativo buena parte de la sintomatología ansiosa. Como señalan estudios previos no exponerse a una nueva experiencia de rendir priva al estudiante de la oportunidad de obtener evidencias que desconfirman las creencias relativas a su desempeño, generalmente muy negativas y basadas en una autocrítica excesiva y a veces descontextualizada (Furlan y Sánchez Rosas, 2018; Kim, 2005; Laurin-Baranke et al., 2016). Por eso, volver a exponerse es un primer logro y el soporte grupal y la simulación de exámenes, pueden haber favorecido esta modificación. Los recursos empleados durante la espera para ingresar al examen (un contexto crítico para mantener o abandonar el intento de rendir) como la relajación, autoinstrucciones, distracción, búsqueda de ayuda, deben haber colaborado a lograrlo.

En relación a la disminución de la inhibición de la expresión, pueden haber aportado el entrenamiento en respiración y la práctica de oralización, organizando el discurso, previendo pausas y desenfocando al estudiante respecto a su activación fisiológica, mediante su aceptación. Es de esperarse que el desempeño en el examen mejore, cuando la oralización se entrena durante la preparación y se incrementa el acceso a estrategias de regulación emocional (Medrano et al., 2013).

Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela y conciencia de las limitaciones del estudio realizado. Como la intervención tiene múltiples componentes, la contribución parcial de cada uno a la promoción de los cambios podría estimarse mediante una estrategia de desmantelamiento del tratamiento (Kazdin, 2001). Esta consistiría en exponer a algunos participantes a intervenciones en las que solo se usen algunos de los componentes del programa (relajación y reestructuración cognitiva, o defusión y ensayo conductual) mientras que otros participen en el programa completo. Como en este caso no se optó por dicha estrategia y todos los participantes recibieron la misma intervención, la evidencia disponible solo permite formular algunas conjeturas al respecto.

Debe considerarse también que la intervención transcurrió en el marco de una experiencia grupal y esto agrega algunos factores potencialmente terapéuticos propios del grupo que pueden operar en interacción con las técnicas específicas que se implementaron (Vinogradov y Yalom, 1990). Para lograr mayor claridad sobre este punto se debería implementar la intervención en forma individual u otro programa grupal y comparar los resultados con las diferentes modalidades.

Otra perspectiva de análisis para comprender la variabilidad de los resultados se centró en los participantes, que en algunos casos lograron cambios pequeños y en otros más acentuados. Las ganancias terapéuticas, operacionalizadas como diferencias pre - post individuales en los puntajes de AE total y de las dos escalas de EEO fueron muy variables y se analizó si guardaban relación con alguna de las

características de los participantes.

Se encontraron relaciones moderadas entre los niveles de sintomatología ansiosa y de sensibilidad interpersonal evaluadas mediante el SCL-90 al inicio del tratamiento y el cambio en los niveles de AE. No resulta sorprendente ya que la ansiedad general y la sensibilidad interpersonal, son dos dimensiones del SCL 90 que están, a nivel teórico, estrechamente relacionadas (o incluso con cierto solapamiento) con la AE. Los participantes pueden haber encontrado en la intervención, una oportunidad para trabajar sobre procesos cognitivos y de comportamiento comunes a los tres grupos de síntomas.

También se encontraron correlaciones positivas entre los niveles iniciales de AE EEO-P y EEO-I y las diferencias pre - post en dichas escalas, lo que sugiere que los cambios mayores (> 1 entre los puntajes pre y post) los experimentaron quienes al inicio tenían los síntomas de mayor intensidad (entre el 45 y 60 % de la muestra, según la dimensión considerada), por lo que quienes al inicio tenían un cuadro más severo habrían obtenido la mayor ganancia. No puede descartarse un efecto de regresión a la media, común en los diseños experimentales de medidas repetidas cuando se trabaja con sujetos con puntajes extremos. Para disminuir estos sesgos relacionados con la composición de la muestra se podría usar un diseño experimental que incorpore el nivel inicial de los síntomas como un factor, para evaluar su interacción con el tratamiento, una estrategia similar a la desarrollada en el estudio de Serrano et al. (2016).

Por otro lado, los relatos de los participantes acerca de sus nuevas experiencias de evaluación fueron en términos generales congruentes con las diferencias pre-post y muestran que en algunos casos el aprovechamiento de los recursos en situaciones académicas fue significativo. En otros casos la mejoría fue leve, con síntomas de elevada intensidad persistentes y asociados eventos del contexto que afectaron sus planes y estado anímico. De las respuestas obtenidas se destaca que los recursos más intensamente empleados fueron la relajación mediante respiración, la reestructuración cognitiva y la reorganización de la estrategia de estudio que incluye el manejo del tiempo y la asignación de prioridades en función de lo que en cada asignatura es más relevante y la modalidad de examen oral requiere. Otras técnicas como la metáfora del autobús, la cascada o en ensayo conductual tuvieron menor uso y estuvo limitado a los encuentros grupales donde la guía para realizarlos estaba a cargo de los coordinadores. Podrían incorporarse en futuras experiencias algunos audios para facilitar la práctica guiada en el hogar y por otro lado intensificar la exposición oral durante los encuentros.

Otra limitación a considerar es que el cumplimiento de las tareas entre sesiones dependía de la responsabilidad de cada participante y no se evaluó en forma rigurosa. Solo algunos datos retrospectivos aportados en los cuestionarios de seguimiento permiten describir con qué técnicas la práctica fue más intensiva y a partir de ahí hacer conjeturas sobre su impacto en la sintomatología. En otras palabras, si bien el programa fue similar, la forma en que cada participante fue

apropiándose de los recursos trabajados puede haber sido sumamente variable y esto explicar las diferencias en la ganancia terapéutica.

En síntesis, puede afirmarse que el programa mantuvo sus efectos elevados sobre la AE y mejoró su impacto en las conductas de evitación en comparación con lo informado en algunos estudios previos en los que se evaluó la eficacia de intervenciones similares en sus bases teóricas, encuadre y aspectos técnicos (Furlan, 2013, Furlan et al., 2015). Resulta necesario revisar qué componentes específicos deberían intensificarse para disminuir también la interferencia cognitiva durante el examen.

Subsisten además las dificultades para prevenir la pérdida de participantes durante la intervención o entre ésta y los post-test, que en este caso superó el 50%. La duración del programa, cercana a los tres meses da un margen amplio para que ocurran eventos que modifiquen las prioridades en los participantes y en consecuencia abandonen la experiencia. También ocurre que los últimos encuentros suelen coincidir con semanas en las que los requerimientos académicos se incrementan y en forma correlativa el tiempo a destinar para su cumplimiento, creando un conflicto que lleva a los estudiantes a relegar alguna de las actividades. Finalmente, se debe considerar que en esta última fase de la intervención se realiza la exposición, mediante ensayo conductual de un examen simulado y esto puede ser generador de elevada ansiedad y, en consecuencia, una situación potencialmente evitada.

Podrían probarse intervenciones más breves, con menos componentes o mayor carga horaria por encuentro, pero estas alternativas tampoco están exentas de dificultades potenciales, ya que asimilar cada habilidad trabajada requiere tiempo y práctica.

Otra dificultad se relaciona con la incertidumbre sobre cuándo se podrán obtener datos del post test, ya que el momento en el que los participantes decidan volver a confrontarse con un examen oral puede presentar gran variabilidad y depende de elecciones personales y de características de la institución donde estudian. Es necesario esperar a que la situación ocurra y así poder evaluar su experiencia y estimar si hubo cambios respecto de las anteriores, planteando la necesidad de hacer un seguimiento de varios meses.

Considerando integralmente los hallazgos obtenidos y las limitaciones señaladas, puede afirmarse en consecuencia, que el programa propuesto resulta útil para el logro de los objetivos propuestos, al menos en el corto plazo. Se requieren seguimientos a largo plazo para verificar si las mejorías se mantienen. Por otro lado, se debe considerar que los participantes en su mayoría presentan síntomas comórbidos que indican la presencia de dificultades más profundas y generales, de las cuales la AE y ECEO pueden algunas expresiones más. Debe considerarse también la presencia de trastornos de la personalidad que intervengan como variables moderadoras del efecto de la intervención. No se han evaluado los indicadores compatibles con los mismos en forma sistemática, por lo que no debe descartarse su potencial incidencia. Particularmente, el trastorno evitativo de la personalidad

presenta una alta probabilidad de estar en comorbilidad con la AE y ECEO. En ese sentido, la intervención es una oportunidad para el aumento de la consciencia acerca de la propia vida emocional para los participantes, y si la valoran como provechosa para lograr un mayor entendimiento de sí mismos y algunos cambios favorables, puedan motivarse para continuar luego en otra experiencia psicoterapéutica.

Finalmente, debe seguirse investigando el aporte de sus componentes al proceso de cambio de modo de obtener intervenciones más breves, igualmente eficaces y más eficientes.

Referencias bibliográficas

- Arana, F. G. (2002). Fobia social como problema de alto perfeccionismo: estudio de caso aplicando un tratamiento cognitivo conductual. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3, 191-209.
- Arana, F. y Furlan, L. (2016). Groups of perfectionists, test anxiety, and pre-exam coping in Argentine students. *Personality and Individual Differences*, 90, 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.001>
- Badós, A. (2009). *Miedo a hablar en público: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Barcelona, España: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Buchwald, P. y Schwarzer, C. (2003). The exam-specific strategic approach to coping scale and interpersonal resources. *Anxiety, Stress & Coping*, 16(3), 281-291. <https://doi.org/10.1080/1061580031000095434>
- Caballo, V. (2009). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Cano, A. F. y Guerrero, I. M. (2009). *Críticas y alternativas a la significación estadística en el contraste de hipótesis*. Madrid, España: La Muralla.
- Cassady, J. C. (2004). The influence of cognitive test anxiety across the learning-testing cycle. *Learning and Instruction*, 14(6), 569-592. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2004.09.002>
- Casullo, M., y Fernández Liporace, M. (2001). Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes. *Psykhé*, 10(1), 155-162.
- Cuming, S., Rapee, R. M., Kemp, N., Abbott, M. J., Peters, L. y Gaston J. E. (2009). A self-report measure of subtle avoidance and safety behaviours relevant to social anxiety: Development and psychometric properties. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 879-883. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.05.002>
- Derogatis, L. (1994). SCL-90- R. *Adaptación castellana de la técnica*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. *Manual*. Minnesota. National Computer Systems.
- Elliot, A. J. (2008). Approach and Avoidance Motivation. En, A. J. Elliot (Ed), *Handbook of Approach and Avoidance Motivation* (pp. 4-11). Nueva York, NY: Psychology press. <https://bit.ly/2RXbtkm>
- Ergene, T. (2003). Effective interventions on test anxiety reduction: A meta-analysis. *School Psychology International*, 24, 313-328. <https://doi.org/10.1177%2F01430343030243004>
- Escalona, A. y Miguel-Tobal, J. J. (1996). La ansiedad ante los exámenes: evolución histórica y aportaciones prácticas para su tratamiento. *Ansiedad y Estrés*, 2(2-3), 195-209.
- Eum, K. y Rice, K. G. (2011). Test anxiety, perfectionism, goal orientation, and academic performance. *Anxiety Stress Coping*; 24: 167-178. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.488723>.
- Francisquelo, N. y Furlan, L. (2015). Ansiedad ante los exámenes y rasgos de personalidad en estudiantes universitarios. *Memorias VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, 133-137. Recuperado de: <http://jimemorias.psi.uba.ar/index.aspx?anio=2015>
- Furlan, L. (2013). Eficacia de una Intervención para Disminuir la Ansiedad frente a los Exámenes en Estudiantes Universitarios Argentinos. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 75-89. <http://dx.doi.org/10.15446/rcp>
- Furlan, L., Ferrero, M. J. y Gallart, G. (2014). Ansiedad frente a los exámenes, procrastinación y síntomas mentales en estudiantes de la Universidad Nacional de Córdoba. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 6(3) 31-39. <http://dx.doi.org/10.32348/1852.4206.v6.n3.8726>
- Furlan, L., Piemontesi, S., Heredia, D. y Sánchez-Rosas, J. (2015) Ansiedad frente a los Exámenes en estudiantes universitarios: Correlatos y Tratamiento. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 2(1). 37-53.

- Furlan, L. y Sánchez-Rosas, J. (2018). Evidencias de validez y confiabilidad de una Escala de Evitación Conductual en Exámenes Orales en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 24(2-3), 90-98. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.05.001>
- García Higuera, J. A. (2004). *Curso Terapéutico de Aceptación*. Madrid, España: Paradox.
- Gil-Flores, J. (2012). La evaluación del aprendizaje en la universidad según la experiencia de los estudiantes. *Estudios Sobre Educación*, 22, 133-153.
- Goetz, T., Cronjaeger, H., Frenzel, A. C., Ludtke, O. y Hall, N. C. (2010). Academic self-concept and emotion relations: Domain specificity and age effects. *Contemporary Educational Psychology*, 35, 44-58. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2009.10.001>
- Gutiérrez-Calvo, M. (1996). Ansiedad y Deterioro Cognitivo: Incidencia en el Rendimiento académico. *Revista Ansiedad y Estrés*, 2(2-3), 173-194.
- Hoddapp, V. (1991). Das Prüfungsängstlichkeitsinventar TAI-G: Eine erweiterte und modifizierte Version mit vier Komponenten [The Test Anxiety Inventory TAI-G: An expanded and modified version with four components]. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 5, 121-130.
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica*. México, México: Prentice Hall.
- Kim, E. J. (2005). The effect of the decreased safety behaviors on anxiety and negative thoughts in social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(1), 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2003.11.002>
- Laurin-Barantke, L., Hoyer, J., Fehm, L. y Knappe, S. (2016). Oral but not written test anxiety is related to social anxiety. *World Journal of Psychiatry*, 6(3), 351-357. <http://doi.org/10.5498/wjp.v6.i3.351>
- Macbeth, G., Razumiejczyk, E. y Ledesma, R. D. (2011). Cliff's Delta calculator: A non-parametric effect size program for two groups of observations. *Universitas Psychologica*, 10(2), 545-555.
- Medrano, L. (2012). *Prácticas en Salud Basadas en Evidencias*. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Medrano, L. y Moretti, L. (2013). Eficacia de un programa de entrenamiento para disminuir manifestaciones cognitivas de ansiedad ante los exámenes en ingresantes universitarios. *Informes Psicológicos*, 13(1) 41-52.
- Medrano, L. A., Moretti, L., Ortiz, Á. y Pereno, G. (2013). Validación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva en Universitarios de Córdoba, Argentina. *Psykhé*, 22(1), 83-96. <https://bit.ly/32aJwub>
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Navas, J. (1989). Ansiedad en la toma de exámenes: algunas explicaciones cognoscitivas - conductuales. *Revista Aprendizaje y Comportamiento*, 7(1), 21-41.
- Pekrun, R. y Perry, R. P. (2014). Control-value theory of achievement emotions. En R. Pekrun y L. Linnenbrink-Garcia (Eds.), *International Handbook of emotions in education* (pp. 120-141). Nueva York, NY: Taylor & Francis.
- Piemontesi, S. y Heredia, D. (2009). Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición. *Anales de Psicología*, 25(1), 102-111.
- Piemontesi, S., Heredia, D. y Furlan, L. (2009). Correlatos de la ansiedad ante los exámenes: una aproximación a la teoría de la reducción en la eficiencia. *Tesis*, 2, 74-86.
- Piemontesi, S., Heredia, D. y Furlan, L. (2012) Propiedades Psicométricas de la versión en español revisada del Inventario Alemán de Ansiedad ante Exámenes (GTAI-AR) en estudiantes argentinos. *Universitas Psychologica*, 11(1), 177-186. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy11-1.ppve>
- Ramos-Díaz, N, Recondo, O. y Enriquez, H. (2012) *Práctica de la Inteligencia Emocional Plena. Mindfulness para regular las emociones*. Barcelona, España: Kairos.
- Rapee, R. M. y Lim, L. (1992). Discrepancy between self and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 728-31. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.101.4.728>
- Rice, K. G. y Slaney, R. B. (2002). Clusters of perfectionists: Two studies of emotional adjustment and academic achievement. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35, 35-47.
- Ringeisen, T. y Buchwald, P. (2010). Test anxiety and positive and negative emotional states during an examination. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 14(4), 431-447.
- Serrano, I., Delgado, J. y Escolar, M. C. (2016). A stress inoculation program to cope with test anxiety: differential efficacy as a function of worry or emotionality. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 3-18. <https://dx.doi.org/10.12804/apl34.1.2016.01>
- Siegel, S. y Castellan, N. J. (1995). *Estadística no paramétrica, aplicada a las ciencias de la conducta* (4.ªEd.). México, México: Editorial Trillas.
- Sparfeldt, J. R., Rost, D. H., Baumeister, U. M. y Christ, O. (2013). Test anxiety in written and oral examinations. *Learning and Individual Differences* 24, 198-203. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2012.12.010>

- Valero, L. (1999). Evaluación de ansiedad ante exámenes: datos de aplicación y fiabilidad de un cuestionario CAEX. *Anales de Psicología*, 15(2), 223–231.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. D. (1990). Terapia de grupo. En R. Hales, S. Yudofsky y J. Talbott (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (2.ª Ed., pp. 1197-1231). Barcelona, España: Áncora.
- Yaryura, G., Sánchez-Rosas, J. y Furlan, L. (2016). Evitación de Exámenes Orales: Una aproximación hacia su comprensión desde la teoría control - valor de las emociones de logro. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica. Psiencia*. 9(2), 5-6. Recuperado de: <https://bit.ly/2xFMK10>
- Zeidner, M. (1998). *Test anxiety: The state of the art*. Nueva York, NY: Plenum Press.
- Zeidner, M. (2007). Test anxiety in educational contexts: Concepts, findings, and future directions. En P. A. Schutz y R. Pekrun (Eds.), *Emotion in education* (pp. 165–184). San Diego, CA: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-012372545-5/50011-3>
- Zimmerman, B., Bonner, S. y Kovach, R. (1996). *Developing self-regulated learners. Beyond achievement to self-efficacy*. Washington, DC: American Psychological Association.