

Formas de afrontamiento ineficaces en la adolescencia: a propósito de un caso de ansiedad ante los exámenes

Ineffective Coping in Adolescence: A Case Report of Test Anxiety

Susana Alonso Álvarez
Centro de Psicología Álava Reyes, España.

Resumen: En este trabajo se describe la evolución clínica de un caso de ansiedad ante los exámenes. En él se analiza la forma de afrontamiento del sujeto y sus factores de vulnerabilidad. La paciente de 17 años cursa 1º de bachillerato y desde hace unos años sufre ansiedad ante los estudios a pesar de obtener siempre buenos resultados. Su percepción de incapacidad y su autoexigencia la llevan a mantener una forma de afrontamiento ineficaz provocándole crisis de ansiedad. Mediante terapia cognitivo-conductual se muestra un cambio en su patrón de afrontamiento.

Palabras clave: ansiedad, estrés, afrontamiento, adolescencia, cognitivo-conductual.

Abstract: In this work the clinical outcome of a case of test anxiety is described. Both the subject coping strategies and the vulnerability factors are analyzed. The 17 year old patient is going through her first year of high school and for the last few years has suffered anxiety related to her studies despite the fact that she always gets good results. Her perception of her own incapacity together with self-imposed obligations have led her to maintain a highly ineffective coping style that is now causing her anxiety attacks. A cognitive behavioral therapy is bringing changes to her pattern of coping.

Keywords: anxiety, stress, coping, adolescence, cognitive-behavioral.

Uno de los temas más estudiados por diversos autores tanto teóricos como en la práctica clínica es el estrés. El estrés podría definirse como «la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar» (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43).

El estrés afecta cada vez a más personas, e interfiere en el desarrollo de su vida cotidiana e incluso en su salud (Aguado, 2005). Afecta tanto a adultos como a niños y adolescentes, observándose un incremento significativo durante las tres últimas décadas.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la autora al e-mail: sualonsoal@gmail.com

La literatura nos muestra que los escolares sometidos a estrés tienen un mayor número de consecuencias indeseables de carácter psicológico, siendo las más directas los cuadros de ansiedad, aunque también hay prevalencia de depresiones y problemas de aprendizaje. Además pueden sufrir afecciones debidas a la somatización del estrés, tales como quejas físicas, cefaleas, alteraciones cutáneas o gastrointestinales (Del Barrio, 2003). Los estilos de afrontamiento al estrés son la clave para resolver los problemas cotidianos. En este campo existen multitud de estudios en población adulta. Recientemente se ha incrementado el número de estudios en niños y adolescentes ya que muchas de las conductas de riesgo en adolescentes están directamente relacionadas con su incapacidad para afrontar sus preocupaciones (Steiner, Erickson, Hernández y Pavelski, 2002), así como el estrés al que se les somete debido a un sistema educativo cada vez más competitivo (González, 2005), ya que es a partir de la secundaria cuando los alumnos se enfrentan a un programa de estudios más amplio y exigente. A esto hay que añadirle los cambios biológicos, sociales y psicológicos que se desarrollan durante la etapa de la adolescencia.

Por lo tanto, un evento es estresante siempre y cuando la persona lo considere como tal (Lazarus y Folkman, 1986). Ante las situaciones a priori neutras, la evaluación primaria que identifique un evento como negativo pone en marcha un proceso denominado apreciación secundaria por el cual el individuo evalúa sus capacidades y recursos para afrontarlo. Estas capacidades pueden ser de carácter físico, social, psicológico o material. La valoración conjunta determinará el grado, la intensidad y la calidad de la respuesta emocional (Lazarus y Folkman, 1986). Es decir, si el individuo no cataloga la situación como amenazante o se ve con los recursos suficientes como para solucionarla, no habrá respuesta estresante. Por lo tanto la evaluación ajustada de las situaciones y nuestras propias habilidades es imprescindible para evitar la problemática asociada al estrés. En esto un estilo de afrontamiento eficiente es fundamental.

Frydenberg y Lewis (1990) basándose en los conceptos propuestos por Lazarus y colaboradores, elaboran una clasificación en tres estilos de afrontamiento. Los dos primeros estilos identificados: *resolver el problema* —que refleja la tendencia a abordar las dificultades de manera directa— y *afrontamiento en relación con los demás* —que implica compartir las preocupaciones con otros y buscar su apoyo— son considerados como funcionales. El último estilo identificado, al que denominan *afrontamiento improductivo*, resultaría disfuncional, ya que las estrategias que incluye no permitirían encontrar una solución a los problemas, orientándose más hacia la evitación. Este último se caracteriza por:

Preocuparse: temor por el futuro y preocupación por la felicidad futura.

Hacerse ilusiones: esperanza y anticipación de una salida positiva.

Reducción de la tensión: intentar sentirse mejor y relajar la tensión.

Ignorar el problema: rechazar conscientemente el problema.

Falta de afrontamiento: incapacidad para tratar el problema y desarrollo de síntomas psicósomáticos.

Autoinculparse: sentirse responsable de los problemas o preocupaciones.

Reservarlo para sí: huir de los demás e impedir que conozcan sus problemas.

Presentación del caso

Identificación del paciente

Paciente de 17 años que cursa 1º de bachillerato. Vive con sus padres y su hermano mayor que acaba de entrar en la universidad. El nivel sociocultural es medio-alto. Se muestran como una familia unida.

Motivo de consulta

La paciente acude a consulta acompañada de su madre debido a las crisis de ansiedad que sufre ante los exámenes y que le afectan a la hora de estudiar. Estas crisis se caracterizan por llantos, hiperventilación, sudoración, taquicardia y un nudo en la garganta. A tal punto han llegado las crisis que afectaban a la dinámica familiar siendo motivo de pelea entre los diferentes miembros de la familia.

Historia del problema

La paciente siempre se ha definido como una chica responsable. Se caracteriza por sacar buenas notas llegando a ser parte de su personalidad. No se considera alguien competitivo, pero no soporta la idea de que ciertas personas saquen más nota que ella, dado que atentaría contra la etiqueta de “la empollona/estudiosa” con la que se siente cómoda. En todo momento refiere que las buenas notas son debidas al estudio, no se considera especialmente inteligente. En el curso anterior ya refería ciertos síntomas de ansiedad. La problemática de base está en su alta responsabilidad, hiperexigencia, su baja percepción de autosuficiencia y un modelo de afrontamiento ineficaz. No es nada autorreforzante, todos sus logros son minimizados, en cambio los posibles fallos son debidos a que no se esfuerza lo suficiente.

En su casa han sido todos “brillantes”. Sus padres tienen estudios superiores y ejercen de ello. Su madre no parece un motivo de presión directa, nunca le ha exigido sacar buenas notas aunque en ocasiones ha realizado alguna comparativa con su hermano, cosa que afecta negativamente a la paciente. Su padre ejerce más presión directa, refiere que “Él nunca ha suspendido un examen” y tiende a ridiculizar las crisis de ansiedad que sufre su hija. Su hermano mayor ha obtenido también muy buenos resultados académicos siendo premio especial de su promoción de bachillerato y un hito para la historia de su colegio. En estos momentos está cursando estudios superiores.

A nivel social no tiene ninguna amiga íntima. Su grupo se reduce a unas pocas compañeras de clase con las que no interacciona más allá que en las horas de colegio. No tiene hobbies. Anteriormente practicaba deporte pero acabó abandonándolo ya que según refiere “le quita tiempo de estudio”. La única actividad más allá del colegio es una academia de idiomas.

Evaluación

En la sesión inicial se realizó una entrevista clínica. Primero se evaluó la visión de su madre acerca del problema. Ella refiere que la paciente tiene reacciones desmesuradas en referencia al tema de los estudios. Tras evaluar los perjuicios en la dinámica familiar se pasa a entrevistar a la paciente. Ella no difiere en la visión familiar y le añade las connotaciones personales del problema. A continuación se le solicita a la paciente un autorregistro sobre las situaciones que le provocaban la ansiedad, qué pensaba, sentía y hacía para ver la relación de sus pensamientos sobre sus emociones y conductas.

Resultados de los autorregistros:

Un ejemplo a modo de resumen de las situaciones más desestabilizadoras que ha registrado se puede ver en la tabla 1.

En el registro aparecen ciertas distorsiones cognitivas: Adivinación de pensamiento y de futuro, “*están todos estudiando para subir nota*”, “*los demás harán más que yo*”, “*no me va a dar tiempo a estudiarlo todo*”, “*se me va a acumular las materias*”; Dicotomías, “*no me acuerdo de nada de lo que he estudiado*”. También tiene un gran razonamiento emocional, ya que como siente que no se sabe el temario acaba teniendo la certeza de no saberlo, a pesar de las constantes evidencias empíricas que demuestran lo contrario. Además de pensamientos que reflejan su perfeccionismo: “*No estoy contenta porque son todos 9 y no hay ningún 10*”, lo que provoca la incompreensión por parte de sus compañeros y su sentimiento de soledad. Por otro lado aparece constantemente la autoexigencia mediante las formulaciones de obligación “*debería estudiar más*”.

En la parte conductual se denota un estilo de afrontamiento ineficaz, basado en autoinculparse y en esconderse de los demás.

Además se le pidió a la paciente que puntuase del 1-10 siendo 10 el máximo grado de ansiedad vivida y la frecuencia de las crisis. La media obtenida al principio del tratamiento fue de 8,5 en gravedad y una frecuencia de una crisis diaria.

Tabla 1

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
Me han dado resultados de los exámenes. Los resultados son buenos.	Siento que agobiarme no ha servido de nada y ha creado un horroroso ambiente injustamente en casa.	Vergüenza, rabia contra mí.	No hago nada.
No tengo exámenes (el no hacer nada me agobia).	Todo el mundo está estudiando para subir nota. No sé si yo debería hacerlo también.	Desánimo, confusión, agobio.	Intentar distraerme.
Me dan las notas.	No estoy contenta porque son todo 9 y no hay ningún 10. Parece egoísta pero no estoy orgullosa.	Confusión, rabia, insatisfacción.	Me voy al aseo para que no me vean pasarlo mal.
Con las notas en la mano hablando con mis compañeros.	No entienden mi “no satisfacción” con las notas, no entienden mi nivel de exigencia.	Soledad, rabia, incompreensión.	Intento poner mi mejor cara.
El domingo es mi cumpleaños. Tengo examen de Lengua el lunes.	Debo estudiar también Biología, y siendo mi cumpleaños no tendré tiempo de sentarme delante del libro. No me va a dar tiempo. El lunes tendré que hacer todo lo que no he hecho hoy. Los demás harán más que yo.	Me duele la barriga. Estoy agobiada, insegura.	Intento hablar con mi madre para que la celebración dure lo menos posible y tener tiempo para estudiar.
Por la tarde estudiando.	No me sé nada de biología.	Cansancio, agobio, enfado.	Lloro, intento tranquilizarme. Sigo estudiando.
Estudiando matemáticas.	No me dará tiempo a estudiar todos los exámenes, me va a pasar lo mismo.	Cansancio, dolor de cabeza, angustia.	Consigo no llorar, pero estoy nerviosa. Sigo estudiando.

Análisis Funcional

Dado que tiene muy reforzados ciertos comportamientos vamos a analizarlos por separado para luego hacer el análisis conjunto.

La hiperresponsabilidad, la autoexigencia y el perfeccionismo han sido aprendidos por modelado de su hermano. La paciente refiere frases del tipo “no puedo ser la hermana tonta”. Además se ven reforzados de forma positiva por su entorno mediante halagos y reconocimientos a nivel social. Se ha mantenido tanto en el tiempo que se ha convertido en la norma, lo que provoca que se obligue a ser una alumna brillante y sin embargo no reciba tanto refuerzo del exterior, pasando a una motivación intrínseca. Se ha fusionado también con su personalidad, parte definitoria de si misma con lo cual no esforzarse al máximo sería equivalente a “dejar de ser ella misma”.

Mediante un estilo de afrontamiento improductivo, basado en autoinculparse, conlleva una necesidad de

control elevada, lo que a su vez provoca que ante un acontecimiento que no pueda controlar al 100% se desaten pensamientos catastrofistas que conducen a los ataques de ansiedad, como se explica en la figura 1.

Figura 1



En el momento actual no recibe reforzadores externos producto de sus resultados académicos lo que la lleva a sentir frustración. Entiende que sus padres se enfaden debido a las crisis que sufre y en vista de las calificaciones obtenidas más adelante, pero considera que ella hace un gran esfuerzo para conseguir los resultados.

Tratamiento

La intervención para reducir el número de crisis y minimizar los efectos de las mismas se realizó mediante la terapia cognitivo-conductual, basada principalmente en técnicas de relajación, parada de pensamiento y reestructuración cognitiva. El tratamiento tuvo una duración de seis meses y se aplicó en sesiones de una hora sin frecuencia fija.

Objetivos

- Explicación del análisis funcional a la paciente.
- Manejo de la ansiedad: Al comienzo se busca no tanto reducir la ansiedad como saber manejarla.
- Reducir niveles de autoexigencia, perfeccionismo e hiperresponsabilidad.
- Reemplazar las distorsiones cognitivas por pensamientos más ajustados.
- Emplear un estilo de afrontamiento más eficiente.

Intervención con la paciente

El primer paso tras la evaluación y la alianza terapéutica es explicar a la paciente sobre el origen y las causas de su problemática, dándole una visión positiva por la cual, mediante el trabajo conjunto, podría manejar las situaciones estresantes.

En las primeras sesiones se entrenó a la paciente en técnicas de relajación, concretamente respiración diafragmática, relajación muscular progresiva de Jacobson e implosión. En cuanto se sintió con herramientas para hacer frente a la sintomatología ansiógena de las crisis, a pesar de mantener su frecuencia se redujeron en intensidad.

Para trabajar las distorsiones se empezó por psicoeducación, para entender los mecanismos que provocaban sus ataques. Con el fin de evitar las crisis se entrenó en parada de pensamiento y autoinstrucciones.

En cuanto a la autoexigencia, hiperresponsabilidad y perfeccionismo se empleó reestructuración cognitiva, poniendo en duda los axiomas de base pero fundamentalmente sus obligaciones autoimpuestas.

Para finalizar el tratamiento se trabajó los estilos de afrontamiento de forma explícita. Al haber adquirido recursos y ajustado pensamientos, ya era capaz de ejecutar un estilo de afrontamiento eficaz.

Resultados tras la intervención

Estamos ante una paciente con gran motivación al cambio por lo que su evolución fue muy positiva. Al comienzo del tratamiento las crisis de ansiedad fueron más moderadas aunque seguían siendo recurrentes (se redujeron dos puntos de gravedad, de 8,5 a 6,5). Tras la intervención a nivel cognitivo se redujeron considerablemente su frecuencia, apareciendo inicialmente de forma diaria a pasar a aparecer de forma eventual.

Actualmente sigue en consulta aunque el tratamiento está dirigido a la resolución de otros conflictos ajenos a sus crisis de ansiedad.

Discusión

El sólido aval científico de la terapia cognitivo-conductual para las patologías derivadas de la ansiedad hace que sea la terapia adecuada para este caso.

Fantin, Florentino y Correché (2005) describen que los jóvenes con un estilo de afrontamiento improductivo suelen desconfiar de sus capacidades provocando sentimientos de inseguridad. Los jóvenes, en contextos de logro, tratan de demostrar que son competentes y evitar lo contrario (Nicolls, 1989). Aunque los jóvenes con un estilo de afrontamiento no evitativo cuando se encuentran en un contexto de logro pueden experimentar síntomas de estrés de igual forma (Massone y González, 2007). En el caso que nos acontece se muestra claramente que a pesar que la estrategia de afrontamiento de la paciente no es la evitación, le provoca de igual manera situaciones estresantes llegando al punto de sufrir crisis de ansiedad.

En lo referente al género, los estudios no parecen concluyentes. Los hay que no encuentran diferencias significativas entre varones y mujeres (Williams y Mc.Gillicuddy-De Lisi, 2000), otros sin embargo indican que sí las observan (Fantin et al., 2005; Wolters, Yu y Pintrich, 1996, entre otros), aunque sus resultados en algunos

de ellos favorecen a los hombres y en otros a las mujeres. Fantin y colaboradores (2005) encontraron, en un estudio con adolescentes argentinos, diferencias significativas en las estrategias preferentemente utilizadas por las mujeres, quienes tienden a buscar apoyo social, concentrarse en resolver sus problemas, preocuparse y buscar apoyo espiritual cuando tienen dificultades. En el caso de la paciente, la falta de apoyo social provoca que no emplee el tipo de afrontamiento social.

Conclusión

Dada la prevalencia de los trastornos de ansiedad es importante estudiar los factores de riesgo para poder prevenirlos. Los estilos de afrontamiento son un factor clave. Un estilo eficaz previene de distintas patologías asociadas tanto psicológicas como físicas. A pesar de que los casos de ansiedad suelen tener buenos resultados creo que sería conveniente atajar los problemas mediante el entrenamiento de habilidades de manejo del estrés.

Referencias

- Aguado, L. (2005). *Emoción, afecto y motivación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Del Barrio, V. G. (2003). Estrés y salud. En Q. J. Ortigosa, S. M. Quiles y C. F. Méndez (eds.), *Manual de Psicología de la Salud con Niños, Adolescentes y Familia* (pp. 47-69). Madrid: Pirámide.
- Fantin, M. B., Florentino, M. T. y Correché, M. S. (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis. *Fundamentos en Humanidades*, 6 (11), 163-180.
- Frydenberg, E. y Lewis, E. (1990). Boys play sport and girls turn to others: age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of adolescence*, 16, 253-266.
- González, F. A. (2005). *Motivación académica. Teoría, aplicación y evaluación*. Madrid: Pirámide.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Massone, A. y González, G. (2007). Estrategias de afrontamiento (Coping) y su relación con el logro académico en matemática y lengua en adolescentes de noveno año de educación general básica. *OEI-Revista Iberoamericana de Educación*. Disponible en <http://www.rieoei.org/deloslectores/378Massone.PDF>
- Steiner, H., Erickson, S. J., Hernández, N. L. y Pavelski, R. (2002). Coping Styles as Correlates of Health in High School Students. *Journal of Adolescent Health*, 30, 326-335.
- Williams, K. y McGillicuddy-De Lisi, A. (2000). Coping Strategies in Adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20, 537-549.
- Wolters, C. A., Yu, S. L. y Pintrich, P. R. (1996). The relation between goal orientation and students' motivational beliefs and self-regulated learning. *Learning and Individual Differences*, 8, 211-238.

Manuscrito recibido: 10/05/2015

Revisión recibida: 09/06/2015

Manuscrito aceptado: 11/06/2015