

Furlan, Luis Alberto^{a*}, Ferrero, María José^a y Gallart, Gabriela^a

Artículo Original

Resumen

La ansiedad ante los exámenes (AE) y la procrastinación académica (PCT-A) son motivos de consulta frecuentemente asociados con otros síntomas mentales. Para estimar con mayor precisión estas co-morbidades, 219 estudiantes de la Universidad Nacional de Córdoba, completaron inventarios de sintomatología mental, AE y PCT-A. Un análisis multivariado de varianza con grupos de 1) elevadas AE y PCT-A ($n=75$), 2) elevada AE y baja PCT-A ($n=40$), 3) elevada PCT-A y baja AE ($n=38$) y 4) bajas AE y PCT-A ($n=66$); arrojó diferencias en tres escalas sintomáticas (negatividad – baja autoestima, tensión – irritabilidad – indecisión, suspicacia – alucinaciones) entre los cuatro grupos. El grupo 1 obtuvo puntajes superiores a los de los otros grupos en las tres escalas. No hubo diferencias significativas entre los grupos 2 y 3. El grupo 4 presentó los menores puntajes pero con diferencias de poca significación respecto de los grupos 2 y 3. Se discuten las implicancias para el diagnóstico y tratamiento de ambas condiciones.

Palabras claves:

Ansiedad frente a los Exámenes; Procrastinación; Síntomas Mentales; Co-morbilidad.

Recibido el 27 de Agosto de 2014; Recibido la revisión el 31 de Octubre de 2014; Aceptado el 19 de Noviembre de 2014.

Abstract

Test Anxiety, Procrastination and Mental Symptoms in University Students. Test anxiety (TA) and academic procrastination (AP), are motives of consulting frequently associated with another mental symptoms. To estimate more accurately this comorbidity, 219 students of the National University of Cordoba, completed inventories of mental symptoms, TA and AP. A multivariate analysis of variance with groups of 1) Highly TA and AP ($n=75$), 2) highly TA and low AP ($n=40$), 3) low TA and highly AP ($n=38$) and 4) low TA and AP ($n=66$) showed differences between the three symptomatic scales (negativeness - low self esteem; tension, irritability – indecision and suspicacy – alucination) between the four groups. Group 1 obtained higher scores to the other groups in the scales. Non significant differences were found between groups 2 and 3. Group 4 showed lower scores to group 2 and 3 but the differences were of little significance. Implications to diagnosis and treatment of both conditions are discussed.

Key Words:

Test Anxiety, Procrastination, Mental Symptoms, Comorbidity

Tabla de Contenido

Introducción	31
Método	34
Participantes	34
Instrumentos	34
Procedimiento	35
Resultados	35
Discusión	36
Agradecimientos	38
Referencias	38

1. Introducción

Los estudiantes universitarios deben afrontar de manera adecuada los diferentes desafíos que se les presentan durante la carrera. Para lograr sus metas académicas requieren desarrollar las competencias que les permitan estudiar en forma profunda y reflexiva tomar notas en clase, formular preguntas a docentes y compañeros, leer textos

comprensivamente, elaborar síntesis, resolver ejercicios prácticos, redactar informes y monografías y prepararse para las evaluaciones (Furlan, Heredia, Piemontesi & Tuckman, 2012; Zimmerman, Bonner & Kovach, 1996).

Cumplimentar estas actividades requiere un trabajo adicional, cuya adecuada planificación,

^a Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa (LEPE), Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba (UNC)

*Enviar correspondencia a: Furlan, L. A. E-mail: furlan@psyche.unc.edu.ar

implementación, monitoreo y regulación incidirá en el logro de las metas académicas. La gestión de tiempos y esfuerzos es una de las facetas más importantes del proceso de autorregulación del estudio. No se trata solo de elaborar planes y estrategias de trabajo u organizar una agenda, sino también de procurar el cumplimiento de lo planeado, evaluar su implementación y realizar los ajustes necesarios. En diferentes situaciones, cuando existen discrepancias o desequilibrios entre los planes y las acciones efectivamente implementadas, emerge la preocupación, como una señal que viene a anticipar potenciales dificultades derivadas del cumplimiento deficitario o parcial de lo previsto. Moderados niveles de ansiedad pueden facilitar el rendimiento bajo ciertas circunstancias, ya que la preocupación ejerce un efecto motivador para el uso de estrategias auxiliares que incrementan la disponibilidad de recursos cognitivos para la tarea que se está realizando (Gutiérrez Calvo, 1996; Piemontesi & Heredia, 2011).

Las situaciones evaluativas tienen la capacidad de promover la activación de las respuestas emocionales de ansiedad, ya que en las mismas están presentes dos características subjetivamente relevantes. Por un lado existe la posibilidad de lograr una meta de desempeño académico o no alcanzar a hacerlo; y por otro, suele existir un elevado nivel de incertidumbre sobre los requerimientos específicos que la misma planteará.

La ansiedad ante los exámenes (en adelante AE), es una reacción emocional que las personas presentan ante situaciones en las que sus aptitudes son evaluadas, siendo su característica central la preocupación por el posible fracaso o mal rendimiento en sus tareas y posibles consecuencias aversivas para la autoestima, minusvalía social y pérdida de algún beneficio esperado (Gutiérrez Calvo & Avero, 1995; Zeidner, 2007).

La AE presenta diferentes manifestaciones cognitivas, fisiológicas y conductuales (Navas, 1989; Zeidner, 2007). Las primeras incluyen pensamientos obsesivos, negativos e irrelevantes junto con los sentimientos de inadecuación e inferioridad, por ejemplo "no llegaré a estudiar todo", "no soy capaz"; y anticipación de consecuencias negativas de su rendimiento, con expresiones tales como "reprobaré el examen", "no podré terminar mis estudios". Por otro lado también aparece una preocupación

excesiva por la ejecución, pérdida de concentración y se desatienden aspectos importantes de la realización del examen.

A nivel fisiológico suelen aparecer perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar el sueño o hipersomnia), en la alimentación (falta de apetito o comer en exceso), dolores de estómago, dolores de cabeza, náuseas, diarrea, opresión en el pecho, aceleración cardíaca, respiración entrecortada, sequedad en la boca, sudoración, tensión muscular entre otras alteraciones de las funciones fisiológicas normales.

A nivel comportamental, la sintomatología puede expresarse en forma de conductas inadecuadas como pasar horas viendo televisión, durmiendo o dejando pasar el tiempo frente a los libros, abusar de sustancias y otros comportamientos autodestructivos. Puede ocurrir que el estudiante, por el malestar que le genera el estímulo ansioso, lo evite, es decir, no se presente al examen. También pueden aparecer perturbaciones en la conducta motora (temblor en la voz, repeticiones, bloqueos que imposibiliten continuar el relato) y en la conducta no verbal (tics, temblor en las manos, etc.).

La AE se vuelve un problema clínicamente significativo cuando el malestar psicológico del estudiante derivado de su estado emocional ya se torna excesivo y recurrente; dificulta el adecuado desempeño en las evaluaciones y da lugar a conductas reiteradas de evitación de los exámenes, aun habiendo cumplimentado una preparación previa medianamente satisfactoria (Furlan, 2013). De acuerdo a un estudio recientemente realizado en estudiantes la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina (UNC), su prevalencia en niveles de significación clínica, se aproxima al 10% (Furlan, Pérez, Moyano & Cassady, 2011).

Un patrón de comportamiento que frecuentemente se asocia con elevados niveles de AE es la procrastinación académica (Furlan, et al, 2012). Este término (*en adelante PCT-A*) describe la intención de hacer una tarea y una falta de diligencia ya sea para empezarla, desarrollarla o finalizarla, cuyo proceso generalmente se acompaña de sentimientos de nerviosismo o inquietud y abatimiento (Ferrari, Johnson & Mc Cown, 1995; Steel, 2004). Se diferencia de la postergación estratégica, en tanto esta consiste en aplazar una tarea con el fin de darle prioridad a otra más productiva en ese momento y que no

constituye un perjuicio para la persona (Ellis & Knaus, 1977).

La PCT-A no alude entonces necesariamente a la falta de finalización de las tareas académicas, sino a la experiencia de demorarlas, que conduce en algunos casos a no terminarlas y en otros a hacerlo con un intenso grado de estrés. No se le ha prestado considerable atención en la investigación clínica ya que sus consecuencias se observan principalmente a largo plazo. La PCT-A genera dificultades en el estudio, la carrera profesional y la vida personal. En la sociedad industrial moderna el tiempo y la puntualidad se consideran valores importantes y quienes procrastinan suelen pagar un alto costo por hacerlo. Habitualmente sufren estrés psicológico en sus esfuerzos frenéticos para cumplir con los plazos inminentes y experimentan el dolor asociado al fracaso y las críticas que sobrevienen cuando no logran hacerlo. (Bustanza, Cerna, García, Morales & Ferrari, 2005).

De acuerdo a un trabajo reciente (Furlan, et al, 2012) la PCT-A es bastante común entre los estudiantes y se expresa en comportamientos tales como esperar hasta el último minuto para redactar informes o demorar el inicio de la preparación para los exámenes, creando las condiciones propicias para que un rendimiento óptimo se convierta en algo poco probable (Ellis & Knaus, 1977). El problema de la PCT-A se viene investigando desde hace cuatro décadas. Respecto de su prevalencia en estudiantes de grado, Solomon & Rothblum (1984) encontraron una tasa del 46% que procrastinaron el plazo para la escritura de documentos, un 27,6% el estudiar para los exámenes, y el 30,1% las tareas de lectura semanal.

En la literatura especializada en la temática se consignan también sus principales correlatos (Furlan, et al, 2012). Balkis & Duru (2009), en un trabajo de revisión, informaron relaciones negativas entre la PCT-A y el rendimiento académico (Beswick, Rothblum & Mann, 1988; Fritzsche, Young & Hickson, 2003; Tuckman, 2002), la responsabilidad (Johnson & Bloom, 1995; Schouwenburg & Lay, 1995), y la autoeficacia general (Haycock, McCarthy & Skay, 1998). También se encontraron estudios en los que la PCT-A se relacionó en forma positiva con la impuntualidad y dificultad en seguir instrucciones (Lay, 1986; Rothblum, Salomon & Murakami, 1986) el perfeccionismo (Saddler & Sacks, 1993), y el neuroticismo (Beswick, & Rothblum Mann, 1988;

Johnson & Bloom, 1995; Schouwenburg & Lay, 1995).

Cuando la AE y la PCT coexisten durante algunos meses, los estudiantes acumulan materias cursadas sin rendir los exámenes finales, generando una demora considerable en el avance efectivo de su carrera, que de no revertirse adecuadamente, va a incrementar la probabilidad de que surjan otros malestares psicológicos (Furlan, 2013).

Al respecto, estudios previos informaron la presencia de co-morbilidades en la AE. Beidel & Turner (1988), evaluaron la incidencia de otros miedos o trastornos de ansiedad en niños de escuela primaria con elevada AE. Estos presentaron mayor cantidad de miedos en variadas situaciones, preocupaciones relativas a su popularidad, competencia física y desempeño académico, pensamientos negativos y distrés, que los niños que obtuvieron un puntaje bajo en AE; y además el 60% de los niños cumplió con los criterios del DSM III para algún trastorno de ansiedad. Posteriormente, Beidel (1994), comparó la co-morbilidad entre AE y otros trastornos de ansiedad entre niños blancos y afroamericanos de edad escolar. El estudio mostró una co-morbilidad significativa para ambos grupos, con una mayor prevalencia de fobia social en los niños afroamericanos y presencia de síntomas fisiológicos en los niños blancos.

Otro estudio conducido por King, Mietz, Tinney & Ollendick (1995) informó la presencia de elevados niveles de temor, ansiedad, depresión e indefensión en un grupo de escolares con AE severa. También se verificó que estos estudiantes presentaban patrones de procesamiento de información disfuncionales (pensamientos negativos o no relacionados con la tarea) en una situación evaluativa. Para los autores, la elevada AE sería un marcador de afecto negativo y sensibilidad para diferentes desórdenes ansiosos y de estado anímico, incluso para la ideación suicida. Estos desordenes, denominados internalizantes, se asocian a pensamientos disfuncionales, la atención autocentrada, y auto verbalizaciones negativas.

Si bien se ha establecido que entre los estudiantes universitarios la prevalencia de la elevada AE es importante, no se ha prestado aun suficiente atención al estudio de los síntomas que la acompañan. Al respecto se dispone de algunos pocos estudios.

Una investigación realizada en la UNC (Márquez, Monasterolo & Nieto Peñafort, 2008), evaluó los rasgos de personalidad que subyacen en sujetos con

fobia a los exámenes, conceptualizada por las autoras, como subtipo de fobia social. Se informó que el grupo con fobia a los exámenes presentó puntuaciones significativamente superiores a las de una muestra no clínica en las escalas Esquizoide y Esquizotípica, Fóbica, Distimia, Depresión Mayor y Pensamiento Psicóticos.

En otra investigación conducida por Fishel (2007), se analizaron contenidos cognitivos comunes y diferenciales entre la AE y la Depresión en estudiantes universitarias. Se conformaron cuatro grupos en base a la presencia o ausencia de cada una de las condiciones y se evaluó la presencia de cogniciones positivas y negativas específicas para cada trastorno y la razón entre ambas (un indicador de funcionalidad/disfuncionalidad). Las jóvenes con ambas condiciones presentaron los mayores grados de disfuncionalidad con predominio de cogniciones negativas. Por otro lado, se corroboró un predominio relativo de cogniciones específicas para cada condición, lo que indicó que más allá de compartir un núcleo de procesamiento disfuncional (que explicaría su comorbilidad), la AE y la Depresión tienen contenidos cognitivos propios que permiten diferenciarlas.

La delimitación de la AE como un trastorno específico es aun controversial, ya que si bien algunos autores han considerado la AE como una forma de fobia social circunscripta (Arana, 2002), otros las diferencian pero señalan que, con frecuencia, son comórbidas o presentan características comunes (Hall, 2005; Sandín, 1997). También, la sintomatología de elevada AE a veces se ha situado en una categoría más amplia como el Trastorno de Ansiedad Generalizada (Grandis, 2009) o enmarcada en una patología de base como el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Lancha & Carrasco, 2003).

Con respecto a las co-morbilidades de la PCT, Balkis y Duru (2009) citan entre sus correlatos a las manifestaciones de tensión, falta de energía, irritabilidad y perfeccionismo, una visión negativa de sí mismo, sentimientos de inferioridad y la dificultad para tomar decisiones. También se ha asociado a depresión (Sadller & Sacks, 1993), débil autoestima y ansiedad (Ferrari, 1991) e insuficiente motivación (Senecal, Koestner & Vallerand, 1995).

Recientemente, en el Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa (LEPE) de la UNC, implementó una intervención orientada a disminuir la AE y la PCT,

y se constató que además de la presencia de indicadores propios de cada una de estas variables, el 70% de los participantes presentaron también síntomas de otros trastornos clínicos y de la personalidad, como los trastornos adaptativos, mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo; obsesivo-compulsivo; fobia específica, tipo situacional, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y baja autoestima (Furlan, 2013). Las evidencias recabadas en dicho estudio y los hallazgos consignados en las publicaciones previamente referidas, aportan de manera convergente a los fines de situar tanto a la AE como a la PCT-A como motivos de consulta con una alta probabilidad de presentar diversos síntomas asociados, lo que plantearía desafíos tanto para el diagnóstico como para la planificación de estrategias de abordaje en psicoterapia y orientación.

Mediante el presente estudio, se pretendió analizar más exhaustivamente las co-morbilidades de los síntomas mentales, con la AE y la PCT en una población de estudiantes de la UNC. De acuerdo a los antecedentes encontrados, se hipotetizó que los estudiantes con puntajes elevados en AE y PCT presentarían mayor frecuencia de síntomas mentales en las escalas correspondientes a trastornos de ansiedad (tensión, irritabilidad, falta de energía) y del estado de ánimo (negatividad, indecisión) en comparación con sus pares que posean solo una de estas condiciones y con aquellos de bajas PCT y AE.

2. Método

2.1. Participantes

Se conformó una muestra no probabilística de tipo accidental con 219 estudiantes (60% Femenino y 40% Masculino) de entre 18 y 51 años ($M=24$ $DS=5$) de diferentes carreras de la Universidad Nacional de Córdoba (Psicología y Ciencias Sociales 21,8%; Ciencias de la Salud 18,3%; Ciencias Económicas 16,9%; Ingenierías y Ciencias Básicas 10,8% Arquitectura y Artes 9,7%, Abogacía 8,2% y otras 14,3%).

2.2. Instrumentos

Ansiedad frente a los Exámenes. Se utilizó la Escala Cognitiva de AE (S – CTAS, Furlan, Cassady & Pérez, 2009). Es un autoinforme de 16 ítems que evalúan manifestaciones cognitivas de AE. (Ejemplo de ítem: “Cuando en un examen estoy presionado por responder, mi mente se pone en blanco”) con cuatro

alternativas de respuesta tipo likert que va desde 1- nada frecuente en mí a 4- muy frecuente en mí. La S-CTAS posee una estructura unidimensional respaldada en evidencias obtenidas mediante Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio, y adecuada consistencia interna ($\alpha=.88$).

Procrastinación Académica. Se empleó la adaptación argentina de la *Tuckman Procrastination Scale* (A-TPS, Furlan, et al, 2012), un autoinforme de 15 ítems que evalúan la tendencia a postergar acciones necesarias para el logro de una meta en el ámbito académico (Ejemplo de ítem "Pospongo el comenzar con cosas que no me gusta hacer"); con cinco alternativas de respuesta tipo likert que indican la frecuencia con que se realiza cada conducta y que van desde 1 - nunca hasta 5 - siempre. La A-TPS posee una estructura unidimensional respaldada en evidencias obtenidas mediante Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio, y adecuada consistencia interna ($\alpha=.87$).

Síntomas Mentales. Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología Mental (CESIM, Burijovich, 1993). Es un autoinforme compuesto por 45 ítems que describen síntomas de diversos trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, alucinaciones visuales y auditivas, suspicacia, descontrol de los impulsos, etc. Se recomienda su uso con fines epidemiológicos considerando un índice general de sintomatología mental resultante de la sumatoria de sus ítems. En este estudio se empleó una escala de respuestas tipo Likert de 1 - nunca, a 5 - siempre indicando la frecuencia con la que se experimentaron los síntomas en el último mes. Considerando el hecho de que el CESIM presenta evidencias controversiales sobre su estructura interna, por el elevado número de síntomas incluidos y que corresponden a síndromes clínicos muy diversos y a que en el presente estudio, se buscaban establecer comorbilidades de la AE y la PCT-A diferenciando en la medida de lo posible algunos grupos de síntomas en función de su pertenencia a un espectro común, se analizó la estructura interna del CESIM en la misma muestra empleada para el estudio general. De acuerdo a un análisis factorial exploratorio (mínimos cuadrados no ponderados y rotación varimax) se identificaron tres factores subyacentes que explicaron un 37,8 % de la varianza. El primero se denominó "tensión - irritabilidad - falta energía" (13 ítems $\alpha=.83$) que incluye manifestaciones de estados de ansiedad y

estrés, el segundo "negatividad - indecisión" (9 ítems $\alpha=.84$) comprende síntomas característicos de trastornos del estado anímico y el último "ideación paranoide - alucinaciones" (13 ítems, $\alpha=.80$) refiere a síntomas frecuentes en algunos trastornos de la personalidad y experiencias de tipo psicótica. Si bien los síntomas de este último factor no han sido reportados en la literatura como asociados a la AE y la PCT-A, se consideró propicia la oportunidad para explorar empíricamente dicha relación.

2.2. Procedimiento

Se empleó un diseño ex post facto prospectivo de un único grupo (Montero y León, 2007). Los cuestionarios se completaron previo consentimiento informado y con carácter anónimo. La administración fue realizada por los autores del estudio, en momentos en que los alumnos esperaban para iniciar una clase o al finalizarla, en sus respectivas unidades académicas.

Para el análisis de los datos, primero se estimaron las medianas para los puntajes totales obtenidos en la S-CTAS y la A-TPS en la muestra estudiada, y con esos valores se conformaron cuatro grupos: 1) elevadas AE y PCT-A ($n=75$), 2) elevada AE y baja PCT-A ($n=40$), 3) elevada PCT-A y baja AE ($n=38$) y 4) bajas AE y PCT-A ($n=66$). Luego, para evaluar la existencia de diferencias entre los cuatro grupos en las escalas de síntomas mentales se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA) con los puntajes de las tres escalas de síntomas (negatividad - baja autoestima, tensión - irritabilidad - indecisión, suspicacia - alucinaciones) como variables dependientes. Se eligió este análisis porque las tres escalas de síntomas presentan correlaciones moderadas a altas ($r=.575$ a $r=.631$) entre sí. Adicionalmente, para evaluar los efectos principales significativos se realizó la prueba de contrastes *post-hoc* de Bonferroni y para la estimación del tamaño del efecto de las diferencias en las comparaciones multivariantes se utilizó el estadístico eta al cuadrado parcial (η^2p).

3. Resultados

El análisis multivariante de varianza permitió constatar diferencias globales entre los cuatro grupos sobre las tres escalas de síntomas (Traza de Pillai $F=8,194$; $p<.001$); con un tamaño del efecto pequeño ($\eta^2p=.10$) según los criterios de Cohen (1992).

Luego se analizaron los efectos específicos en cada una de las escalas (ver [Tabla 1](#)). Se pudieron

constatar diferencias significativas y efectos pequeños entre los cuatro grupos en las escalas de Irritabilidad – Tensión ($F= 22,47$ $p < ,001$; $\eta^2p= ,24$), Negatividad ($F= 16,44$ $p < ,001$ $\eta^2p= ,19$) y Susplicacia ($F= 20,33$ $p < ,001$; $\eta^2p= ,22$).

Tabla 1.

Medias y desviaciones estándar y MANOVA para las tres escalas de síntomas mentales.

Síntomas Mentales	Grupos contrastados				F	P	gl	η^2p
	1	2	3	4				
F 1	37,25 (7,19)	32,38 (7,26)	31,24 (7,98)	27,53 (6,25)	22,473	,000	3,218	.239
F 2	18,13 (6,39)	14,17 (4,34)	14,76 (3,62)	12,52 (3,61)	16,439	,000	3,218	.187
F 3	28,38 (7,38)	23,25 (6,61)	23,39 (6,36)	20,18 (4,57)	20,331	,000	3,218	.221

Nota: Grupos 1 = AE + PCT-A+; 2= AE+ PCT-A-; 3 = AE – PCT-A+ y 4 = AE- PCT-A-. Síntomas mentales: F1 "tensión - irritabilidad – falta energía" F 2 "negatividad – indecisión" y F 3 "ideación paranoide – alucinaciones". N=219; F= razón f; p = nivel de significación; gl = grados de libertad η^2p = eta parcial al cuadrado

Los estudiantes con elevadas PCT-A y AE (grupo 1) obtuvieron los puntajes más elevados en las tres escalas de síntomas y los de bajas PCT-A y AE (grupo 4), los menores y de acuerdo a los contrastes post hoc de Bonferroni (ver [Tabla 2](#)) las diferencias entre ambos grupos fueron amplias y en todos los casos significativas ($p < ,001$). El grupo 1 también presentó puntajes significativamente superiores a los grupos 2

y 3 en las tres escalas de síntomas.

Entre los grupos 2 y 3 no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las escalas de síntomas.

Finalmente, el grupo 4 (bajas AE y PCT-A) obtuvo puntajes inferiores a los grupos 2 y 3 pero solo alcanzaron significación en la escala de irritabilidad – tensión y respecto del grupo 2.

Tabla 2.

Pruebas post – hoc de Bonferroni. Diferencias entre las medias y niveles de significación

Síntomas Mentales	Grupos contrastados					
	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
F1	6,02 ($p < ,001$)	4,88 ($p < ,001$)	9,72 ($p < ,001$)	-1,14 ($p 1,00$)	4,84 ($p < ,001$)	3,71 ($p, 065$)
F2	3,37 ($p < ,001$)	3,96 ($p < ,001$)	5,62 ($p < ,001$)	.59 ($p 1,00$)	1,66 ($p .562$)	2,25 ($p,146$)
F3	4,99 ($p < ,001$)	5,13 ($p < ,001$)	8,20 ($p < ,001$)	.14 ($p 1,00$)	3,31 ($p,080$)	3,06 ($p,098$)

4. Discusión

Los hallazgos obtenidos en el presente trabajo permiten afirmar que los estudiantes con elevadas AE y PCT-A tienen una probabilidad mayor de presentar otros síntomas mentales y físicos que aquellos con una sola de estas condiciones. Esta diferencia es más notable, cuando se comparan con los de bajas AE y PCT-A. En ese sentido, podrían considerarse tanto la AE como la PCT-A, como indicadores de una vulnerabilidad básica para presentar síntomas mentales enmarcados dentro de los desórdenes ansiosos, del estado de ánimo y de la personalidad;

en los que la imagen negativa de si mismo y las modalidades disfuncionales de procesamiento de la información, juegan un papel relevante. Estos hallazgos son congruentes con lo informado por [Moyano \(2010\)](#) respecto de la mayor presencia de pensamientos automáticos negativos en estudiantes con elevada AE, particularmente aquellos relacionados a la visión negativa de sí mismo. La correspondencia entre alta AE, alta PCT-A y mayor sintomatología resultaba esperable para las escalas de manifestaciones de tensión, ansiedad, falta de energía, irritabilidad y perfeccionismo (factor 1) y la que evalúa la visión negativa de si mismo,

sentimientos de inferioridad y la dificultad para tomar decisiones (factor 2). Lo que resultó llamativo, es que también presentarían mayores puntajes en el factor 3 (Ideación paranoide, suspicacia, alucinaciones). De la revisión de antecedentes no se desprendían elementos para hipotetizar una relación entre AE, PCT-A y esta clase de síntomas. Probablemente esto se deba a que en esta escala obtenida mediante el análisis factorial, se agruparon ítems diversos. Algunos de dichos ítems, se relacionan con la suspicacia y la percepción de amenazas como "Descubro doble sentido o amenazas encubiertas en lo que la gente dice o hace", "Cosas que otros no toman a mal a mí me provoca bronca", "Pienso que hay personas que para que me vaya mal me ponen obstáculos"; que suelen aparecer de el discurso de personas con elevada ansiedad social que tienen una marcada sensibilidad a la crítica. Otros ítems describen experiencias más propios de estados cuasi-alucinatorios "Suelo escuchar cosas que otros no escuchan" "Me sucede que sonidos que escucho creo que son voces" o "Me sucede que objetos o formas que veo creo que son personas" ítems asociados a la percepción de peligros o amenazas y una actividad cognitiva exacerbada típica también en los cuadros de ansiedad generalizada. Un tercer grupo de ítems indican desorientación "Me pasa que no sé en qué día ni en qué mes estoy", "Salgo a hacer algo y después no me acuerdo qué era" o hiperactivación cognitiva "Me aparecen muchas ideas a la vez y no puedo ponerme a pensar ni fijar la atención en ninguna de ellas" que indican dificultades en el funcionamiento de la atención y la memoria que los estudiantes con elevada AE suelen reportar.

La fuerte presencia de síntomas mentales asociados a la AE y la PCT-A plantea algunos desafíos para los programas de intervención focalizados en estas dificultades específicas. En primer lugar, en la entrevista de admisión será necesario evaluar más exhaustivamente la intensidad y frecuencia de dichos síntomas y el nivel de malestar subjetivo que producen, a fin de indicar farmacoterapia o psicoterapia adicional. En algunos casos, puede ser más indicado un abordaje individual más flexible y prolongado que un programa grupal estructurado y de tres meses, como el que se implementó en la UNC (Furlan, 2013). Si bien las experiencias grupales suponen una serie de beneficios derivados de la interacción con los pares, el apoyo social y el

aprendizaje por modelado, al tener un protocolo común y focalizado en la temática específica, el margen para abordar la sintomatología asociada es acotado. A veces, se requiere intervenir primero sobre alguno de los síntomas comórbidos (por ejemplo estado de ánimo deprimido o ansiedad social elevada) para crear condiciones más favorables a la reversión de la procrastinación o la elevada ansiedad en situaciones de evaluación. En ese sentido, un abordaje individual presenta mayor flexibilidad.

Por otro lado, el trabajo psicoterapéutico sobre los procesos subyacentes a la AE y a la PCT-A, supone enfoques y procedimientos focalizados en técnicas de afrontamiento y terapias centradas en la resolución de problemas que también son aplicables a buena parte de los otros síntomas. Por esta razón puede esperarse una mejoría en los mismos a través del trabajo sobre la AE y la PCT-A. En entrevistas de seguimiento realizadas a participantes del programa de intervención, se encontraron referencias a mejorías en el estado anímico general, una visión más positiva de sí mismos y disminución de las dificultades en la vinculación interpersonal (Ferrero, Gallart & Furlan, 2013).

Por último, es necesario que al evaluar la eficacia de un programa de intervención, se analicen los efectos que la presencia de síntomas comórbidos puede tener en sus indicadores de eficacia, generalmente diferencias pre-post en puntuaciones de AE y PCT-A. Esto permitiría comprender mejor el papel que los síntomas asociados cumplen en el proceso de reversión de la dificultad principal y de este modo, explicar las diferencias en el grado de mejoría observado.

Resulta necesario desarrollar intervenciones eficaces y con apoyo en evidencias para este tipo de dificultades académicas, ya que su cronificación produce demoras considerables en el egreso, abandono de carreras y elevado malestar psicológico, tanto a los estudiantes como a los entornos familiares que los sostienen. Por ello, la producción de nuevo conocimiento en el ámbito local resulta relevante, ya que es insumo para el diseño y revisión crítica de las intervenciones.

Entre las limitaciones de este estudio pueden señalarse, las derivadas del uso de autoinformes de síntomas, que si bien permiten recabar datos en poblaciones numerosas con menor esfuerzo, son menos sensibles para arribar a una evaluación

integrada que una entrevista clínica semiestructurada. Además, el cuestionario CESIM presenta una estructura interna que aun requiere mayor esclarecimiento, por lo que estos resultados deben interpretarse en forma preliminar.

Agradecimientos

Trabajo realizado en el marco de un proyecto de investigación bi-anual subsidiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNC

Referencias

- 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.
- Balkis, M., & Duru, E. (2009). Prevalence of academic procrastination behavior among pre-service teachers, and its relationship with demographics and individual preferences. *Journal of Theories and Practices in Education*, 5(1), 18–22.
- Beidel, DC. (1994). Test Anxiety and Childhood Anxiety Disorders in African American and White School Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 2, 169-179. USA: Elsevier Science Ltd.
- Beidel, DC y Turner, SM. (1988). Comorbidity of test anxiety and other anxiety disorders in children. *Journal of abnormal child psychology*, 16, 3, 275-287. Pittsburgh, Pennsylvania: Springer Netherlands.
- Beswick, G., Rothblum, E. D., & Mann, L. (1988). Psychological antecedents of student procrastination. *Australian Psychologist*, 23, 207-217.
- Burijovich, J. (1993). *Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología Mental (CESIM)*. Córdoba: Dirección General de Salud Mental de la Provincia de Córdoba.
- Bustanza, Cerna, García, Morales y Ferrari, (2005). Evaluación de la confiabilidad y la estructura factorial de tres escalas de procrastinación crónica. *Revista de Psicología de la PUCP*, Vol XXIII, 1.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Ellis, A., & Knaus, W. J. (1977). *Overcoming procrastination*. New York: Institute for Rational Living.
- Ferrari, J. R. (1991). Self-handicapping by procrastinators: Protecting self-esteem, social-esteem, or both? *Journal of Research in Personality*, 25, 245-261.
- Ferrari, J.R., Johnson, J.L., & Mc Cown, W.G. (1995). *Procrastination and Task Avoidance*. New York, N.Y: Plenum Press.
- Ferrero, M., Gallart, G. & Furlan, L. Indicadores cualitativos de cambio en participantes de un programa para disminuir la ansiedad frente a los exámenes. Resumen para el XIV Reunión Nacional y III Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento. Córdoba 21, al 23 de Agosto (2013)
- Fishel, M.N. (2007) Cognitive Content Specificity of Test Anxiety and Depression in College Women. Dissertation Presented to the Faculty of the Graduate School of The University of Texas at Austin in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. Recuperado el 26 de Marzo de 2013, de <https://www.lib.utexas.edu/etd/d/2007/fishelm89989/fishelm89989.pdf>
- Fritzsche, B. A., Young, B. R., & Hickson, K. C. (2003). Individual differences in academic procrastination tendency and writing success. *Personality and Individual Differences*, 35, 1549-1557.
- Furlan, L. (2013). Eficacia de una Intervención para disminuir la Ansiedad frente a los Exámenes en Estudiantes Universitarios Argentinos. *Revista Colombiana de Psicología*, 2, (1). 75–89.
- Furlan, L.; Cassady, J.C. & Pérez, E. (2009). Adapting the Cognitive Test Anxiety Scale for use with Argentinean University Students. *International Journal of Testing*. 9 (1): 3-19.
- Furlan, L.; Pérez, E.; Moyano, M. & Cassady, J.C. (2011). Propiedades psicométricas y estandarización de la Escala de Ansiedad Cognitiva frente a los Exámenes a la población universitaria argentina. *Evaluar*, 10, 22-31.
- Furlan, L.; Heredia, D.; Piemontesi, S. & Tuckman, B.W: (2012). Análisis factorial confirmatorio de la adaptación argentina de la escala de procrastinación de Tuckman (ATPS). *Perspectivas en Psicología*, 9, 142-149.
- Grandis, A. (2009) Evaluación de la ansiedad frente a los exámenes universitarios. Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.
- Gutiérrez, M. (1996). Ansiedad y Deterioro Cognitivo: Incidencia en el Rendimiento académico. *Revista Ansiedad y Estrés* 2(2-3), 173–194.
- Gutiérrez, M., & Averó, P. (1995). Ansiedad, estrategias auxiliares y comprensión lectora: déficit de procesamiento vs falta de confianza. *Psicothema*, 7(3), 569–578.
- Hall, T.S. (2005) Is test anxiety a form of specific social phobia? Thesis submitted to the Faculty of the Graduate School of the University of Maryland, College Park, in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts.
- Haycock, L. A., McCarthy, P., & Skay, C. L. (1998). Procrastination in college students: The role of self-efficacy and anxiety. *Journal of Counseling and Development*, 76, 317-324.
- Johnson, J. L., & Bloom, A. M. (1995). An analysis of the contribution of the five factors of personality to

- variance in academic procrastination. *Personality and Individual Differences*, 18, 127-133.
- King, N.J.; Mietz, A.; Tinney, L. & Ollendick, T. (1995) Psychopathology and Cognition in Adolescents Experiencing Severe Test Anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(1) 49-54.
- Lancha, C y Carrasco, MA. (2003). Intervención en Ansiedad a los Exámenes, Obsesiones y Compulsiones contenidas en un Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad. *Acción Psicológica*, 2, (2), 173-190.
- Lay, C.H. (1986). At last, my research article on procrastination. *Journal of Research in Personality*, 20, 474-495.
- Márquez, M.; Monasterolo, V. & Nieto Peñafort, L. (2008). Evaluación de rasgos de personalidad que subyacen en sujetos con fobia a los exámenes. Tesina de Licenciatura. Inédita. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Montero I. y León O. G. (2007) A guide for naming research studies in psychology. [Guía para nombrar estudios de investigación en psicología] *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, (3), 847-862.
- Moyano, M. (2010). *Ansiedad ante los Exámenes, Pensamientos Automáticos Negativos y Perfeccionismo en Estudiantes de la UNC*. Tesina de Licenciatura. Inédita. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Navas, J. (1989). Ansiedad en la toma de exámenes: algunas explicaciones cognoscitivas-conductuales. *Revista Aprendizaje y Comportamiento*, 7(1), 21-41.
- Piemontesi, S. & Heredia, D. (2011) Relaciones entre la ansiedad frente a los exámenes, estrategias de afrontamiento, autoeficacia para el aprendizaje autorregulado y rendimiento académico. *Tesis 1*. 74-86
- Riveros, M.; Hernández, H. & Rivera, J. (2007) Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*. Facultad de Psicología. UNMSM.
- Rothblum, E.D., Solomon, L.J. & Murakami, J. (1986). Affective, cognitive and behavioural differences between high and low procrastinators. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 387-394.
- Saddler, C. D., & Sacks. L.A. (1993) Multidimensional perfectionism and academic procrastination: Relationships with depression in university students. *Psychological Reports*, 73, 863-871.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Schouwenburg, H. C., & Lay, C. H. (1995). Trait procrastination and the Big Five factors of personality. *Personality and Individual Differences*, 18, 481-490.
- Senécal, C., Koestner, R., & Vallerand, R. J. (1995). Self-regulation and academic procrastination. *Journal of Social Psychology*, 135(1), 607-619.
- Solomon, L.J. y Rothblum, E.D. (1984). Academic Procrastination: Frequency and Cognitive-behavioural Correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31: 504-510.
- Steel, P. (2004). The nature of procrastination: A meta analytic study, retrieved July 12, 2005, from http://www.ucalgary.ca/mg/research/media/2003_07.pdf.
- Tuckman, B.W. (2002). *Academic procrastinator: Their rationalizations and web-course performance*. APA Symposium.
- Zeidner, M. (1998). *Test anxiety: the state of the art*. New York and London: Plenum Press.
- Zeidner, M. (2007). Test anxiety in educational contexts: Concepts, findings, and future directions. In P. A. Schutz, & R. Pekrun (Eds.), *Emotion in education*, (pp.165 184). Boston: Elsevier Academic Press
- Zimmerman, B., Bonner, S. & Kovach, R. (1996). *Developing self-regulated learners. Beyond achievement to self-efficacy*. American Psychological Association: Washington.