

## Efectos de una intervención cognitivo conductual en estudiantes universitarios con sintomatología ansiosa y depresiva

### Effects of a cognitive-behavioral intervention on anxiety and depression symptoms in university students

Raquel García Flores

Instituto Tecnológico de Sonora, Departamento de Psicología

Elia Rebeca Vázquez López

Instituto Tecnológico de Sonora, Departamento de Psicología

Guadalupe de la Paz Ross Arguelles

Instituto Tecnológico de Sonora, Departamento de Psicología

Claudia García Hernández

Instituto Tecnológico de Sonora, Departamento de Psicología

Santa Magdalena Mercado Ibarra

Instituto Tecnológico de Sonora, Departamento de Psicología

Christian Oswaldo Acosta Quiroz

Instituto Tecnológico de Sonora, Departamento de Psicología

El **objetivo** del presente estudio fue evaluar los efectos de una intervención cognitivo-conductual individual sobre síntomas de depresión y ansiedad en alumnos universitarios en México. **Participaron** 55 alumnos que contestaron los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck. Se obtuvo como **resultado** que el 35% de los estudiantes experimentaba una sintomatología depresiva en un nivel moderado y un 3% se ubica como grave. Se observó una mayor intensidad de la sintomatología ansiosa con un 25% en un nivel grave. Finalizaron el tratamiento cognitivo conductual 17 alumnos. Con la prueba de Wilcoxon se encontraron diferencias estadísticamente significativas pre-postratamiento ya que en todos los casos existió una reducción de la sintomatología ansiosa ( $p = .001$ ) y en 14 casos una reducción significativa de la sintomatología depresiva ( $p = .01$ ). También se presentan datos que apoyan la significancia clínica del estudio. **Conclusión:** Se confirma la importancia de evaluar y tratar los síntomas de depresión y ansiedad para prevenir problemas de conducta en los jóvenes.

*Palabras claves:* depresión, ansiedad, terapia cognitivo conductual, estudiantes universitarios.

The **purpose** of this study was to evaluate the effects of an individual cognitive-behavioral intervention on depression and anxiety symptoms in undergraduate students of a Mexican university. **Participants** and **measurement.** Depression and Anxiety Beck Inventory was completed by 55 students. As a result 35% of the students were experiencing depressive symptoms in a moderate level, 3% were located as severe, and 25% presented severe anxiety symptoms. Seventeen students completed the cognitive-behavioral treatment. **Results.** Wilcoxon test found statistically significant differences pretest-posttest. In all cases there was a reduction of anxiety symptoms ( $p = .001$ ) and 14 cases showed a significant reduction in depressive symptoms ( $p = .01$ ). The study also presents data supporting the clinical significance of the study. **Conclusion.** It confirms the importance of assessing and treating symptoms of depression and anxiety to prevent behavioral problems in young people.

*Keywords:* depression, anxiety, cognitive-behavioral therapy, college students.

La depresión y la ansiedad son de los trastornos psicológicos más frecuentes en la población. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2002) se estima que el 4.8% de la población en México sufre de depresión. La depresión es definida como una alteración específica en el estado de ánimo: tristeza, soledad, apatía, autoconcepto negativo, deseos autopunitivos, cambios vegetativos y cambios en nivel de actividad (Beck y Alford, 2009).

Raquel García Flores: Diseño y aplicación de la intervención, redacción del informe. Elia Rebeca Vázquez López: Aplicación de la intervención. Guadalupe de la Paz Ross Arguelles, Claudia García Hernández y Santa Magdalena Mercado Ibarra: Revisión de expedientes, revisión de la literatura de investigación y redacción del manuscrito. Christian Oswaldo Acosta Quiroz: Análisis estadístico de los datos. Raquel García Flores. Instituto Tecnológico de Sonora, Departamento de Psicología. 5 de Febrero No. 818 Sur, C.P. 85000. Correo electrónico: raquel.garcia@itson.edu.mx Teléfono: 644 4 10 09 00 ext. 2320.

La ansiedad puede definirse como un sistema complejo de respuestas que se activan al anticipar eventos altamente aversivos percibidos como impredecibles e incontrolables y que son considerados como una amenaza potencial para los intereses vitales de una persona (Clark y Beck, 2010). Los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en México con una prevalencia del 14.3% seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos con un 9.1% (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar-Gaxiola, 2003).

De acuerdo con esta encuesta, los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1%, alguna vez en la vida, respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, la

dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia).

Las personas atribuyen una mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los problemas físicos (Wagner, González-Forzeza, Sánchez-García, García-Peña y Gallo, 2012). De aquí la importancia de identificar su presencia y brindar tratamiento psicológico. Llama la atención el hecho de que al menos el 50% de los casos presentan síntomas depresivos antes de los 21 años. Se han realizado estudios de prevalencia de ansiedad y depresión en población universitaria y se han encontrado tasas muy elevadas para ambos trastornos. En el caso de la ansiedad se encontró que el 47% sufría de este trastorno y el 56% padecía depresión, siendo el sexo femenino el más afectado (Balanza, Morales y Guerrero, 2009). En esto coincide un estudio realizado por Robles, Espinosa, Padilla, Álvarez y Páez (2008) en el que se pudo constatar la prevalencia de 3.9% de ansiedad social en estudiantes universitarios. Y en relación a la depresión Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2004) identificaron la presencia de síntomas depresivos en el 30% de estudiantes universitarios.

Estudios psicosociales en jóvenes estudiantes señalan la importancia de la depresión como una condición que se relaciona con diversas conductas problemáticas que preocupan por su tendencia consistente al aumento y cada vez a edades más tempranas, tales como uso de drogas, violencia, sexo desprotegido, autolesiones y el suicidio. Por tal motivo deben considerarse estrategias preventivas que incluyan componentes para el tratamiento de la depresión para atender y prevenir las conductas problemáticas con una visión integral y más eficiente (Wagner, González-Forzeza, Sánchez-García, García-Peña y Gallo, 2012). De igual forma destaca el impacto de la ansiedad en la presencia de conductas de riesgo para los jóvenes (Norberg, Norton, Olivier y Zvolensky, 2010).

Se han realizado estudios que corroboran el impacto negativo de la depresión y ansiedad en el rendimiento académico en jóvenes universitarios (Hernández-Pozo, Coronado, Araújo y Cerezo, 2008; Piemontesi, Heredia, Furlan, Sánchez-Rosas y Martínez, 2012; Rojas, Ruggero y Serrano, 2013). Las intervenciones cognitivo conductuales han demostrado efectos positivos en población universitaria (Crăciun y Holdevicib, 2013; Velayudhan, Gayatrivedi y Bhattacharjee, 2010; Arco, López, Heilborn y Fernández, 2005; Schiraldi y Brown, 2001).

Los objetivos del presente estudio fueron realizar un análisis descriptivo de las características que poseen los estudiantes que acuden a un servicio de apoyo psicológico universitario y evaluar los efectos de una intervención cognitivo conductual para disminuir sintomatología ansiosa y depresiva.

## Método

### Participantes

Participaron 125 alumnos de diferentes programas educativos de una institución de educación superior del estado de Sonora, México del mes de Agosto de 2012 al mes de marzo de 2013.

### Medición

Los instrumentos que se utilizaron fueron: Solicitud de Tratamiento, Inventario de Depresión de Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998) y el Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001). La solicitud de tratamiento incluye datos sociodemográficos y motivo de consulta. El Inventario de Depresión de Beck se diseñó para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo. El instru-

mento es autoaplicable y consta de 21 reactivos, cada uno con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual elevada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo 1 punto, el tercero 2 puntos y el último 3 puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma. Los datos de la estandarización del inventario en México muestran una consistencia interna de 0.78, además el instrumento demostró contar con adecuada validez de constructo y discriminante.

El Inventario de Ansiedad de Beck evalúa la intensidad de sintomatología ansiosa presente en un individuo y es un instrumento autoaplicable que consta de 21 preguntas que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales que evalúan. Estas categorías corresponden a los síntomas que generalmente se incluyen para hacer el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad. La evaluación de la severidad de los síntomas se hace mediante una escala de 0 a 3 puntos, en donde 0 indica la ausencia del síntoma, y el 3 su severidad máxima. Los estudios de las propiedades psicométricas de su versión en español sugieren que se trata de una medida con alta consistencia interna y validez de constructo, divergente y convergente adecuadas.

### Procedimiento

Los alumnos inscritos recibieron correos electrónicos en agosto de 2012 informando de la existencia del programa en el cual se proporcionaba atención psicológica gratuita. Los alumnos interesados acudieron al servicio por propia voluntad y llenaban una solicitud de tratamiento. Posteriormente se les citó para una entrevista y evaluación para decidir si se les podía atender o canalizar a otro servicio. Dependiendo de la necesidad del alumno se tomaba la decisión respecto a los instrumentos de evaluación. De los 125 alumnos atendidos se aplicaron los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck en 55 alumnos. El resto fue evaluado con otros instrumentos o ya no acudían a la sesión de evaluación.

De los estudiantes atendidos 17 concluyeron la evaluación después de recibir una intervención cognitivo conductual individual. Dos psicólogas proporcionaron la intervención cognitivo conductual, una de ellas con grado doctoral y con amplia experiencia en terapia cognitivo conductual que supervisaba los casos de su colega. La intervención tuvo una duración que variaba de 5 a 25 sesiones según las necesidades de cada estudiante. La intervención incluyó la psicoeducación del modelo cognitivo conductual, entrenamiento en el modelo de solución de problemas, entrenamiento en relajación y reestructuración cognitiva de Beck (Areán, 2000; Beck, 2000 y Amutio, 1998).

### Resultados

De los 125 alumnos que se interesaron en obtener el apoyo psicológico el 76% eran del sexo femenino y el 24% eran del sexo masculino. El 73% de los estudiantes atendidos se ubica en el rango de los 20 a los 22 años. En referencia a los programas educativos con mayor cantidad de alumnos que buscan el apoyo psicológico son tres: Licenciatura en Psicología, Licenciatura en Educación Infantil y Profesional Asociado en Desarrollo Infantil. El resto de las Licenciaturas (10 en total) concentra el 40% de los casos y de Ingenierías el 27%. En relación a los motivos de consulta el estrés relacionado con el control emocional y toma de decisiones se ubica como el más frecuente con un 47%. El 35% de los estudiantes está experimentando una sintomatología depresiva en un nivel moderado y un 3% se ubica como Grave.

Se observó una mayor intensidad de la sintomatología ansiosa con un 25% en un nivel Grave y el 31% en un nivel Moderado.

Posterior a la evaluación se canalizó a los estudiantes o bien se ofreció el tratamiento psicológico que se finalizó en 17 alumnos (16 mujeres y 1 hombre). Los estudiantes atendidos provenían de diferentes programas educativos: 12 de Psicología, 2 de Ingeniería, 1 de la licenciatura en Ciencias Ambientales y 2 de Contabilidad. Solo uno de los estudiantes pertenecía al primer semestre y el resto se encontraba estudiando semestres más avanzados. La edad mínima fue de 18 años y la máxima de 29 años con una media de 22 años y una desviación estándar de 2.8 años. El número de sesiones impartidas variaron según el caso de 5 a 25 teniendo una media de 10 sesiones y una desviación estándar de 6.

Tomando en cuenta que los inventarios presentan un nivel de medición ordinal y que el número de participantes es reducido se realizó un análisis no paramétrico con la prueba de Wilcoxon encontrándose diferencias estadísticamente significativas señalando que en todos los casos existió una reducción de la sintomatología ansiosa ( $p=.000$ ) y en 14 casos una reducción significativa de la sintomatología depresiva ( $p=.003$ ).

El cambio clínico significativo se refiere al valor práctico y/o aplicado de los efectos de una intervención sobre la conducta del paciente. El objetivo es averiguar si la intervención es responsable del cambio real en la calidad de vida de la persona y quienes conviven con él (Kazdin, 2000). Existen diferentes métodos para evaluar la significancia clínica (Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza & Ayala, 2002). Uno de los criterios para evaluarlo es el cambio clínico objetivo (Cardiel, 1994) que consiste en obtener la diferencia entre la puntuación de post test y pre test dividida entre el pre test. Se asume que un cambio es clínicamente significativo cuando es mayor a 20%. Los cambios pueden indicar un deterioro o una mejoría clínica dependiendo del sentido de los datos. Por ejemplo, en la escala de depresión se espera que los puntajes disminuyan en el post test para afirmar que existe una mejoría clínica. Esta fórmula ha sido utilizada en diversos estudios sobre significancia clínica (Barrón-Rivera, Torreblanca-Roldán, Sánchez-Casanova & Martínez-Beltrán, 1998; Riveros, Cortázar, Alcázar & Sán-

chez-Sosa, 2005). En el caso de la sintomatología depresiva 13 pacientes tuvieron un porcentaje mayor al 20% de cambio positivo, es decir, mejoraron clínicamente (ver Figura 1). Sin embargo tres pacientes mostraron un incremento de los síntomas depresivos ya que decidió terminar su relación de pareja y esto le estaba afectando. Los otros dos casos presentaban situaciones familiares inesperadas que provocaron este incremento y los pacientes abandonaron el tratamiento.

En el caso de la sintomatología ansiosa todos los pacientes presentaron una mejoría clínicamente significativa (ver Figura 2).

Por otra parte también se tomó en cuenta los cambios en los niveles de ansiedad y depresión que experimentaron los alumnos. Por ejemplo se puede observar en la Figura 1 que 13 alumnos presentaron una disminución clínicamente significativa ya que presentaron en un menor nivel la frecuencia de síntomas depresivos: 11 presentaron un cambio de Moderado y Grave a Mínimo y uno cambió de Grave a Moderado.

Se puede observar en la Figura 2 que 11 alumnos disminuyeron la intensidad de los síntomas de un nivel Grave, Moderado y Leve a Mínimo lo que indica que el 65% de los estudiantes atendidos presentaron una disminución importante de la sintomatología ansiosa.

Se realizó un registro de frecuencia de respuesta en cada reactivo que contestaron los pacientes antes y después de la intervención para averiguar cómo se habían modificado cada uno de sus síntomas. En la Tabla 1 se puede observar que los reactivos que presentaron más cambios positivos en el Inventario de Depresión de Beck al finalizar la intervención. En primer lugar está la percepción de la pérdida del placer, que al inicio solo 4 pacientes reportaron sentirse satisfechos y al finalizar 13 pacientes indicaron satisfacción, es decir, 9 pacientes mejoraron en este síntoma. De igual manera en los reactivos que se refieren a la irritabilidad al inicio solo 5 indicaron no sentirse más irritables que antes y esta cifra se incrementó a 14 al finalizar la intervención. Al final se incluye el reactivo que evalúa ideación suicida en el que tres pacientes reportaron tener esta intención y al finalizar el tratamiento no hay pacientes que refieran el deseo de suicidarse.

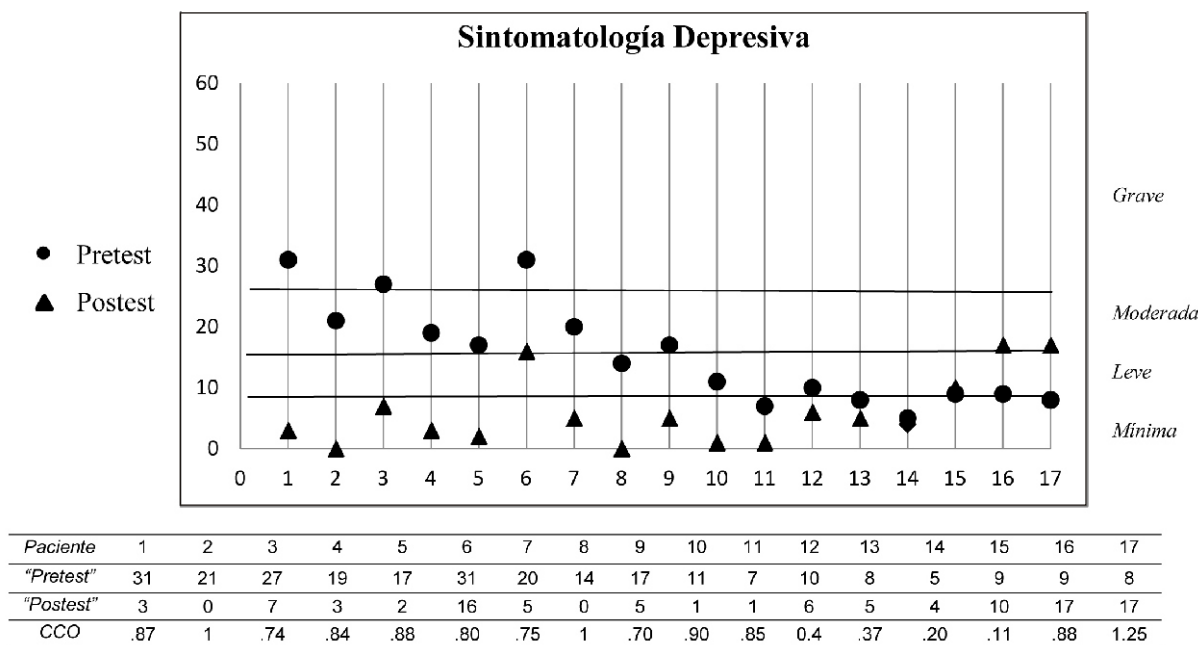


Figura 1. Puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck antes y después de la intervención.

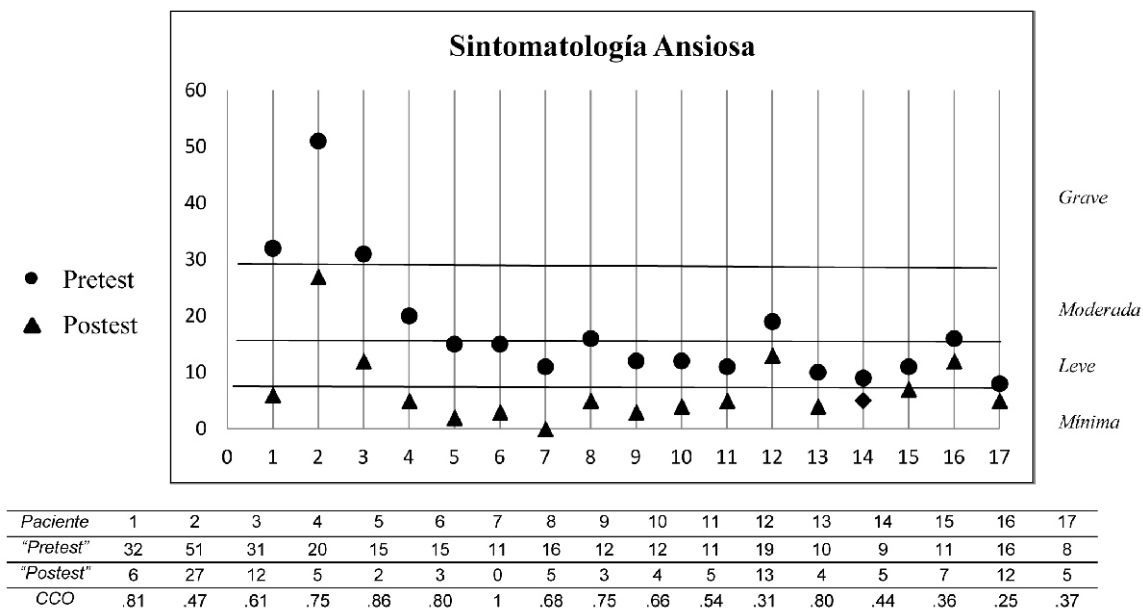


Figura 2. Puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad de Beck antes y después de la intervención.

Tabla 1.

Frecuencia de respuesta en cada una de las opciones de reactivo del Inventario de Depresión de Beck.

Reactivos IDB		Pre	Post
<b>Pérdida de placer</b>	Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo	4	13
	Yo no disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo	12	4
	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	1	0
<b>Irritabilidad</b>	Yo no estoy más irritable de lo que solía estar	5	14
	Me enojo o irrito más fácilmente que antes	8	3
	Me siento irritado todo el tiempo	4	0
<b>Desilusionado de uno mismo</b>	Yo no me siento desilusionado de mi mismo	7	14
	Estoy desilusionado de mi mismo	7	1
	Estoy disgustado conmigo mismo	3	2
<b>Auto crítica</b>	Yo no siento que sea peor que otras personas	4	12
	Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores	10	3
	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	1	1
	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede	2	1
<b>Pérdida de interés</b>	Yo no he perdido el interés en la gente	7	13
	Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar	8	4
	He perdido en gran medida el interés en la gente	2	0
<b>Descos suicidas</b>	Yo no tengo pensamientos suicidas	11	15
	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	3	2
	Me gustaría suicidarme	3	0

En cuanto a los reactivos del Inventario de Ansiedad de Beck se observa en la Tabla 2 que en el reactivo que indica el miedo a perder el control 5 estudiantes señalan que no presentan ese síntoma y al finalizar 13 estudiantes reportan no presentarlo, es decir 8 pacientes mejo-

raron en este aspecto. De igual forma los síntomas de ansiedad manifestados como susto, sensación de mareo, miedo a que pase lo peor, opresión en el pecho, inseguridad y terror.

Tabla 2.

*Frecuencia de respuesta en cada una de las opciones de reactivo del Inventario de Ansiedad de Beck.*

	Reactivos IAB	Pre	Post
<b>Miedo a perder el control</b>	Poco o nada	5	13
	Más o menos	7	3
	Moderadamente	4	1
	Severamente	1	0
<b>Asustado</b>	Poco o nada	8	15
	Más o menos	5	1
	Moderadamente	3	1
	Severamente	1	0
<b>Sensación de mareo</b>	Poco o nada	7	14
	Más o menos	5	3
	Moderadamente	2	0
	Severamente	3	0
<b>Miedo a que pase lo peor</b>	Poco o nada	4	10
	Más o menos	7	7
	Moderadamente	4	0
	Severamente	2	0
<b>Opresión en el pecho</b>	Poco o nada	6	12
	Más o menos	7	4
	Moderadamente	2	1
	Severamente	2	0
<b>Inseguridad</b>	Poco o nada	2	8
	Más o menos	4	7
	Moderadamente	6	2
	Severamente	5	0
<b>Terror</b>	Poco o nada	10	16
	Más o menos	3	1
	Moderadamente	3	0
	Severamente	1	0

## Discusión

Después de revisar los resultados obtenidos en las evaluaciones se puede constatar que la mayor parte de los estudiantes que buscan el apoyo psicológico presentan una mayor sintomatología ansiosa. Esto concuerda con los datos obtenidos en la Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica que afirma que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en nuestro país (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar-Gaxiola, 2003). También se pudo constatar que las mujeres son las que con mayor frecuencia buscan la asesoría psicológica. Esto concuerda con otros estudios que remarcan una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en población femenina ((Balanza, Morales y Guerrero, 2009).

Respecto a los programas educativos se identifica que el programa educativo de Licenciatura en Psicología tiene la mayor cantidad de alumnos atendidos. Esto se debe en gran parte a la sensibilización hacia la profesión para la cual se requiere de cierta estabilidad emocional para afrontar las necesidades de poblaciones con las que los alumnos desarrollan habilidades. También influye el consejo de los profesores para que acudan a un servicio psicológico para experimentar un proceso terapéutico.

En relación al rango de edad de los alumnos que acudieron al servicio psicológico se puede afirmar que es la edad en la que se desarrollan los estudios universitarios y por ende sea mayor la población de este grupo. Sin embargo también destaca el hecho de que en esta etapa de la vida los jóvenes adultos se enfrentan a una serie de adversidades de distintos tipos y que se relaciona con la toma de decisiones importantes en la vida: elegir una carrera, elegir donde vivir en los casos en que han tenido que abandonar su ciudad de origen para continuar sus estudios, elegir una pareja, etc. Algunos han tenido que trabajar para pagar sus estudios o ya están casados y deben asumir otras responsabilidades además de estudiar. Aunque en este análisis no se registraron estas variables a detalle varios autores coinciden con estas observaciones (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008; Khail y Cavanaugh, 2006).

En relación a los efectos de la intervención cognitivo conductual se pudo constatar el beneficio recibido en los pacientes ya que disminuyeron significativamente su sintomatología ansiosa y depresiva tanto por el lado estadístico como el clínico. Esto coincide con el trabajo realizado por Velayudhan, Gayatri Devi y Bhattacharjee (2010) que proporcionaron sesiones de consejo psicológico a estudiantes de medicina.

En este estudio se corrobora la existencia de sintomatología ansiosa y depresiva en esta población que requiere de apoyo. Lamentablemente en esta investigación no se pudo constatar el efecto del tratamiento psicológico en el rendimiento académico dadas las condiciones en las que se desarrolló la intervención además que deben evaluarse otras variables que estén afectando el área académica.

También es importante desarrollar estudios con un mayor grado de control (por ejemplo, lista de espera) para tener más elementos para confirmar la eficacia y eficiencia del tratamiento cognitivo conductual en población universitaria. Por otra parte, se sugiere realizar un estudio de seguimiento para evaluar el mantenimiento de la conducta. Otro aspecto que puede incluirse son las observaciones de compañeros, profesores y/o familiares en relación al comportamiento del estudiante (Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza y Ayala, 2002).

## Conclusiones

En general se puede afirmar que las problemáticas emocionales en estudiantes universitarios requieren evaluarse, diagnosticarse y tratarse para evitar mayores problemas en diferentes áreas.

Falta por realizar estudios más detallados que nos permitan identificar variables asociadas a los problemas de conducta en los estudiantes a fin de prevenirlos facilitando sus estudios superiores. Se requiere impulsar el apoyo psicológico a estudiantes en planteles de Educación Superior para beneficiar a este grupo poblacional que se encuentra vulnerable emocionalmente debido a los cambios que se presentan en esta etapa de la vida.

## Referencias

- Agudelo, D., Casadiegos, C. y Sánchez, D. (2008) Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1 (1), 34-39.
- Amutio, A. (1998) *Nuevas perspectivas sobre la relajación*. España: Descleé de Brouwer.
- Arco, J., López, S., Heilborn, V. y Fernández, F. (2005) Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "La Cartuja". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 589-608.
- Areán, P. (2000) Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 8 (3), 547-559
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V. y Lozano, T. (2004) Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3 (1) 17-26.
- Balanza, S., Morales, I. y Guerrero, J. (2009) Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. *Clinica y Salud*, 20, (2), 177-187.
- Barrón-Rivera, A., Torreblanca-Roldán, F., Sánchez-Casanova, L. y Martínez-Beltrán, M. (1998) Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Pública de México*, 40, 6, 503-509.
- Beck, A. y Alford, B. (2009) *Depression: causes and treatments*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Beck, J. (2000) *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Cardiel, R.M. (1994). La medición de la calidad de vida. En Moreno, L., Cano-Valle, F. y García-Romero (Eds.), *Epidemiología clínica* (pp.189-199). México, Interamericana-McGraw Hill.
- Clark, D. y Beck, A. (2010) *Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice*. New York: Guilford Press. Barbara
- Crăciun, B. y Holdevicib, I (2013) Cognitive-Behavioural Intervention in Diminishing Perfectionistic Self-Presentation and Depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 476 – 480.
- Hernández-Pozo, M., Coronado, O., Araújo, V. y Cerezo, S. (2008) Desempeño académico de universitarios en relación con ansiedad escolar y auto-evaluación. *Acta Colombiana de Psicología*, 11 (1), 13-23.
- Jurado, S., Villegas, M., Mendez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-31.
- Kazdin, A. E. (2000) The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 332-339.
- Khail, R. y Cavanaugh, J. (2006) *Desarrollo Humano: una perspectiva del ciclo vital*. México: Cengage Learning Editores.
- Medina-Mora, M.-E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 26 (4), 1-16.

- Norberg, M., Norton, A., Olivier, J. y Zvolensky, M. (2010) Social anxiety, reasons for drinking, and college students. *Behavior Therapy*, 41, 555-566.
- Pedroza, F., Galán, S., Martínez, K., Oropeza, R. y Ayala, H. (2002). Evaluación del cambio clínico en las intervenciones psicológicas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (1), 73-84.
- Piemontesi, S., Heredia, D., Furlan, L., Sánchez-Rosas, J. y Martínez, M. (2012) Ansiedad ante los exámenes y estilos de afrontamiento ante el estrés académico en estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 28, (1), 89-96.
- Riveros, A., Cortázar, J., Alcázar, F. & Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 445-462.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.
- Robles, R., Espinosa, R., Padilla, A., Álvarez, M. y Páez, F. (2008) Ansiedad social en estudiantes universitarios: prevalencia y variables psicosociales relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16 (2), 54-62.
- Rojas, A., Ruggero, C. y Serrano, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, Enero-Junio, 47-60.
- Schiraldi, G. y Brown, S. (2001) Primary Prevention for Mental Health: Results of an Exploratory Cognitive-Behavioral College Course. *Journal of Primary Prevention*, 22 (1), 55-67.
- Velayudhan, A., Gayatri Devi, S y Bhattacharjee, R. (2010) Efficacy of behavioral intervention in reducing anxiety and depression among medical students. *Industrial Psychiatry Journal*, 19 (1): 41-46.
- Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, García-Peña y C., Gallo, J. (2012) Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*; 35, 3-11.