



Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo “La Cartuja”

José L. Arco Tirado¹, Sagrario López Ortega, Verónica A. Heilborn Díaz y Francisco D. Fernández Martín (*Universidad de Granada, España*)

(Recibido 22 de diciembre 2004/ Received December 22, 2004)

(Aceptado 17 de enero 2005 / Accepted January 17, 2005)

RESUMEN. Al panorama que caracteriza la universidad española de ausencia de recursos y servicios de apoyo psicopedagógico a los estudiantes, se responde mediante este experimento de caso único, basado en el modelo de intervención psicopedagógica breve llamado La Cartuja. Desarrollado en el Gabinete Psicopedagógico (GPP) de la Universidad de Granada, se ha aplicado a docenas de estudiantes con distintos tipos de problemas (fracaso académico, abandono de estudios, ansiedad, depresión, déficit de habilidades sociales, etc.) y con resultados más que satisfactorios para la mayoría de ellos. El trabajo de integración y síntesis realizado ha permitido extender el análisis funcional de la conducta, reforzándolo con componentes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y otros conceptos de la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). El resultado es un modelo de terapia o intervención psicoeducativa breve con resultados académicos y clínicos significativos en estudiantes con problemas de rendimiento académico y ansiedad a los tres, seis y doce meses de seguimiento tras finalizar la intervención.

PALABRAS CLAVE. Fracaso académico. Intervención psicopedagógica. Terapia breve ACT. FAP. Análisis funcional. Servicios de counselling. Experimento de caso único.

¹ Correspondencia: Facultad de Ciencias de la Educación. Campus de Cartuja, s/n. 18071 Granada (España).
E-mail: jlarco@ugr.es

ABSTRACT. The lack of psychological and educational resources and services that characterize the higher Spanish education system is responded with this single case design, based on a brief psychopedagogical intervention model named La Cartuja. Developed at the Gabinete Psicopedagógico (GPP) at the University of Granada, it has been applied to dozens of students with different types of problems (academic failure, dropout the University, anxiety, depression, social skills deficits, etc) with very positive results for most of them. By integrating and synthesizing elements coming from the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) model, along with several concepts from the Functional Analytic Psychotherapy (FAP), we have extended the functional analysis of human behavior further. The result consist of a brief therapy or psychoeducational intervention model with academic and clinical significant results for students with academic performance and anxiety problems after follow-up of three, six and twelve months of being released from the service.

KEY WORDS. Academic failure. Psychopedagogical intervention. Brief therapy. ACT. FAP. Funcional análisis. Counselling services. Single case design.

RESUMO. Ao panorama que caracteriza a universidade espanhola de ausência de recursos e serviços de apoio psicopedagógico aos estudantes, responde-se através desta experiência de caso único, baseado no modelo de intervenção psicopedagógica breve chamado La Cartuja. Desenvolvido em Gabinete Psicopedagógico (GPP) da Universidade de Granada, aplicou-se a dezenas de estudantes com diferentes tipos de problemas (fracasso académico, abandono de estudos, ansiedade, depressão, défices de competências sociais, etc.) e com resultados mais que satisfatórios para a maioria deles. O trabalho de integração e síntese realizado permitiu estender a análise funcional do comportamento, reforçando-o com componentes da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e outros conceitos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). O resultado é um modelo de terapia ou intervenção psicoeducativa breve com resultados académicos e clínicos significativos em estudantes com problemas de rendimento académico e ansiedade aos três, seis e doze meses de seguimento após finalizar a intervenção.

PALAVRAS CHAVE. Fracasso académico. Intervenção psicopedagógica. Terapia breve ACT. FAP. Análise funcional. Serviços de consulta. Experiência de caso único.

Introducción

El crecimiento de la población estudiantil universitaria en los últimos años puede resultar engañoso, puesto que aunque el número de alumnos que ingresan en el sistema universitario es elevado, los abandonos y retrasos son también considerables, siendo el 50% el porcentaje de alumnos que finaliza sus estudios (Consejo de Universidades, 1997). Para comprender esta situación podemos remontarnos incluso a la Ley de Reforma Universitaria (LRU) (1983) en la que a pesar de hacer alguna mención, en su preámbulo, a los retos de los nuevos planes de estudio, la configuración de itinerarios curriculares, la diversidad de titulaciones y las necesidades adicionales que esto generaría en los estudiantes, no incluye referencia alguna a cómo desarrollar estos servicios en este ámbito (Bricall, 2000; Vidal, Díez y Vieira, 2001). Con estos antecedentes,

cabría pensar que dieciocho años más tarde, la nueva Ley Orgánica de Universidades (LOU) (2001) establecería las condiciones necesarias para corregir los fuertes desequilibrios generados por los procesos anteriores; sin embargo, tampoco incluye medidas que regulen el desarrollo de este tipo de servicios en la educación superior española (Arco, Fernández, Heilborn y López, 2005; Arco, Fernández, López y Heilborn, 2004). El único informe, que nuestra revisión bibliográfica nos ha permitido encontrar sobre esta cuestión en España es el emitido por Vidal, Callejo, Junquera, Pérez y Vieira (2003), donde se analizan los servicios de orientación de las distintas universidades españolas mostrando un perfil de heterogeneidad, con escasa estructuración y sistematización. La gravedad y trascendencia de este tipo de comportamientos político-institucionales no sólo descansa en que los servicios de asesoramiento y orientación psicopedagógica en la Universidad constituyen el punto de enlace básico entre los estudiantes y la sociedad (Bricall, 2000), sino que va en contra de los objetivos de calidad y rendición de cuentas (*accountability*) acordados en la Declaración de Bolonia, y con los que la mayoría de las universidades españolas se ha comprometido.

En este sentido, en países y universidades (fundamentalmente norteamericanas) donde trabajan bajo ambos parámetros desde hace algunas décadas, han demostrado a través de informes anuales sobre el funcionamiento de más de 270 servicios de *counseling* (Gallagher, 2002) no sólo la función social, sino también la función institucional (consultoría, *outreach*, asesoramiento personal) que desempeñan, dados los siguientes datos: a) 56% de incremento en el número de estudiantes con problemas psicológicos severos en 1998; b) 85% de incremento en el número de estudiantes con problemas psicológicos severos en 2001; c) 10% de incremento (de media) en el número de estudiantes que recibieron atención psicológica y psicopedagógica; d) 30% tuvo un caso de suicidio; e) 89% hospitalizó al menos 1 estudiante en el 2001; f) la primera preocupación entre estudiantes: la depresión. En esta misma dirección apuntan los datos de Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley y Andrews (1993), al encontrar un número creciente de casos de depresión en universitarios.

Además de los factores de cambio institucional mencionados, el acceso a la Universidad supone también gran cantidad de cambios en el desarrollo personal y la independencia de muchos jóvenes. Además, puede suponer separación de la familia, examen de valores y la aceptación de nuevas responsabilidades (Crouse, 1982; Rich y Bonner, 1987; Russel y Thompson, 1987). Tanto los cambios positivos como los negativos pueden llevar consigo estrés y vulnerabilidad, tanto física como psíquica, pudiendo para unos ser una experiencia emocional desadaptativa y para otros se puede considerar como un momento excitante de cambio y desarrollo personal (Cutrona, 1982; Selye, 1974). Estas dificultades de ajuste personal pueden provocar en algunos estudiantes problemas de rendimiento académico e, incluso en otros, abandono de los estudios universitarios (Bricall, 2000; Campoy y Pantoja, 2000; Castellano, 1995; Sánchez, 1998; Vidal *et al.*, 2001; Walters, 1970).

La importancia no sólo educativa, sino también social, de los trastornos relacionados con la ansiedad radica en su prevalencia, oscilando entre el 33-40% de la población que puede necesitar tratamiento debido a sus problemas de ansiedad (Barlow, 1988), hasta el 15-20% de la población que sufre problemas de ansiedad, estrés o depresión

(Europa Press, 2001, 29 de junio) o el 16% de la población que en algún momento ha padecido problemas de ansiedad (Bloom, 2002). La importancia clínica de estos datos epidemiológicos radica además en que los trastornos de ansiedad son factores de riesgo para el inicio del primer trastorno depresivo mayor (Bittner, Goodwin, Wittchen, Beesdo, Höfle y Lieb, 2004), lo cual es ratificado por Gorwood (2004) al encontrar que hasta un 80% de los sujetos con trastornos de ansiedad generalizada vital tiene también un trastorno del estado de ánimo comórbido durante su vida. Autores como Carson (1997) señalan que la ansiedad (junto al malestar) ocurre de una forma tan prevalente que ha sido descrita como el equivalente psicológico a la fiebre. Considerando esta tasa de comorbilidad, entre los pocos estudios que hemos encontrado en nuestro país con población universitaria destaca el estudio de la Universidad Complutense de Madrid en el que se señala que casi 4 de cada 10 universitarios sufren depresión y que el 38% de los universitarios del distrito de Madrid padece depresiones, aunque sólo el 8% las sufre con frecuencia (Europa Press, 2001, 29 de junio). El consenso en señalar la ansiedad como la característica central de los problemas de conducta llega tanto desde el psicoanálisis como el existencialismo (Friman, Hayes y Wilson, 1998). Aunque en el ámbito etiológico-médico las hipótesis señalan la desregulación en la homeostasis (neurotransmisión) de los sistemas de la serotonina y la norepinefrina como el origen neurobiológico común a ambas expresiones fenotípicas de un mismo continuo (Baldwin, Evans, Hirschfeld y Kasper, 2002), la necesidad de buscar alternativas a los tratamientos exclusivamente farmacológicos se basa en los siguientes resultados. Primero, porque muchos medicamentos tienen efectos secundarios no deseados; segundo, la medicación parece tener una efectividad decreciente con el tiempo; y, tercero, la discontinuidad en medicación presenta tasas más altas de recaídas que la discontinuidad en intervenciones psicoterapéuticas (Bloom, 2002).

Por tanto, teniendo en cuenta la extensión del problema y su impacto en el ámbito social y académico, y a pesar del nulo compromiso y respaldo legislativo vigente, decidimos explorar en la medida de nuestras posibilidades, las respuestas frente a estos problemas desarrolladas por otros profesionales en instituciones comparables. Para ello, se decidió adoptar, la denominada terapia breve como modelo de intervención en el Gabinete Psicopedagógico (GPP), pues se ha evidenciado hasta el momento que: a) existe una gran cantidad de investigación que evidencia su efectividad en un gran número de sujetos y problemas (Bloom, 1992, 2001a; Steenbarger, 1992); b) los tipos de problemas que presentan los estudiantes son especialmente atendidos por la terapia breve; c) los recursos limitados (el número de sesiones para cada caso, por ejemplo) hace necesario priorizar servicios y distribuirlos de la forma más equitativa posible; d) incorpora una evaluación rápida y precisa de manera que los estudiantes que no se puedan beneficiar, puedan utilizar otro tipo de intervención o servicio; e) la evaluación se basa en la información recogida mediante el protocolo del centro, el uso de ciertas pruebas estandarizadas y el análisis funcional. No obstante, puesto que simplemente el análisis funcional no proveía apoyos suficientes para la intervención, decidimos construir un modelo basado en otras aproximaciones analíticas. La propuesta resultante llamada "La Cartuja" aplica un modelo basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), reforzado con conceptos procedentes de la Psicoterapia Analítica Funcio-

nal (FAP), y es ajustado al cliente mediante los principios del análisis funcional. En la Tabla 1 aparece descrito brevemente el modelo utilizado, sus fases, objetivos terapéuticos y de aprendizaje, y la tecnología en la que descansa en función de los modelos teóricos de procedencia. No obstante, para un análisis en profundidad de los orígenes, fundamentos y características de los modelos que sirven de base al modelo “La Cartuja”, los lectores pueden acudir a las siguientes referencias: Bloom (1992, 1997, 2001a, 2001b, 2002), Pinkerton (1996) y Steenbarger (1992) para terapia breve; Hayes, Strosahl y Wilson (1999) para ACT; Kohlengerg y Tsai (1991) para FAP y Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández-Parra y Virués (2005) para ACT y FAP; y Haynes y O’Brien (1990) para el análisis funcional.

TABLA 1. Modelo de terapia breve de “La Cartuja”.

<i>Fases</i>	<i>Objetivos terapéuticos</i>	<i>Objetivos de aprendizaje</i>	<i>Tecnología</i>
Definir el problema	Entrenar al cliente a describir sus conductas problema en términos funcionales	<ul style="list-style-type: none"> - La conducta ocurre en un contexto lleno de eventos ambientales - Ocurre por una razón, es decir, que tiene una función 	Realizar varios análisis funcionales con (no para) el cliente (Haynes y O’Brien, 1990)
Identificar intentos previos de solucionar sus problemas	Reconocer las relaciones conducta-ambiente que mantienen los comportamientos problema	<ul style="list-style-type: none"> - El intento de extender el control voluntario operacional sobre el pensamiento es parte del problema, de manera que los intentos de racionalizar y controlar los pensamientos de primer orden (automáticos) es un error - Preocuparse por problemas concretos y actuales y determinar los factores que los generan o mantienen 	<ul style="list-style-type: none"> - Rastreo exhaustivo y sistemático de las diferentes conductas de escape / evitación - Respuestas contingentes del terapeuta a los problemas del cliente que ocurren durante la sesión (Kohlenberg y Tsai, 1991) - Metáfora de tirar de la cuerda y la del polígrafo (Control es el problema) (Hayes <i>et al.</i>, 1999)

Clarificar sus valores, metas y sus respectivas acciones	Promover intención y deseo de cambio (compromiso)	<ul style="list-style-type: none"> - Animar al cliente a contactar sus experiencias psicológicas de una forma directa y completa, sin defenderse (aceptación) - Darse cuenta de las cosas que son realmente importantes para ellos y si realmente desean comportarse de manera coherente a los valores elegidos (deseo de avanzar) 	<ul style="list-style-type: none"> - Metáfora de las dos escalas y ejercicios de Willingness (deseo de avanzar) (Hayes <i>et al.</i>, 1999) - Metáfora de los pasajeros del autobús (Hayes <i>et al.</i>, 1999) - Ejercicio de evaluación de valores (Hayes <i>et al.</i>, 1999)
Poner en práctica los comportamientos y ayudar al cliente a superar las dificultades	Reforzar el compromiso con el cambio y sus barreras (el progreso se mide en cambios de comportamiento, no cambios en actitudes, creencias o intenciones)	<ul style="list-style-type: none"> - El bienestar psicológico no es un estado natural y homeostático al que tiende el organismo mediante sus propios mecanismos, sino que más bien uno ha de ganarlo y mantenerlo - Una concepción del desarrollo funcional basada en la idea de oportunidades para responder como motor del aprendizaje y del desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio del tablero de ajedrez (Hayes <i>et al.</i>, 1999) - Metáfora del holgazán en la puerta (Hayes <i>et al.</i>, 1999) - Ejercicios de las trampas del lenguaje (Hayes <i>et al.</i>, 1999) - Moldear sus habilidades de interacción personal (Kohlenberg y Tsai, 1991) - Más ejercicios y metáforas sobre deseo de avanzar (<i>willingness</i>) (Hayes <i>et al.</i>, 1999)

Por tanto, el objetivo de este experimento de caso único (Montero y León, 2005), es determinar la eficacia del modelo de intervención breve diseñado para satisfacer las variadas y complejas necesidades de los estudiantes universitarios. En la redacción de este artículo se han seguido las recomendaciones de Ramos-Alvarez y Catena (2004).

Método

Muestra

La muestra se compuso de dos varones y una mujer, todos ellos solteros. El primer sujeto de 26 años de edad es estudiante de cuarto curso de una titulación de la rama de Ciencias de la Salud desde el año 1996. El segundo sujeto de 23 años cursa quinto de una titulación de Ciencias Sociales y Jurídicas desde 1997. Por su parte, el tercer sujeto de 22 años es una estudiante de tercer curso de una titulación de la rama de Enseñanzas Técnicas desde 1999.

Instrumentos

- Inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1995). Consta de 21 ítems y evalúa la intensidad del síndrome depresivo.

- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1999). El cuestionario de ansiedad estado-rasgo comprende dos escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado y como rasgo.
- Protocolo de Información Psicopedagógica (PIP) (Arco, López, Heilborn y Fernández, 2002a). Se trata de un instrumento de 80 ítems con los que se recoge información del último año sobre aspectos demográficos, académicos y personales. El instrumento ha sido construido a lo largo de casi dos años, identificando las preocupaciones que presentaban los estudiantes y analizándolas en combinación con otros protocolos tomados y adaptados de otras universidades. La validez de contenido del instrumento descansa, por tanto, en el desarrollo y revisión de la lista de temas expuestos por los estudiantes. Un método similar fue utilizado por Lubowitz (1989, citado en Nicholas, 1997) y Gallagher, Golin y Kelleher (1992) quienes construyeron su Encuesta sobre Necesidades de los Estudiantes, a partir de las preocupaciones y problemas que iban presentando los estudiantes que acudían a los servicios de *counseling* durante un período de diez años.
- Protocolo de Consentimiento de Asesoramiento Psicológico Individual (Arco, López, Heilborn y Fernández, 2002b). Se trata de un instrumento donde se describen los servicios que presta el GPP de la Universidad de Granada, y las condiciones de acceso y disfrute de los mismos.
- Pizarra. Una pizarra blanca de 75 cm. x 35 cm., 3 rotuladores de colores y un borrador, donde realizar los análisis funcionales junto con el sujeto.
- Autorregistro (Arco, López, Heilborn y Fernández, 2002c). Se trata de una tabla de doble entrada (días/horas) donde el sujeto refleja semanalmente qué y cuándo hace sus distintas tareas y actividades.
- Cuestionario de Evaluación del Servicio (CES) (Arco, López, Heilborn y Fernández, 2002d). Este cuestionario es una escala tipo Likert (de 1 a 5), que completan los sujetos al finalizar el proceso de intervención. Se compone de 37 ítems agrupados en siete áreas: información demográfica y académica relevante, motivos de la finalización del asesoramiento, evaluación del servicio, evaluación del profesional, evaluación del cambio personal, evaluación del malestar antes y después de la intervención, y otras observaciones.

Procedimiento y diseño

Dentro de los diseños de caso único estaríamos ante un diseño de no reversión y en particular de un diseño de criterio cambiante. Este puede ser caracterizado como una conjunción del diseño A-B y del diseño de línea base múltiple, pues comienza con una primera fase de línea base, una vez transcurrida se introduce el tratamiento que se extiende a lo largo de una serie sucesiva de fases y en cada una de ellas se requiere que el sujeto adquiera un determinado nivel de respuesta o meta conductual que es tomado como criterio (Simón, 1996).

Una vez que acuden los sujetos a las instalaciones del GPP, demandando servicios de asesoramiento psicológico, se les administra el PIP (Arco *et al.*, 2002a). Lo rellenan

bajo la supervisión de algún profesional del centro y se les comunica que en el plazo aproximado de una semana se les llamará para concertar una cita. La entrevista inicial ocupa la primera sesión y se emplea para comentar con el sujeto la actualidad, veracidad y alcance de la información recogida en el documento, además de aplicar, si procede, otras pruebas estandarizadas como por ejemplo el BDI y el STAI, que nos permitan completar la evaluación y alcanzar la conclusión diagnóstica más comprensiva posible. Generalmente, al finalizar la primera sesión se le pide al sujeto que realice los primeros autorregistros (línea base) sobre ciertas conductas clave preseleccionadas, que actuarán a modo de indicadores a lo largo de todo el proceso de intervención. Si no se requiere una segunda sesión para completar la evaluación, se comienza inmediatamente a trabajar con el sujeto en los componentes del proceso de intervención descritos en la Tabla 1. En este punto proponemos un acuerdo con el sujeto mediante el cual se compromete a no hacer juicios de valor sobre la marcha del proceso de intervención durante dos meses, es decir, las ocho sesiones de aproximadamente una hora de duración que necesitamos para que las medidas de cambio adoptadas comiencen a dar sus frutos. Los autorregistros (Arco *et al.*, 2002c) se recogen una vez a la semana al inicio y quincenalmente entorno al último tercio de la intervención.

Resultados

Resultados de la evaluación

El proceso de evaluación descrito arroja los siguientes resultados. En el caso uno, el PIP (Arco *et al.*, 2002a) muestra antecedentes de atención psiquiátrica anterior (por el mismo motivo al que acude a nosotros) y dificultades de funcionamiento psicológico en los planos cognitivo (por ejemplo, ha pensado en herir a alguien, le da vueltas en exceso a las cosas, etc.), emocional (por ejemplo, me siento bajo de ánimo, irritable y ansioso) y motor (por ejemplo, me comporto agresivamente y no lo puedo controlar, consumo drogas y alcohol con frecuencia), problemas de tipo académico (por ejemplo, faltó frecuentemente a clase, me distraigo con facilidad), dificultades con respecto a las relaciones interpersonales (por ejemplo, problemas de relaciones con mi familia) y también necesidades a nivel vocacional (por ejemplo, me preocupa mi futuro profesional). Las pruebas de evaluación estandarizadas administradas muestran las siguientes puntuaciones: BDI = 25 (rango de puntuación de 19 a 29: depresión moderada); STAI = puntuación ansiedad estado: puntuación directa 50, centil 99, decatipo 10; puntuación ansiedad rasgo: puntuación directa 52, centil 99, decatipo 10. De acuerdo a la información recogida a través de las distintas pruebas de evaluación aplicadas y siguiendo la clasificación del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1995) se diagnostica trastorno de ansiedad generalizada.

En el caso dos, el PIP (Arco *et al.*, 2002a) refleja, al igual que en el caso anterior, dificultades psicológicas en los planos cognitivo (por ejemplo, me cuesta tomar decisiones, me sobrevienen pensamientos que no puedo controlar, le doy vueltas en exceso a las cosas), emocional (por ejemplo, desesperanzado, ansioso y bajo de ánimo) y motor (por ejemplo, problemas de conciliación de sueño), así como dificultades aca-

démicas (por ejemplo, soy demasiado perfeccionista, problemas en distribuir mi tiempo). No ha recibido atención psicológica ni psiquiátrica anterior. Al igual que en el caso anterior y de acuerdo a la información recogida a través de las distintas pruebas de evaluación aplicadas y siguiendo la clasificación de los trastornos mentales del DSM-IV se diagnostica trastorno de ansiedad generalizada.

En el caso tres, el PIP (Arco *et al.*, 2002a) refleja al igual que en el caso anterior dificultades psicológicas en los planos cognitivo (por ejemplo, le doy vueltas a las cosas en exceso), emocional (por ejemplo, me siento ansiosa, desesperanzada) y motor (por ejemplo, lloro frecuentemente sin razón, me cuesta conciliar el sueño, como en exceso), dificultades con respecto a las relaciones interpersonales (por ejemplo, dificultades al tratar con profesores) y académicas (por ejemplo, estudio y hago las tareas pero siento que no aprendo, falta a clase, me siento muy nerviosa al hacer los exámenes). No ha recibido atención psicológica ni psiquiátrica anterior. La peculiaridad de este caso reside en que ha sido diagnosticado por su médico de cabecera con “ansiedad académica”. Las pruebas de evaluación estandarizadas muestran las siguientes puntuaciones: BDI = 22 (rango de puntuación de 19 a 29: depresión moderada); STAI = puntuación ansiedad estado: puntuación directa 45, centil 95, decatipo 9; puntuación ansiedad rasgo: puntuación directa 40, centil 89, decatipo 8. Al igual que en el caso anterior y de acuerdo a la información recogida a través de las distintas pruebas de evaluación aplicadas y siguiendo la clasificación de los trastornos mentales del DSM-IV se diagnostica trastorno de ansiedad generalizada.

En los tres casos se descarta trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica ya que en su historia clínica no aparece ningún hallazgo. También se descarta trastorno de ansiedad inducido por sustancias puesto que éste trastorno se debe presentar sólo coincidiendo con estados de intoxicación o abstinencia, y los sujetos en cuestión presentan ansiedad independientemente de que consuman cannabis (derivados) y/o alcohol o no, e independientemente del tiempo que transcurra desde el último consumo (como sucede en el caso 1), mientras que los trastornos de ansiedad primarios pueden preceder al inicio del consumo de la sustancia o tener lugar en períodos de abstinencia mantenida. Tampoco se presentan en los sujetos síntomas de vértigo verdadero, pérdida del equilibrio, de la conciencia o del control de esfínteres, dolores de cabeza, olvido de palabras y amnesia (propios de un trastorno de ansiedad inducidos por sustancias, lo cual hace descartarlo como diagnóstico). Del mismo modo, el centro de la ansiedad y preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático. También se descarta el trastorno adaptativo ya que existen sucesos estresantes vitales y no se debe prolongar más de seis meses después de la desaparición de la situación estresante o de sus consecuencias, cuestión

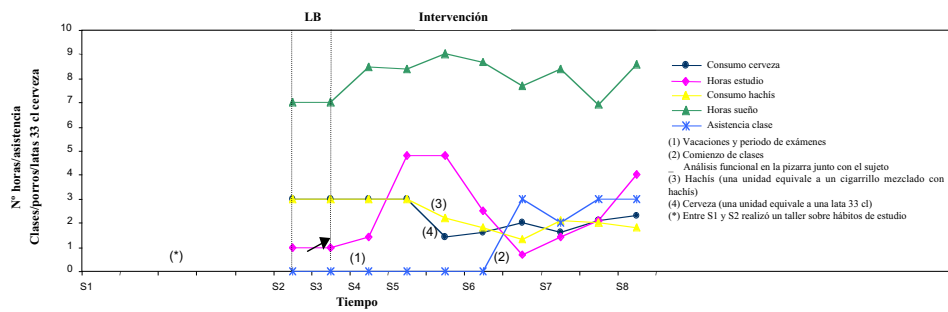
contraria en ambos casos, ya que presentan los síntomas desde hace más de seis meses. Una cuestión importante para descartar la ansiedad no patológica es que las preocupaciones normales de la vida diaria no suelen acompañarse de síntomas físicos como la fatiga excesiva, inquietud motora, impaciencia o irritabilidad, presentes en estos casos.

El seguimiento de los sujetos a través de los autorregistros (Arco *et al.*, 2002c) durante las dos primeras semanas constituye lo que podríamos denominar la línea base y muestra un patrón bastante similar para los tres casos: a) presentan un patrón de sueño desestructurado, es decir, se acuesta muy tarde viendo la televisión y consumiendo sustancias psicoactivas (caso 1) y se levantan con sensación de cansancio y muchas veces no van a las primeras clases de la mañana (caso 1 y 2), le cuesta conciliar el sueño (caso 3); b) no realiza ninguna actividad de ocio a excepción de ver televisión y jugar en el ordenador (caso 1), ha dejado de tocar la guitarra y visitar a algún amigo (caso 2), ha dejado de ir al gimnasio y salir a pasear (caso 3); y c) en el ámbito académico, estudia muy poco y le falta concentración, busca cualquier excusa para no sentarse, apenas va a clase, no tiene los apuntes al día (caso 1) y cualquier estímulo de la habitación le distrae aumentando así su respuesta de ansiedad y falta de concentración, dando lugar a la búsqueda de cualquier excusa para no sentarse (caso 2), se distrae la mayor parte del tiempo y luego busca cualquier excusa para no sentarse más, no se presenta a los exámenes a pesar de llevar algunos estudiados y otras veces va al examen pero se levanta en los primeros 15 minutos, también ha comenzado a somatizar, llegando a experimentar dolores musculares y de estómago, diarrea, úlcera y colon irritable, entre otros (caso 3).

Resultados de la intervención

Los resultados obtenidos a partir de los autorregistros realizados a lo largo del proceso de intervención para el caso uno muestran (véase la Figura 1) cambios clínicamente significativos en los siguientes aspectos: a) detectar y discriminar que pensamientos le enganchan en su dinámica de no hacer nada y recurrir al consumo de sustancias, además de clarificar el proceso que sigue su ansiedad y en qué desemboca; b) regulación del patrón de sueño, ahora suele acostarse a la misma hora y se levanta regularmente por la mañana, ha dejado de echar siesta y concilia mejor el sueño por la noche sin despertarse durante la misma; c) mantenimiento del horario fijo de actividades; d) mantenimiento del número de horas de estudio y un grado de concentración adecuado, constancia, asistencia regular a clase (los días que no ha ido se ha quedado en casa estudiando, cuestión que antes nunca había sucedido), tener los apuntes al día según refiere el sujeto, incrementar el tipo y la cantidad de horas de ocio. Aunque obtuvo mejoras académicas aprobando dos de las cuatro asignaturas a las que se presentó, los resultados están por debajo de los objetivos marcados; e) mejora de las relaciones sociales con compañeros de piso y con los de clase, además mejoró su relación con la familia, ahora no se siente tan avergonzado por su mala trayectoria académica. Las medidas post del PIP muestran unos resultados igualmente inferiores tanto en el número como en la severidad de los ítems seleccionados en todas las áreas a excepción del área vocacional/profesional, en la que señala “estoy preocupado por mi futuro profesional”.

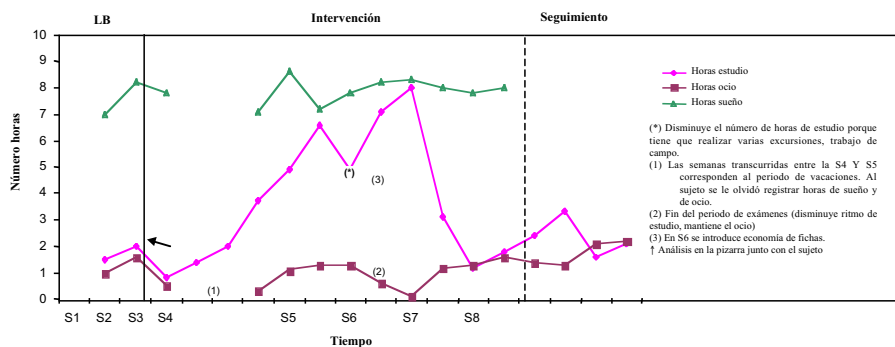
FIGURA 1. Evolución de los valores medios de las variables clínicamente relevantes del caso 1.



Los resultados post obtenidos en las pruebas estandarizadas muestran para el BDI una puntuación de 10 (rango de puntuación 10 a 18, depresión leve) y en el STAI para ansiedad estado una puntuación directa de 31 (centil 80 y decatipo 7) y para ansiedad rasgo una puntuación directa de 41 (centil 99 y decatipo 10).

Los autorregistros obtenidos en el caso dos (véase la Figura 2) muestran cambios en las siguientes áreas: a) menor dificultad para concentrarse, menor recurrencia de pensamientos distractores, según las verbalizaciones del cliente, que traducidos a la figura se convierten en un aumento del ritmo de estudio; b) ha regulado su patrón de sueño, tiene menor irritabilidad, menor inquietud y ya no presenta taquicardias; ha mantenido en mayor medida el horario de actividades planificado, ha recuperado sus hobbies como tocar la guitarra y visitar a sus amigos; c) ha mantenido el número de horas de estudio y un grado de concentración adecuado, mayor constancia, asistencia regular a clase, así como tener los apuntes al día; desde el punto de vista del rendimiento académico superó con buenas calificaciones todas las asignaturas del curso académi-

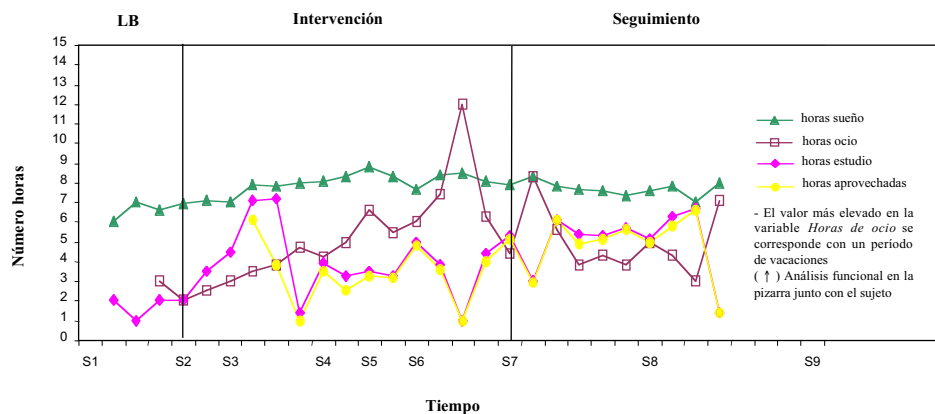
FIGURA 2. Evolución de los valores medios de variables clínicamente relevantes del caso 2.



co; d) mantiene mejores relaciones con sus amigos y queda con ellos para salir y poco a poco las comparaciones con los demás compañeros de clase van desapareciendo. Al igual que en el caso uno, se volvió a pasar el PIP en un intento de tomar medidas post y los resultados que se obtuvieron indican un descenso en el número y severidad de los ítems señalados por el sujeto en todas las áreas, a excepción igualmente del área vocacional/profesional en la que ahora muestra preocupación por su futuro profesional. En este caso no decidimos pasar pruebas estandarizadas, cuestión que retomaremos en el apartado siguiente.

Los autorregistros del caso tres muestran (véase la Figura 3) cambios en las siguientes áreas: a) mayor comprensión de su estado de tensión y de qué conductas de evitación realizaba para no estudiar, además de clarificar el proceso que sigue su ansiedad y en qué desemboca (por ejemplo, no presentarse a exámenes o salirse inmediatamente después de entrar); b) regulación del patrón de sueño, ya que concilia mejor el sueño por la noche sin despertarse durante la misma; c) mantenimiento del horario fijo de actividades; d) mantenimiento del número de horas de estudio y un grado de concentración adecuado, mejora de sus técnicas de estudio, constancia, y asistencia regular a clase; e) en el plano académico se presentó y realizó todos los exámenes que se había planificado, llegando a aprobar tres asignaturas entre la convocatoria de febrero y junio, además de ir regularmente a tutorías y acudir a la revisión de exámenes, cuestiones éstas que hasta ahora nunca había llevado a cabo.

FIGURA 3. Evolución de los valores medios de las variables clínicamente relevantes del caso 3.



Los resultados post obtenidos en las pruebas estandarizadas para el caso tres muestran para la prueba BDI una puntuación de 10 (rango de puntuación 10 a 18, depresión leve) y en el STAI para ansiedad estado una puntuación directa de 31 (centil 80 y decatipo 7) y para ansiedad rasgo una puntuación directa de 41 (centil 99 y decatipo 10).

Discusión

Considerando los resultados obtenidos, entendemos que nuestro objetivo se ha cumplido en gran medida; es decir, que hemos desarrollado un modelo de intervención psicológica breve que permite mejorar el rendimiento académico (además de su funcionamiento psicológico en otras áreas) y, por extensión, reducir el riesgo de abandono de los estudios en estudiantes universitarios. Al menos esto es lo que se concluye tras revisar otras publicaciones comparables según el perfil de los casos (Butler, Fennell, Robson y Gelder, 1991; Dugas *et al.*, 2003), en las cuales el número de sesiones de terapia cognitivo-conductual que se emplearon para conseguir cambios similares oscila entre 4 y 22 sesiones, y 14 sesiones, respectivamente, o bien las 12 sesiones de un grupo de terapia cognitiva breve (Kush y Fleming, 2000) o las 16 sesiones con un grupo de niños (Kendall, 1994). La significación de estos resultados también radica en que permite al sujeto escapar a los efectos secundarios no deseados que las intervenciones farmacológicas (con benzodiazepinas) conllevan, y que precisamente dificultan comportamientos académicos cognitivos básicos como son la atención o la memoria, capacidades de respuesta frente al estrés y reacciones frente a la dependencia física y la retirada del fármaco (Bloom, 2002).

El procedimiento que proponemos presenta ciertas similitudes con respecto al conocido modelo de Palo Alto de terapia breve (Bloom, 2001b). Si bien los pasos uno y dos son idénticos, los pasos tres y cuatro son diferentes. La definición del problema de una forma funcional, asequible y clara, libre de culpabilidades y focalizada en el aquí y ahora, junto a la identificación de los intentos anteriores por solucionar el problema, permite a los sujetos, por un lado, mejorar su comprensión de lo que les está pasando y por qué les está pasando (aceptación) y, por otro, sentirse más motivados para afrontar los cambios pendientes (compromiso). Esto es lo que entendemos que sucedió en el caso uno al “desconectar” el sujeto los terribles pensamientos que “le hacían creer que iba a volverse loco”, o en el caso dos “estar convencido de que padecía un problema psiquiátrico”, gracias a la identificación y comprobación precisa dentro y fuera de las sesiones de cómo en ciertas situaciones la secuencia de interacciones entre pensamientos-sentimientos-conductas motoras le atenazaban su vida. A continuación es la identificación de valores, metas y sus respectivas acciones el pivote de nuestra intervención, ya que permite al sujeto actuar “sin razones”, o en su caso, desmontar las “razones” por las que no ha actuado hasta el momento. Actuar en el sentido de hacer aquello que es congruente con las metas elegidas en su vida. Fijar los valores, permite focalizar los esfuerzos, reducir resistencia al cambio al aumentar su compromiso, además de aportar a los sujetos un “norte psicológico” al que “dirigirse” durante la intervención y una vez finalizada, contando con el apoyo y guía del terapeuta, previniendo de esta forma quizás que el tratamiento se prolongue de por vida, tal y como apunta Capafóns (2001). Por ejemplo, en el caso uno, sólo con identificar situaciones de riesgo como dejar de ir a clase “un día puede pasar pero no 2 ó 3 días porque al final no voy, por eso es mejor no faltar ningún día” (lo cual pasaba, sin más remedio, por regular su patrón de sueño), no tener los apuntes al día e ir a la asociación como actividad que ocupa la gran parte de su tiempo y que sustituye a sus actividades más demandantes como es estudiar; en el caso tres, fue priorizar sus tareas de estudio frente a la necesi-

dad de estar siempre disponible para amigos y familia. El paso cuarto ayuda al cliente a mantener una conducta sostenida en valores en lugar de regulada por pensamientos, emociones o situaciones que evita o escapa; en este sentido, la identificación de las nuevas barreras emergentes al incorporar en su vida los cambios comprometidos, con la ayuda y el seguimiento del terapeuta, resultó clave para ir extinguiendo progresivamente repertorios cognitivos extremadamente disfuncionales y resistentes al cambio. La alerta sobre posibles respuestas con función de evitación equivalente a las que pretendíamos modificar ayudó a consolidar los avances y evitar retrocesos encubiertos; por ejemplo, en el caso tres, detectar y discriminar conductas con función de evitación (por ejemplo, estar pendiente del teléfono continuamente por si a algún familiar le sucedía algún problema) le ayudó a mejorar su grado de concentración y su constancia. En el caso dos, anteriormente hacer la planificación académica le suponía unos costes muy elevados de estrés, y por tanto, evitaba hacerlo, o para el caso uno, ahora comienza a estudiar al día siguiente de realizar un examen, antes podía estar tres, cuatro días o incluso una semana, sin hacer nada, en la que se dedicaba a consumir alcohol y sustancias psicoactivas. Esto podemos considerarlo como ejemplo de conducta clínicamente relevante o CRB3 (Kohlenberg y Tsai, 1991), en la que el sujeto comienza por sí sólo a discriminar y verbalizar la presencia de relaciones disfuncionales entre contextos y conductas.

La efectividad del proceso se refleja en los niveles de malestar pre-post (4 versus 2 para los casos 1 y 2, y 5 versus 2 para el 3, en una escala de 1-5), recogidos al finalizar la intervención terapéutica a través del CES. Por otro lado, los resultados post obtenidos en las pruebas estandarizadas administradas en el caso uno advierten sólo una leve mejoría, aunque quizás ello se deba a no haber trabajado de forma más concluyente el tema de los valores. Nos referimos a que quizás no aislamos suficientemente los efectos o ganancias secundarias con respecto a las ayudas económicas que recibía por parte de su familia, y las consecuencias negativas que esto tenía en su compromiso con una gestión más responsable de su tiempo de ocio. En este sentido, creemos que la hipótesis introducida por Fernández y Ruiz (2003) sobre la “infantilización” que afecta a la juventud en general pueda estar compitiendo con la asunción de mayores cotas de responsabilidad en su vida, incluida la económica. De cara al futuro, creemos que es fundamental que la continuidad en sus estudios esté vinculada a la realización de un trabajo (quizás a tiempo parcial) que reduzca situaciones de riesgo y ayude a ordenar sus ideas erróneas de que si trabaja no va a tener tiempo para estudiar, cosa que ahora no hace y tampoco lo tiene. También habrá de prestarse mayor atención al consumo de estupefacientes y su función dentro de su patrón de comportamiento, constituyendo este aspecto por el momento un “motivo” para su atención intermitente por parte del servicio, en la línea de lo que apunta Cummings (1990). Para el caso dos, los resultados de los autorregistros y, especialmente, las calificaciones obtenidas confirman la magnitud y significación clínica de los cambios producidos, a pesar de no contar con el apoyo de los datos de las pruebas estandarizadas.

El seguimiento realizado a los tres y seis meses, muestra que para los tres sujetos se mantienen las ganancias obtenidas en los ámbitos fisiológico, académico, personal y social. Por ejemplo, el caso uno ha racionalizado sustancialmente su planificación

académica para el primer cuatrimestre que comienza matriculándose de menos créditos y asignaturas “llave” o prerrequisitos de otras asignaturas. El seguimiento anual del caso uno muestra los siguientes valores: BDI una puntuación de 10 (de 10 a 18 depresión leve) y en el STAI para ansiedad estado obtiene una puntuación directa de 31 (centil 80, decatipo 7) y para ansiedad rasgo obtiene una puntuación directa de 41 (centil 99, decatipo 10). Estos datos categoriales contrastan, no obstante, con el mantenimiento de las mejoras en su patrón de sueño, comidas, ocio, horas de estudio y grado de aprovechamiento. Sus resultados académicos han mejorado igualmente tanto en número de asignaturas superadas en los exámenes parciales de febrero (respecto a cursos anteriores), como en las calificaciones obtenidas. También se ha visto más reforzada su red social tanto con los compañeros de piso como con los de clase, y con su familia. Para el caso dos también se mantienen, al año de la intervención, las ganancias conseguidas respecto al patrón de sueño, horarios normalizados de comida, actividades de ocio y deporte, así como respecto a su red social de apoyo, la cual se ha visto ampliada con nuevos amigos. A nivel académico continuó su buena trayectoria anterior y ahora se encuentra en proceso de elaboración de su Tesis Doctoral además de conseguir un trabajo en otra universidad. No se estimó oportuna la pasación de pruebas estandarizadas de evaluación adicionales. El seguimiento realizado a los nueve meses para el caso tres muestra el mantenimiento de los cambios iniciados tanto en hábitos de estudio y trabajo intelectual, así como en sus horarios de sueño y comidas, compaginando ocio y trabajo (sigue el principio de Premack o “ley de la abuela”). Las mejoras en su rendimiento académico son notables, puesto que ha pasado de aprobar 9 asignaturas en los últimos cuatro años, hasta 5 asignaturas en el último curso. En las pruebas estandarizadas el seguimiento muestra para el BDI una puntuación de 9 (de 0 a 9 ausencia de depresión) y en el STAI para ansiedad estado obtiene una puntuación directa de 20 (centil 45, decatipo 5) y para ansiedad rasgo obtiene una puntuación directa de 11 (centil 5, decatipo 2).

Si bien nuestros resultados coinciden con los obtenidos por Harvey y Rapee (1995), al señalar que las intervenciones focalizadas en elementos cognitivos o comportamentales mostraban iguales tasas de recuperación comparadas entre sí, y superiores a métodos de intervención no directivos, la aparente superioridad de nuestros resultados quizás radique en la combinación y ajuste de ambos tipos de componentes, unido a un enfoque en el que el terapeuta no se comporta de manera directiva precisamente, pues es el sujeto el que en todo momento establece los objetivos y el ritmo de cambio en la línea que establece Kohlenberg y Tsai (1991). Otro aspecto relevante a discutir en nuestro caso, es el relacionado con la dificultad de separar la evaluación de la intervención; es más, por el hecho de resumir como ocurre en la terapia breve, determinadas secuencias de evaluación en unidades mayores, como ocurre con el análisis funcional del problema por parte del sujeto, estamos realizando en el mismo momento, avances en el conocimiento de por qué me está pasando lo que me está pasando (evaluación) y por extensión, de qué hacer para que no me siga pasando lo que ahora me está pasando (intervención). Por tanto, al utilizar el análisis funcional como base del procedimiento de evaluación, lo estamos convirtiendo en un componente de la intervención. Extendiendo aún más el provecho de esta idea, Goldiamond (1975) recomienda que a los clientes se

les debería permitir descubrir su propio análisis funcional, más que les sea explicado por el terapeuta. Otros autores como Wilson y Blackledge (1999) están trabajando también en esta misma dirección. En este sentido, el PIP (Arco *et al.*, 2002a) que hemos utilizado en este trabajo constituye un intento certero de asignarle al sujeto un papel realmente activo en su propio proceso de evaluación e intervención, ya que uno de los ítems por ejemplo “obliga” al sujeto a describir en qué consiste su problema, lo cual constituye una pieza de información de extraordinario valor al representar nuestro (y su) punto de partida. Quizás otra de las cualidades más interesantes del PIP sea la correspondencia y consistencia (en número y severidad de los ítems marcados) que ha mantenido en sus puntuaciones con las de otras pruebas estandarizadas tan extendidas como el BDI, por ejemplo, aunque hemos de seguir trabajando de manera intensiva sobre esta cuestión.

Conclusiones

Las dificultades que hemos encontrado de cara a cumplir con las exigencias que impone el rigor en la investigación, sin descuidar las normas que obliga un servicio asistencial, han sido considerables en muchos momentos, lo cual pone de manifiesto la distancia que separa la investigación básica de la investigación aplicada; no hasta el punto de poner en peligro la investigación como riesgo que apunta Valero (2003), pero sí por el hecho de haberse creado un tipo de investigación que no es aplicable, en muchos casos, a situaciones clínicas (Barlow, Hayes y Nelson, 1984; Stricker, 1992). Los mecanismos alternativos que hemos empleado para superar tales dificultades han sido los utilizados por Archer y Cooper (1998), Bloom (2001b, 2002), Kohlenberg y Tsai (1991), es decir, contrastar con otros servicios y profesionales muchas de las decisiones tomadas hasta hacerlas viables. En segundo lugar, creemos que es muy necesario ampliar y profundizar la investigación sobre las denominadas terapias breves y muy breves, pues si los datos apuntados en la introducción se mantienen, y los servicios públicos de salud mental en nuestro país no crecen al ritmo exponencial de la demanda (Pérez y García, 2001), se van a necesitar modelos y procedimientos de intervención que permitan mejorar indicadores asistenciales relacionados con la accesibilidad y eficacia de estos servicios, como por ejemplo, el tiempo en lista de espera, el tiempo inter citas, etc. Por último, considerando que hay un solapamiento considerable en el diagnóstico de trastornos de ansiedad y depresión, comorbilidad según Gorwood (2004), la línea de investigación iniciada con nuestro modelo parece prometedora, pues al igual que sucede con la aproximación diseñada por Kush y Fleming (2000), sintetiza componentes relevantes a problemas de ansiedad y depresión como sucede con las intervenciones psicoeducativas, la modificación de pensamientos (desde la perspectiva funcional) y el entrenamiento en resolución de problemas.

Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV). Barcelona: Masson.
- Archer, J. y Cooper, S. (1998). *Counselling and mental health services on campus*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arco, J. L., Fernández, F. D., Heilborn, V. y López, S. (2005). Demographic, academic and psychological profile of students attending counseling services at the University of Granada (Spain). *International Journal for the Advancement of Counselling*, 27, 1, 71-85.
- Arco, J. L., Fernández, F. D., López, S. y Heilborn, V. A. (2004). Motivación, Universidad de Calidad y Servicios de Counseling. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 2, 81-96.
- Arco, J. L., López, S., Heilborn, V. y Fernández, F. D. (2002a). *Protocolo de información psicopedagógica (PIP)*. Documento no publicado.
- Arco, J. L., López, S., Heilborn, V. y Fernández, F. D. (2002b). *Protocolo de consentimiento de asesoramiento psicológico individual*. Documento no publicado.
- Arco, J. L., López, S., Heilborn, V. y Fernández, F. D. (2002c). *Autorregistro*. Documento no publicado.
- Arco, J. L., López, S., Heilborn, V. y Fernández, F. D. (2002d). *Cuestionario de Evaluación del Servicio (CES)*. Material no publicado.
- Baldwin, D. S., Evans, D. L., Hirschfeld, R. M. y Kasper, S. (2002). Can we distinguish anxiety from depression? *Psychopharmacological Bulletin*, 36, 158-165.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D. H., Hayes, S. C. y Nelson, R. O. (1984). *The scientist practitioner. Research and accountability in clinical educational settings*. Nueva York: Pergamon Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1995). Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory-BDI). En M. I. Comeche, M. I. Díaz y M. A. Vallejo (Eds.), *Cuestionarios, inventarios y escalas, ansiedad, depresión y habilidades sociales* (pp. 186-193). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Bittner, A., Goodwin, R. D., Wittchen, H., Beesdo, K., Höfle, M. y Lieb, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 618-626.
- Bloom, B. L. (1992). *Planned short-term psychotherapy: A clinical handbook*. Needham Heights, Mass.: Allyn & Bacon.
- Bloom, B. L. (1997). The consumer reports psychotherapy effectiveness study. *Crisis Intervention*, 3, 245-249.
- Bloom, B. L. (2001a). Planned short-term psychotherapy. En W. E. Craighead y C. B. Nemeroff (Eds.), *The corsini encyclopedia of psychology and behavioral science (vol. 3)* (pp. 1213-1214). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Bloom, B. L. (2001b). Focused single-session psychotherapy: A review of the clinical and research literature. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1, 75-86.
- Bloom, B. L. (2002). Brief interventions for anxiety disorders: Clinical outcome studies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2, 325-339.
- Bricall, J. (2000). *Universidad 2000*. Madrid: CRUE.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P. y Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Campoy, T. J. y Pantoja, A. (2000). La orientación en la Universidad de Jaén. *Revista de Orientación y Psicopedagogía*, 11, 77-106.

- Capafóns, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13, 442-446.
- Carson, R. C. (1997). Costil compromisos: A critique of the DSM. En S. Fischer y R. Greenberg (Eds.), *Psychopharmacology scientifically reappraised* (pp. 98-114). Nueva York: Wiley.
- Castellano, F. (1995). *La orientación educativa en la Universidad de Granada*. Granada: Universidad de Granada.
- Consejo de Universidades (1997). *Informe sobre la evaluación de la calidad de las universidades*. Madrid: Secretaría General.
- Crouse, R. H. (1982). Peer network therapy: An intervention with the social climate of students in residence halls. *Journal of College Student Personnel*, 23, 105-108.
- Cummings, N. (1990). Brief intermintent psychotherapy throught the life cycle. En J. K. Zeig y S. G. Gilligan (Eds.), *Brief therapy: Myths, models and metaphors*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Cutrona, C. E. (1982). Transition to college: Loneliness and the process to ajustment. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp. 291-309). Nueva York: Wiley.
- Dugas, M., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H, Langolis, F., Provencher, M. D. y Boisvert, J. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 821-825.
- Europa Press (2001). *Casi cuatro de cada diez universitarios sufren depresión, según una encuesta de la complutense*. Recuperado el 27 de octubre de 2002, de <http://www.psiquiatria.com>
- Fernández, M. y Ruiz, J. (2003). *Las razones de los jóvenes. Discursos de los jóvenes andaluces*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Juventud. Junta de Andalucía.
- Friman, P. C., Hayes, S. C. y Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137-156.
- Gallagher, R. P. (2002). *National survey of counselling center directors*. Pittsburgh: International Associations of Counselling Services, INC.
- Gallagher, R. P., Golin A. y Kelleher, K. (1992). The personal, career and learning skills needs of college students. *Journal of College Student Development*, 33, 301-309.
- Goldiamond, I. (1975). Alternate sets as a framework for behavioral formulation and research. *Behaviorism*, 3, 39-86.
- Gorwood, P. (2004). Comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor: ¿Un ejemplo de peliotropía genética? *European Psychiatry*, 19, 27-33.
- Harvey, A. G. y Rapee, R. M. (1995). Cognitive-behavior therapy for generilized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 18, 859-870.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior therapy*. Nueva York: Guilford.
- Haynes, S. N. y O'Brien, W. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. Nueva York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A., Virués, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 1, 349-371.

- Kush, F. y Fleming, L. (2000). An innovative approach to short-term group cognitive therapy in the combined treatment of anxiety and depression. *Group Dynamics*, 4, 176-183.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. y Andrews, J. A. (1993). Adolescents psychopathology: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Ley de Reforma Universitaria (1983). *Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria*. Recuperado el 23 de junio 2003, de <http://www.upv.es/perfiles/legisla/lruc.html>
- Ley Orgánica de Universidades (2001). *Ley Orgánica 6/2001 de 21 de diciembre de Universidades*. Recuperado el 23 de junio 2003, de <http://www.boe.es/boe/dias/2001-12-24/seccion1.html>
- Montero, I. y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 1, 115-127.
- Nicholas, L. (1997). Patterns of utilization of university counseling services: A comparison of a South African and a North American University. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 19, 65-71.
- Pérez, M. y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493-510.
- Pinkerton, R. S. (1996). The interaction between brief and very brief psychotherapy: Allowing for flexible time limits on individual counselling services. *Professional Psychology*, 27, 315.
- Ramos-Álvarez, M.M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Rich, A. R. y Bonner, R. L. (1987). Interpersonal moderators of depression among college students. *Journal of College Student Personnel*, 28, 337-342.
- Russel, J. H. y Thompson, D. (1987). Evaluation of a program of peer helping for 1st-year students. *Journal of College Student Personnel*, 28, 330-336.
- Sánchez, M. F. (1998). Las funciones y necesidades de orientación en la Universidad: Un estudio comparativo sobre las opiniones de universitarios y profesionales. *Revista de Orientación y Psicopedagogía*, 9, 87-107.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.
- Simón, M. A. (1996). Diseños de investigación en psicología clínica y de la salud. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 13-42). Madrid: Siglo XXI.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1999). *Cuestionario de ansiedad estado rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Steenbarger, B. N. (1992). Toward science-practice integration in brief counselling therapy. *Counselling Psychologist*, 20, 403-450.
- Stricker, G. (1992). The relationship of research to clinical practice. *American Psychologist*, 47, 543-549.
- Valero, L. (2003). *El análisis de caso: Experimentación y aplicación clínica*. Recuperado el 25 de febrero de 2003, de <http://www.contextos.bizland.com>
- Vidal, J., Callejo, L., Junquera, S., Pérez, C. y Vieira, M. J. (2003). *Sistemas de evaluación y acreditación de los servicios a estudiantes en instituciones de educación europeas*. Recuperado el 25 de octubre de 2003, de <http://www3.unileon.es/dp/amide/inves/publi/Servori.pdf>

- Vidal, J., Díez, G. y Vieira, M. J. (2001). *La oferta de los servicios de orientación en las universidades españolas: Innovación y ajuste a las necesidades de la comunidad universitaria. Informe final del proyecto*. Recuperado el 24 de octubre de 2002, de http://www.evori.net/~servieuro/informe_servieuro.pdf
- Walters, O. S. (1970). Prevalence of diagnosed emotional disorders in university students. *Journal of American College Health Association*, 18, 204-209.
- Wilson, K. G. y Blackledge, J. T. (1999). Recent developments in the behavioral analysis of language: Making sense of clinical phenomena. En M. J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp. 27-46). Reno, N.V.: Context Press.