

Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios

Carolina Serrano Barquín,
Adelaida Rojas García y Camilo Ruggero

Resumen

La depresión es una de las enfermedades más difundida en la actualidad; perturba tanto a las personas adultas como a los jóvenes, quienes agobiados por expectativas personales, familiares y sociales, resultan gravemente afectados, ya que éstas los obligan a enfrentarse a agresivos retos de competitividad. El propósito es indagar si el rendimiento escolar de los estudiantes universitarios guarda relación con estados de depresión y ansiedad; para ello, se presentan resultados parciales de una investigación que se inserta dentro

Abstract

Depression is one of the most widespread conditions nowadays; it affects adults as well as young people who feel extremely overwhelmed by familiar, social and their own expectations, since these make them face aggressive competitiveness challenges. The main purpose of this paper is enquiring into the relationship between depression and anxiety. Thus partial results, taken from "Depression and anxiety in the United States and Mexico: joining investigations on mental health among cultures", are presented. This project was developed by the Autono-

CAROLINA SERRANO BARQUÍN [carolinasb@hotmail.com], ADELAIDA ROJAS GARCÍA [rojasegarcia.adelaida@gmail.com]
Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México.
CAMILO RUGGERO. Profesor asistente de psicología en la Universidad del Norte de Texas [camilo.ruggero@unt.edu].

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 15, núm. 1, enero-junio 2013, pp. 47-60.
Fecha de recepción: 2 de febrero de 2012 | Fecha de aceptación: 6 de septiembre de 2012.

del proyecto: “Depresión y ansiedad en los Estados Unidos y México: uniendo investigaciones sobre la salud mental entre las culturas”, desarrollado por la Universidad Autónoma del Estado de México y la Universidad del Norte de Texas.

mous University of the State of Mexico and University of North Texas.

KEYWORDS

depression, anxiety, academic achievement.

PALABRAS CLAVE

estados depresivos, estados de angustia, desempeño académico.

La existencia del ser humano ha llevado consigo emociones, sentimientos y estados de ánimo que lo abarcan y lo conducen hacia la plenitud, el hundimiento e incluso al rescate de sí mismo. De los síntomas anímicos más importantes en los últimos tiempos, debido a las consecuencias y sus efectos, así como a su acrecentado padecimiento, son, por un lado, la ansiedad y, por otro, lo que se ha denominado depresión. Después de las enfermedades cardíacas, las depresiones representan en la actualidad la mayor carga de salud, con sus implicaciones económicas, políticas, y familiares principalmente.

En una encuesta internacional de epidemiología, realizada por la Organización Mundial de la Salud, se encontró que la prevalencia de la depresión mayor durante el periodo de vida de una persona es de 16.9% y 8.1%, en Estados Unidos y México, respectivamente (Andrade, Caraveo-Anduaga, Berglund, Bijl, De Graaf, Vollebergh, Dragomirecka, Kohn, Keller, Kessler, Kawakami, Kiliç, Offord, Ustun y Wittchen, 2003). En ambos países, los trastornos de ansiedad son comunes y se relacionan frecuentemente con la depresión (Andrade *et al.*, 2003; Slone, Norris, Murphy, Baker, Perilla, Díaz, Rodríguez, Gutiérrez, Rodríguez, 2006). Los trastornos del estado de ánimo se encuentran entre las principales causas de incapacidad en el ámbito mundial y son responsables además de un significativo agobio personal, así como también de un alto costo en la salud

pública (López, Mathers, Ezzati, Jamison y Murray, 2006). Por ejemplo, se espera que para 2020 la depresión mayor llegue a ser la segunda causa de incapacidad de cualquier condición médica.

Los trastornos relacionados con depresión y ansiedad son comunes en Estados Unidos y México, y exigen un gasto considerable. “Dado que la ansiedad psíquica y somática es el tercer síntoma por orden de frecuencia en la depresión, no debe sorprender que sea también la causa de dificultad diagnóstica en edades en las que ansiedad y depresión puedan eventualmente coexistir” (Vallejo y Gastó, 1990: 57).

En ciertos casos, la ansiedad y la depresión constituyen síndromes puros, pero frecuentemente se solapan, de tal forma que en la práctica no es extraño observar depresiones con una gran carga de ansiedad o cuadros de angustia empañados con sintomatología depresiva. “El humor depresivo no es raro en los estados de ansiedad y los síntomas ansiosos contaminan los cuadros depresivos. Concretamente, según Hamilton (1960), 95% de depresivos presentan síntomas psíquicos de ansiedad, y 85% aquejan síntomas somáticos. Por el contrario, 80% de ansiosos refieren humor depresivo” (Vallejo y Gastó, 1990: 498).

La depresión, en su sentido más común y más popular, es un síntoma anímico, aunque también puede ser un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas aunados al del bajo estado de ánimo; los típicos síntomas acompañantes son insomnio, falta de apetito, pérdida de peso, etcétera; y en su sentido más restrictivo, “lo que entendemos como trastorno depresivo no es sólo un síndrome depresivo sino un *cuadro clínico completo* con una duración determinada, con un patrón de síntomas exigibles para su diagnóstico” (Ortiz, 1997: 142).

La premisa básica de la teoría de Beck es que la depresión se caracteriza fundamentalmente por la existencia de errores cognitivos que conducen al individuo deprimido a percibir e interpretar la realidad de una manera negativa. Es decir, en términos del paradigma del procesamiento de información, la depresión se caracterizaría por un procesamiento distorsionado negativamente de la información (Ortiz, 1997: 159).

Las personas deprimidas, por ejemplo, atienden selectivamente y magnifican la información negativa, mientras que ignoran o minimizan la información positiva; los errores y fallos se personalizan y sus efectos negativos se exageran y sobregeneralizan.

Por otra parte, la ansiedad se entiende como un estado emocional presente en todas las culturas, es decir, es una experiencia universal, “de ahí quizá su raíz biológica, aunque debe también añadirse que es relevante en determinadas dinámicas sociales generales y muy significativa en ciertas situaciones específicas” (Luengo, 2004: 30).

En numerosas ocasiones, se constata que estrés es la antesala de las respuestas ansiosas [...] al igual que el miedo, se asocia a un estado de tensión personal ante un hecho comprometedor o amenazador concreto; en la ansiedad se difumina el carácter particular de este hecho y el individuo deja de percibir lo exterior para instalarse en sí mismo como problema esencial (Luengo, 2004: 74).

Queda, entonces, claro que la ansiedad supone la constatación de nuestra propia realidad, sin embargo, esta realidad se encuentra personalizada; “para algunos sujetos el desajuste se plantea respecto a lo novedoso; para otros se halla siempre presente, dudando y sufriendo de manera continua; finalmente, para otros el desajuste y la aparición ansiosa sólo tienen lugar ante la presencia de determinados elementos de la realidad (caso fóbico) que, de forma simbólica, parecen sintetizar esa amenaza vital de la que deben defenderse activamente” (Luengo, 2004: 103). Las estadísticas que muestra Luengo son alarmantes:

En Estados Unidos, se ha considerado que cerca de 25% de la población ha experimentado a lo largo de su vida al menos un trastorno ansioso (porcentaje análogo al del abuso de sustancias).

De los trastornos de ansiedad, el más usual es la fobia social, con 13% de casos.

Existe una doble incidencia del trastorno en mujeres que en hombres (porcentaje análogo al del trastorno depresivo). La porción es de 3 a 1 en el caso del trastorno agorafóbico.

Se da una mayor tasa de ansiedad en niveles socioeconómicos bajos.

La incidencia de los trastornos de ansiedad es más elevada en la adolescencia y la juventud que en la madurez. Las patologías más usuales encuentran su tasa más elevada entre los 20 y los 30 años.

También Miguel-Tobal, en 1996 (cit. por Ortiz, 1997: 113), nos advierte que se calcula que entre 13% y 15% de la población padecerá algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud estima que una cuarta parte de la población que acude a consulta solicitando asistencia médica presenta una sintomatología típicamente ansiosa.

Mientras, en el rendimiento escolar, la importancia de los procesos motivadores ofrece pocas dudas debido a que, para que se realicen aprendizajes, resulta necesario contar con la participación activa del propio sujeto que aprende.

En cuanto al concepto que uno tiene de sí mismo, aparece en el conjunto de factores de la personalidad como la variable con mayor incidencia en el rendimiento, ya que articula gran parte del aprendizaje. El autoconcepto implica tres instancias diferentes de la persona: la autoimagen —la visión que la persona tiene de sí en un momento dado—; la imagen social que considera que tienen los demás de su persona, y la imagen ideal como proyección de lo que le gustaría ser en el plano ideal. La comunicabilidad —que hace a los demás partícipes de lo que uno tiene— es otro de los factores incidentes en el rendimiento así como las “ganas de aprender” —como disposición favorable y abierta a nuevas situaciones— (Cano, 2001: 39).

Se ha encontrado que los estudiantes con bajo rendimiento escolar son sujetos normales desde el punto de vista intelectual, pero que por diversas causas fallan en sus aprendizajes escolares. Específicamente, la eficiencia diaria en la escuela es inferior a lo que podría esperarse de su inteligencia. “De 35 a 70% de los niños y adolescentes que presentan rechazo escolar padecen simultáneamente trastornos afectivos y/o de ansiedad [...] a mayor “escolarización” del cuadro, más probabilidades de que

vaya acompañado por algún trastorno afectivo, especialmente en épocas prepuberales y puberales” (Vallejo, 1990: 605-609).

La depresión y la ansiedad anteriormente se entendían como padecimientos exclusivamente psicológicos; ahora, se les relaciona con las manifestaciones o expresiones corporales, como síntomas del sistema anímico, o tal vez, ya no como enfermedades sino crisis... “La irrealidad de la persona deprimida se manifiesta claramente en el grado en que ha perdido contacto con su cuerpo” (Lowen, 2010: 19). Este autor comenta el caso de una de sus pacientes: la motivación inconsciente de que ella se operara los pechos era el deseo de suprimir toda sensación erótica de su cuerpo. Su cuerpo con sus deseos había sido la causa inicial de su desgracia y había continuado siendo una fuente de insatisfacción y frustración. Por otra parte, su mente era pura y su inteligencia viva y tenía un gran potencial creativo. ¡Qué tentador era olvidarse del cuerpo y vivir en la atmósfera limpia y etérea de la psique! Esta paciente no tenía una personalidad esquizoide ni esquizofrénica, y ese grado de disociación le resultaba imposible. Podía anular su cuerpo, pero no podía escapar de él.

Uno de los debates más acalorados al día de hoy es si existe una depresión en singular o son las depresiones en plural. Teóricos con una gran experiencia clínica, como es el caso de Benzión Winograd, reconoce el fenómeno de la depresión como múltiple y la singularidad de cada caso. La problemática depresiva como campo vinculado a las vicisitudes del narcisismo, la relación con los ideales, las complejizaciones inconscientes, los procesos identificatorios y la modalidad de procesamiento de las pérdidas. “Estas operatorias se entenderán como fuera del campo de la consciencia, en el marco de una estructura psíquica que se puede llamar inconsciente ampliado” (Winograd, 2007). Busca respuestas variadas a problemáticas diversas.

Tanto el ansioso como el depresivo presentan dificultades en su trabajo, con su rendimiento escolar, en su grupo social. Tienen pérdida de la capacidad de experimentar placer (intelectual, estético, alimentario o sexual). “El depresivo es un agobiado en busca de estímulo. Un ansioso en busca de calma. Un insomne en busca de sueño” (Hornstein, cit. por

Lowen, 2010: 18). Hay una realidad innegable en la vida de toda persona y es su existencia física y corporal. Su ser, su individualidad, su personalidad están determinadas por su cuerpo. Nada existe separado de su cuerpo. El concepto de enfermedad mental es una ilusión. No existe perturbación mental que a la vez no lo sea física (Lowen, 2010).

Así, el cuerpo tiene una función primordial en el estudio de la depresión o la ansiedad, ya que el pensamiento emana, pues, de la interacción de una carne subjetiva que dice yo y el mundo que la contiene, del gran juego de las pasiones corporales, el cual implica fuertes relaciones conflictivas: “La infancia, pero antes de ésta la prehistoria inconsciente, acumula informaciones como cargas eléctricas que establecen relaciones conflictivas” (Onfray, 2008: 71).

La comprensión de la naturaleza de los trastornos de ansiedad y depresión ha sido obstaculizada por la dependencia en instrumentos de medición con baja confiabilidad y validez. Las medidas más conocidas no exploran los síntomas en general, confunden la depresión con la ansiedad, y oscurecen la heterogeneidad de los síndromes existentes (Watson, O’Hara, Simms, Kotov, Chmielewski, McDade-Montez, Gamez y Stuart, 2007). Éstas son deficiencias que limitan la comparación en la expresión y organización de los síntomas entre las culturas estudiadas.

Debido a los elevados costos que se generan, es de gran importancia descubrir y conocer la etiología de tales trastornos, así como mejorar las herramientas para la medición y detección oportuna. La clave en este proceso está en definir estos trastornos, utilizando rigurosamente instrumentos válidos y confiables para poder distinguir los aspectos de estas condiciones que puedan ser universales y aquellos que son específicos de cierta cultura.

El instrumento más usado para las evaluaciones diagnósticas en los Estados Unidos, la Entrevista Clínica Estructurada por el DSM-IV SCID (Williams, Gibbon, First, Spitzer *et al.*, 1992), es una entrevista que se apega a los criterios del DSM-IV. Ésta arroja resultados categóricos (por ejemplo, una persona tiene un trastorno o no) como opuestos a los dimensionales. Estas características hacen que sea imposible usar la información del SCID

o similares medidas para explorar cómo los síntomas están relacionados entre sí o cuáles son síntomas propios de cada cultura.

Los autorreportes de instrumentos presentan problemas similares. El Centro de Epidemiología para Estudios en Escalas de Depresión (CES-D) (Radloff, 1977), por ejemplo, ha sido ampliamente usado alrededor del mundo, pero no evalúa los diferentes tipos de depresión (Joiner, Walker, Pettit, Pérez y Cukrowicz, 2005). De la misma forma, otro instrumento usado frecuentemente es el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh, 1961), basado en un solo ítem para la evaluación de diferentes escalas. Debido a esto, no es de sorprender que el análisis factorial de diferentes medidas de depresión haya encontrado difícil replicar los subtipos de trastornos a través de varias medidas y poblaciones (Shafer, 2006).

Una nueva generación de instrumentos, principalmente el Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS) (Watson *et al.*, 2007), fueron recientemente desarrollados para superar las deficiencias de los instrumentos de medida tradicionales de depresión y ansiedad. En particular, el IDAS fue desarrollado con fondos del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos y fue rigurosamente analizado en múltiples muestras, utilizando la práctica del estado de arte para la construcción de dicho instrumento (Smith y McCarthy, 1995).

Por esta razón, en la investigación referida se aplicó el IDAS, para realizar un análisis comparativo entre los resultados del IDAS y el rendimiento escolar. Asimismo, se pretenden beneficios no sólo cuantitativos, sino cualitativos, ya que, al conocer la relación entre la depresión, ansiedad y rendimiento académico, pueden ofrecerse soluciones a los estudiantes. La adaptación del instrumento IDAS para su aplicación en español en la Universidad Autónoma del Estado de México es también un beneficio, pues, como se mencionó, los anteriores son muy limitados.

Sin embargo, evaluar los síntomas de depresión y ansiedad mediante la aplicación del IDAS y considerar como indicador del rendimiento escolar únicamente el promedio general, es una limitante; se espera que pueda ampliarse esta investigación, para indagar más sobre las diferencias

culturales en cuanto a la expresión de la ansiedad y depresión, lo cual requiere un estudio y análisis más detallado. Adaptar un instrumento de medición de un país a otro requiere más que una simple traducción. La adaptación de un instrumento de medición para su uso en otra cultura requiere el establecimiento de su equivalencia semántica, así como su equivalencia conceptual.

Método

El objetivo general de la presente investigación fue correlacionar el rendimiento académico con las variables de ansiedad y depresión encontradas en los factores del Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS).

Se trabajaron las variables siguientes:

Variable 1: Rendimiento académico, que se define como “el alto nivel satisfactorio o superior de conocimiento demostrado en un área o materia comparado con la norma y que generalmente es medido por el promedio escolar” (Wilcox, 2007).

El rendimiento escolar alto será medido a través del promedio general que oscile entre 8.0 y 10.0 puntos, encontrado en el historial académico de los alumnos, resultado de los semestres cursados con anterioridad.

Variable 2: Rendimiento académico bajo, entendido como el desajuste entre capacidades reales de un alumno y su rendimiento escolar insuficiente en una o varias asignaturas (Anaconda, 1999).

El rendimiento escolar bajo, será medido a través del promedio general que se encuentre por debajo de 7.9 puntos, encontrado en el historial académico de los alumnos, resultado de los semestres cursados con anterioridad.

Variable 3: Depresión, definida como síntoma anímico, aunque también la depresión puede ser un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas aunados al del bajo estado de ánimo; los típicos síntomas acompañantes son insomnio, falta de apetito, pérdida de peso, entre otros (Ortiz, 1997).

Variable 4: Ansiedad, considerada como la anticipación aprensiva de

un daño o desgracia acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión (DSMIV).

POBLACIÓN

Se trabajó con 218 alumnos de las licenciaturas en Psicología, Educación y Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias de la Conducta, generación 2006-2010, de la Universidad Autónoma del Estado de México; con edades que oscilan generalmente entre los 19 y los 25 años, mujeres en su mayoría, solteras y con promedios generales con un rango de entre 7.5 y 9.7, quienes fueron clasificadas de acuerdo con su rendimiento académico en alto de 8.0 a 10.0 puntos y bajo de 7.9 hacia abajo.

INSTRUMENTO

Se trabajó con el Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS), que contiene 10 escalas de síntomas específicos: suicidio, cansancio, insomnio, pérdida de apetito, aumento de apetito, mal humor, bienestar, pánico, ansiedad social, e intrusiones traumáticas. También incluye dos escalas más amplias: Depresión general (que contiene elementos superpuestos con varias otras escalas IDAS) y Disforia (Watson, 2007).

Dicho instrumento fue construido para cubrir un amplio rango de síntomas que representa diferentes facetas de la depresión y la ansiedad, con la finalidad de explorar posibles subtipos.

Para obtener la correlación entre rendimiento académico, ansiedad y depresión, se aplicó el coeficiente de Spearman que arroja la asociación o interdependencia entre dos o más variables; en este caso, la asociación entre rendimiento académico y ansiedad y entre rendimiento académico y depresión.

Resultados

De acuerdo con el IDAS, de los 19 factores, 6 correlacionaron significativamente con la variable de rendimiento académico, esto es, de los 7 factores

del IDAS indicadores de Depresión respecto del rendimiento académico, sólo 4 factores se presentan como significativos en su correlación, lo cual significa que 57% de indicadores de depresión correlacionaron con rendimiento académico; mientras que de los 12 indicadores del factor Ansiedad respecto del rendimiento académico, sólo 2 se presentan como significativos en su correlación, es decir 16.6%.

Ahora bien, según los resultados, la depresión está asociada al bajo rendimiento escolar en más de la mitad de la muestra, lo cual indica que “la depresión podría ser la causa del bajo rendimiento, dado que los síntomas depresivos interfieren la actividad intelectual generando el fracaso escolar. En otros casos, el bajo rendimiento escolar produciría baja autoestima y cogniciones pesimistas que pueden conducirlo a la depresión” (Domínguez, cit. por Rivas, 1995: 74).

En la primera suposición, la depresión detona un bajo rendimiento académico, ya que el alumno pierde el interés por el estudio debido a su malestar, por el cual no hay motivación ni ganas de progresar, refiriéndonos al discurso capitalista; en tales casos, la depresión inhibe el deseo del individuo. Por otro lado, en la segunda suposición, la causa del bajo rendimiento son otras que no son mencionados por el autor; ese declive en lo académico es lo que provoca la depresión, es decir, ante la imposibilidad de rendir como los demás o calificar aprobatoriamente las asignaturas y continuar regularmente los estudios, sobreviene la depresión.

Así, el precio que deben pagar los niños por su depresión es el pobre rendimiento escolar. La depresión dificulta la memoria y la concentración, impidiéndoles prestar atención y asimilar lo que se les enseña. Un niño que no siente ilusión por nada encontrará casi imposible acopiar la energía suficiente para que las lecciones del profesor lo estimulen de algún modo (Goleman, 2008: 370).

Los resultados arrojan, por otro lado, poca, casi nula correlación entre el rendimiento académico y la ansiedad. Teóricamente, en muchos casos la depresión y la ansiedad contaminan su sintomatología; incluso pueden ser experimentados ambos padecimientos, lo que dificultaría un diagnóstico clínico. No obstante, para fines de esta investigación, la ansiedad no

figura como causante o efecto del rendimiento académico; aun así, debe tenerse en cuenta, como señalan Rodríguez y Gallego (1982), que estamos ante un concepto relativo y subjetivo en el que confluyen circunstancias sociales, educativas-institucionales y económicas (Martínez, 2007).

Sin embargo, aún es innegable que tanto el ansioso como el depresivo presentan dificultades en su trabajo, con su rendimiento escolar, en su grupo social. Tienen pérdida de la capacidad de experimentar placer (intelectual, estético, alimentario o sexual). El depresivo es un agobiado en busca de estímulo. Un ansioso, en busca de calma.

Conclusiones

Las correlaciones entre depresión y rendimiento académico indican que en la población de la Facultad de Ciencias de la Conducta, la depresión es significativa, ya sea como causa o como efecto de los aspectos académicos.

La depresión va en aumento entre los diversos sectores y rangos de la sociedad, incluyendo a estudiantes del nivel superior, lo que afecta no sólo la inmediatez del individuo, sino el nivel educativo en la sociedad y en el país.

La ansiedad, aunque no fue correlacionada en ésta y en otras investigaciones anteriormente realizadas por diversos autores, puede entremezclarse o llegar a ser puramente un factor que se relacione con el rendimiento académico, debido a las exigencias del actual sistema educativo dentro del marco referente a las competencias.

El rendimiento académico, por lo tanto, dependerá de múltiples factores, y no sólo de alguno de ellos —como el psicológico—, sino también del económico, político, social, familiar, individual, y, en cuanto a lo individual de la personalidad, del cognitivo, físico, actitudinal, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

- Anacona, A. (1999). *Limitación para la asimilación aprovechamiento de los conocimientos*. México: Trillas.
- Andrade, L.; Caraveo-Anduaga, J. J.; Berglund, P.; Bijl, R. V.; De Graaf, R.; Vollebergh, W.; Dragomirecka, E.; Kohn, R.; Keller, M.; Kessler, R. C.; Kawakami, N.; Kiliç, C.; Offord, D.; Ustun, T. B. y Wittchen, H. U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*, 12, 3-21.
- Beck, A.T.; Ward, C. H.; Mendelsohn, M.; Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Cano, J. (2001). El rendimiento escolar y sus contextos. *Revista Complutense de Educación*, 12(1), 15-18.
- Goleman, D. (2008). *Inteligencia emocional*. Madrid: Kairós.
- Hamilton, M. (1960). Rating scale for depression. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*, (23), 56-62.
- Joiner, T. E. Jr.; Walker, R. L.; Pettit, J. W.; Pérez, M. y Cukrowicz, K. C. (2005). Evidence-based assessment of depression in adults. *Psychological Assessment*, 17, 267-277.
- López, A.; Mathers, C.; Ezzati, M.; Jamison, D. y Murray, C. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. *Lancet*, (367), 1747-1757.
- Lowen, A. (2010). *La depresión y el cuerpo*. Madrid: Alianza.
- Luengo, D. (2004). *La ansiedad al descubierto. Cómo comprenderla y hacerle frente*. Madrid: Paidós.
- Martínez, V. (2007). *La buena educación: Reflexiones y propuestas de psicopedagogía humanista*. Madrid: Antropos.
- Onfray, M. (2008). *La fuerza de existir. Manifiesto hedonista*. Barcelona: Anagrama.
- Ortiz, M. (1997). *Trastornos Psicológicos*. Madrid: Aljibe.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rivas, M. (1995). *Psicopatología en la edad escolar*. Madrid: Universidad de Cantabria.
- Rodríguez, J. y Gallego, S. (1992). *Lenguaje y rendimiento académico: Un estudio en educación secundaria*. Salamanca: Universidad de Salamanca.

- Shafer, A. (2006). Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 123-146.
- Slone, L. B.; Norris, F. H.; Murphy, A. D.; Baker, C. K.; Perilla, J. L.; Díaz, D.; Rodríguez, F. G. y Gutiérrez Rodríguez, J. de J. (2006). Epidemiology of major depression in four cities in Mexico. *Depression and Anxiety, 23*, 158-167.
- Smith, G. y McCarthy, D.. (1995). Methodological Considerations in the Refinement of Clinical Assessment Instruments. *Psychological Assessment, 7*, 300-308.
- Vallejo, J. y F. Gastó. (1990) *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Madrid: Salvat.
- Watson, D.; O'Hara, M. W.; Simms, L. J.; Kotov, R.; Chmielewski, M.; McDade-Montez, E.A.; Gamez, W. y Stuart, S. (2007). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychological Assessment, 19*, 253-268.
- Wilcox, M. (2007). *Factores de riesgo y protección para el rendimiento académico: Un estudio descriptivo en estudiantes de psicología de una universidad privada*. México: Universidad Intercontinental.
- Williams, J. B.; Gibbon, M.; First, M. B.; Spitzer, R. L. *et al.* (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): II. Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry, 49*, 630-636.
- Winograd, B. (2007). *Depresión: ¿enfermedad o crisis? Una perspectiva psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.