



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 18 No. 4

Diciembre de 2015

MANEJO DE ESTRÉS EN ESTUDIANTES FORÁNEOS Y DE INTERCAMBIO ACADÉMICO

Karina Sugeyl Venegas¹ Ayala y Mónica Teresa González Ramírez²

Facultad de Psicología

Universidad Autónoma de Nuevo León
México

RESUMEN

La presente investigación se propone para analizar el efecto de la combinación entre la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en el tratamiento para el manejo del estrés en estudiantes foráneos de una Universidad del norte de México. La intervención terapéutica tuvo modalidad de taller, el cual constó de 7 sesiones con 13 participantes, de los cuales 7 de ellos cumplieron con los criterios para formar parte de esta investigación. Los resultados mostraron una disminución en las distorsiones cognitivas, un mejor manejo de la solución de problemas y una mejor expectativa del futuro a nivel personal, académico y profesional. Por ello se concluyó este tipo de intervención tuvo un impacto positivo en los participantes, y es recomendable su implementación para los alumnos que están en su primer año como estudiantes en una facultad foránea.

Palabras clave: cognitivo conductual, terapia centrada en soluciones, estudiantes foráneos, estrés, expectativa del futuro.

¹ Licenciada en Psicología, egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, actualmente psicóloga clínica en la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UANL. Correo electrónico: karysuva87@hotmail.com. Teléfono: (045) 8115180232. Correspondencia: Emiliano Zapata 521, Colonia Ignacio Altamirano 76140, Guadalupe N.L.

² Dra. En Psicología-Investigadora, actualmente miembro del cuerpo académico en psicología social y de la salud en la Facultad de Psicología de la UANL. Correo electrónico: monica.gonzalezrz@uanl.edu.mx y monygzz77@yahoo.com

STRESS MANAGEMENT FOR FOREIGN STUDENTS AND ACADEMIC EXCHANGE

ABSTRACT

The present investigation proposes to analyze the effect combination between cognitive behavioral therapy and the solution-focused therapy in the treatment of stress in foreign students of a university in the north of Mexico. Therapeutic intervention had workshop modality, which consisted of 7 sessions with 13 participants, 7 of which fulfilled the criteria for being part of this research. The results showed a decrease in cognitive distortions, better management of problem solving and improved expectation of their future on a personal, academic and professional level. Therefore it was concluded that this type of intervention had a positive impact on participants and their implementation is recommended for students who are in their first year in a foreign faculty.

Key words: Cognitive and Behavioral, Solution focused therapy, foreign students, stress, expectations for the future.

INTRODUCCIÓN

El *estrés aculturativo* es la tensión que produce la confrontación con una nueva cultura, que se puede manifestar en forma de problemas de salud psicológicos, somáticos y de relación social. El estrés aculturativo tiene que ver, al menos, con tres fenómenos: a) La sobrecarga cognitiva que sufre la persona al tener que actuar permanentemente de forma consciente y voluntaria. b) una nueva cultura implica un esfuerzo por entender bien cuáles son los roles que existen en esa cultura, c) Un sentimiento de impotencia, debido a la incapacidad de actuar competentemente en la nueva cultura (Sosa y Zubieta, 2010).

González-Alafita y Flores-Meléndez (2011), afirman que: cuando personas que proceden de diferentes grupos interactúan, experimentan cierta preocupación, que puede deberse a la posibilidad de no ser suficientemente capaces para desenvolverse, salir perjudicado del encuentro, o poder ser víctima de malos entendidos, afrentas, etc. La ansiedad generada por todas estas posibilidades puede crear en sí misma dificultades y afectos que dificulten dicha relación.

Los estudiantes de intercambio pasan por diferentes fases durante su experiencia intercultural en un país ajeno. Empezando desde la llegada a dicho país hasta el reajuste de regreso en su hogar. Todo este proceso implica aprendizaje y tiempo

para irse habituando al nuevo lugar en donde los estudiantes suelen experimentar diferentes emociones que van desde felicidad, confusión, tristeza y nostalgia, entre otras (González-Alafita y Flores-Meléndez, 2011).

De ahí la necesidad de generar estrategias de intervención que aminoren el impacto emocional y procuren la adaptación cultural en el desarrollo gradual de habilidades de afrontamiento desde las cosas más simples hasta lo más complejo. Según Zúñiga (2011), existen dos estrategias que las personas pueden utilizar para el afrontamiento. La primera tiene como objetivo regular las emociones producidas por la situación estresante, implica una transformación en la manera de pensar sobre lo que está sucediendo, pasando de una valoración amenazadora a otra más serena o positiva. Este afrontamiento se divide a su vez en dos tipos: la evitación, cuando se intenta no pensar en lo que causa preocupación; y la revaloración del significado personal, que implica volver a realizar la evaluación, pero de una manera diferente. La segunda estrategia alude al afrontamiento mediante la resolución de problemas. Ésta se enfoca en la realización de una acción con el fin de cambiar una situación conflictiva. La resolución de problemas se enfoca principalmente en modificar el ambiente, o al sujeto mismo (Zúñiga, 2011).

Tomando como referencia a Ruiz y Cano (1999), quienes aseguran que cambiar las cogniciones y la conducta de los individuos se puede aminorar el estrés, es posible que esto ayude a regular el estrés por el cambio de atmósfera social y académica al adaptarse a un nuevo estado o país en busca de un desarrollo profesional mayor. De tal manera que los cambios realizados en su vida diaria sean visibles para los individuos y los incorporen de tal forma que se conviertan en cambios positivos y estables que los ayuden a enfrentar futuras recaídas causadas por momentos difíciles, de tal forma que el comportamiento sea cada vez más adaptable (Góngora, Fuertes y Ugidos, 1999).

Como sabemos los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización

idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo (Ruíz y Cano, 1999).

Esas estructuras de significado regularían los procesos de pensamiento, emoción y conducta, y su interrelación. Básicamente, los humanos tendrían dos grandes sistemas estructurales de significados personales: un sistema racional o reflexivo (constituido por procedimientos reflexivos y de análisis de problemas, y también por sus preferencias personales) y un sistema primitivo o irracional (constituido por significados tácitos adquiridos en otras etapas psico-evolutivas anteriores, y que ahora se muestran rígidos y disfuncionales). Cuando los significados tácitos se activan por diversas circunstancias pueden competir con el sistema reflexivo y ganarle en preponderancia, produciendo "círculos viciosos" rígidos y repetitivos de interacciones pensamiento-afecto-conducta, de psicopatología (Ruíz y Cano, 1999).

La terapia consistiría en que el paciente tomara conciencia de cómo sus significados disfuncionales o irracionales están sesgando su experiencia y produciéndole trastorno emocional. El siguiente paso, pone a prueba esos significados disfuncionales para comprobar su validez actual o su ajuste funcional. Según Ruíz y Cano (2010), esto se haría básicamente mediante procedimientos cognitivos (análisis de distorsiones cognitivas y significados asociados y generación de alternativas) y conductuales (ensayo real de alternativas o puesta a prueba de las predicciones derivadas de los significados disfuncionales).

En ese contexto, de acuerdo a McKay; Davis y Fanning (1988), los problemas a los que no se les encuentra solución desembocan en un malestar crónico, pues cuando la forma ordinaria de afrontarlos no es eficaz, aparece la indefensión, el problema se ve como insoluble y la ansiedad o la desesperación pueden llegar hasta niveles paralizantes.

En 1971, Thomas D'Zurilla y Marvin Goldfried, idearon una estrategia de solución de problemas en cinco pasos, llamada SOLVE. Definieron el problema como "*el fracaso para encontrar una respuesta eficaz*". Considerando que la situación problemática, es una situación en donde se utiliza una respuesta que parece ser

eficaz en un primer momento pero que finalmente (a largo plazo) resulta ser desastrosa (Mckay et al., 1988).

De acuerdo a Thomas D'Zurilla y Marvin Goldfried (1971), la SOLVE incluye cinco pasos metodológicos; a saber:

Paso 1: (S) Especificar el problema

Escribir una lista la descripción que mejor se adecue a algunos de los problemas identificados como prioritarios en diversas áreas por parte de la persona (salud, economía, relaciones interpersonales, familia, trabajo, estudio, noviazgo, etc.) Seleccionarán tres problemas principales (sólo se trabajará uno).

Paso 2 (O): Perfilar la respuesta

Describir con detalle el problema y la respuesta a dicho problema priorizado, siguiendo el esquema: a ¿quién? ¿cómo? ¿dónde? ¿cuándo? y ¿por qué? Reclasificar el problema intentando formas distintas de pensar en el (Reestructuración cognitiva).

Paso 3 (L): Hacer un listado de alternativas.

Hacer una lista de alternativas según tres objetivos delimitados para trabajar un problema. Por medio de la técnica lluvia de ideas, tomando en cuenta:

Se excluyen las críticas, todo vale, lo mejor es la cantidad, lo importante es la combinación y la mejora.

Paso 4 (V): Ver las consecuencias

Seleccionar las 3 estrategias más prometedoras (una de cada objetivo) y evaluar las consecuencias de ponerlas en práctica. Debajo de cada estrategia enumerar todas las consecuencias positivas y negativas que se le ocurran. Al haber elaborado la lista, se revisa cada consecuencia y se analiza cuál es la probabilidad de que suceda, si alguna es improbable se descarta antes de actuar.

Paso 5 (E): Evaluar los resultados

Se explicará que este paso es el más interesante, puesto que ahora será preciso actuar para observar las consecuencias y evaluar si se está satisfecho(a) o no con los resultados y por ende saber si se logró resolver el problema de un modo diferente al que solía utilizarse.

Actualmente la SOLVE no es tan utilizada para el manejo del estrés, sin embargo es una de las técnicas más mencionadas por distintos autores como eficaces, una de las técnicas que ha sido considerada como una buena alternativa para el manejo del estrés es el Adiestramiento en Inoculación al estrés, descrito por primera vez por Meichenbaum y Cameron (1972).

Aunque no se detectaron estudios actuales que apoyen una intervención en donde la SOLVE sea considerada como una de las técnicas principales para la intervención en estudiantes universitarios que presentan estrés, Ramírez y González (2012), mencionan que Beck, Ellis, Meichenbaum consideran que esta técnica es una de las más comunes por su eficacia al ponerla en práctica.

Por lo anterior aunque existen otras técnicas de solución de problemas como la técnica de resolución de problemas interpersonales de Spivack, Platt y Shure y el procedimiento de ciencia personal de Mahoney (Ramírez y González 2012): se considera que en la aplicación de este estudio es importante enfocarse en la resolución de problemas de D'Zurrilla como un factor importante para la disminución de estrés pues lo que se pretende con la aplicación de esta técnica es desarrollar habilidades de afrontamiento, y de esta forma se disminuya el estrés.

Por otro lado, parte básica de la solución de problemas es la reestructuración cognitiva (RC). Según González y Landero (2013), es una de las técnicas más utilizadas dentro del enfoque cognitivo conductual, la cual consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados.

Las técnicas de reestructuración cognitiva de mayor utilización son, terapia cognitiva de Beck, terapia racional emotiva de Ellis, entre otras. El propósito de estas técnicas es la modificación directa de pensamientos automáticos negativos y creencias (esquemas cognitivos disfuncionales) que se consideran mediadores de las manifestaciones de muchos trastornos psicopatológicos como el estrés y la ansiedad (González y Landero, 2013).

En la reestructuración cognitiva el primer paso es identificar los pensamientos negativos esto puede ser con ayuda de preguntas para que los sujetos describan

sus pensamientos negativos, las emociones, que les hace sentir, al mismo tiempo que los cuestionan y escriban pensamientos alternativos.

Cuando se trabaja en grupo, hay que realizar dinámicas que ayuden a que todo el grupo se involucre en el proceso de reestructuración cognitiva, ya que pueden ser aún más eficaces que en la terapia individual (González y Landero, 2013).

Según Ruiz y Cano (2010), Beck clasificó los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales, también llamados distorsiones cognitivas o errores cognitivos, los cuales son:

Inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización y pensamiento dicotómico o polarización.

Para Beck, el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadores-pensamientos- afectos-conductas implicadas como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los Supuestos Personales subyacentes (Ruiz y Cano, 2010).

Por otro lado, se ha demostrado que en algunas intervenciones terapéuticas resulta útil para el paciente combinar enfoque centrado en soluciones y terapia cognitivo conductual con la finalidad de consolidar y tener resultados más favorables, ya que este enfoque resalta los avances del paciente y toma en cuenta los aspectos positivos de su personalidad para que la terapia tenga mayor resultado (Ramírez y Rodríguez, 2012).

El modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) desarrollado a principios de los años '80 por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y otros de sus colegas (Elam Nunnally, Eve Lipchik y Alex Molnar). El presupuesto central de su modelo es: "Sin la expectativa de que las cosas pueden andar mejor, la terapia no tiene sentido. De hecho, la expectativa de que las cosas pueden andar mejor es la presuposición central de toda la terapia" (Estrada y González, 2007).

Las principales tres reglas o principios que sirven para orientar la terapia hacia las soluciones (Estrada y González, 2007):

- 1) Si no está roto, no lo arregles: Ayudar al cliente a centrarse sólo en lo que funciona para resolver el problema y en aquello que puede solucionarse.
- 2) Si funciona, sigue haciéndolo: Ampliar lo que está funcionando es una solución en potencia. No importa lo pequeño que sea.
- 3) Si no funciona, deja de hacerlo y haz algo diferente: Se trata de interrumpir la espiral de soluciones ineficaces introduciendo un elemento nuevo o diferente para reorientar los esfuerzos por encontrar una solución.

El trabajo de los terapeutas centrados en soluciones consiste en construir dentro de la realidad terapéutica del cliente la idea de que el cambio es posible e inevitable. Para hacerlo, comienzan elaborando estrategias para proyectar el presente (sin el problema) en el futuro más inmediato. La tarea del terapeuta consiste entonces en identificar y ampliar las cosas que el cliente ya está haciendo (soluciones eficaces) para conseguir y consolidar el cambio. También, identifica los momentos en los que el problema en contra de todo lo esperado, no se presenta (excepciones) e investiga de forma interaccionar, todo lo que sucede a su alrededor, resaltando con ello recursos de los clientes para resolver el problema. Con esto se ayuda a crear la expectativa de la posibilidad de un futuro cercano sin el problema (Estrada y Gonzalez, 2007).

Las técnicas básicas de la terapia centrada en soluciones son las que se recomiendan para poder hacer una buena intervención sin que los dos enfoques choquen o se contradigan, de tal forma que los resultados sean más detectables y las intervenciones tengan mayor impacto (Herrero, 2011).

Para este tipo de intervención es recomendable utilizar técnicas como:

Cambio pre tratamiento: con esta técnica se empieza a enfocar al paciente en las excepciones (Beyebach, 1999).

Negociación de objetivos: sirve de señal para que tanto el paciente como el terapeuta sepan cuando la situación que los llevo a terapia se ha resuelto, además nos sirve para saber qué es lo que se espera lograr.

Proyección a futuro: ya que el sujeto se centra en el futuro que tendrá terminando el proceso terapéutico, es decir, se centra en un futuro esperanzador. Esta

técnica se puede realizar por medio de preguntas directas o a través de la pregunta milagro (Beyebach, 1999).

Trabajo sobre excepciones: se centra al paciente en lo positivo de la situación o el contexto que está atravesando, para que él pueda ver e identificar sus propias habilidades o herramientas para superar el problema (Beyebach, 1999).

Para lograr que el trabajo con excepciones sea efectivo, cuando el paciente menciona una mejoría, se elicit, marca, amplía, se atribuye control de lo que ha logrado el paciente, y se sigue, dándole el crédito de lo que ha logrado (Herrero, 2011).

Pregunta escala: esta pone a los consultantes que valoren como en una escala del 1 al 10, en que numero valoran la situación que los llevo a terapia. Una vez que los consultantes valoran con un numero se realizan preguntas para atribuir control sobre sus logros (Herrero, 2011). Las escalas pueden ser trabajadas en dos direcciones: “hacia atrás”, buscando todo lo que ya ha mejorado y lo que le ha permitido llegar a esa puntuación; y “hacia adelante”, buscando la señal de un pequeño avance y lo que necesita para llegar a ello (Villanueva 2007).

También se pueden emplear otras modalidades dependiendo de lo que se desee valorar, por ejemplo: escala de confianza, escala de disposición para trabajar, escala de utilidad de la terapia, etc. (Villanueva 2007).

La combinación de estos enfoques está enfocada en resaltar las habilidades del paciente, permite que el cliente note más rápidamente sus mejorías y consolide lo que ha aprendido durante el proceso terapéutico. De esta forma también se afecta indirectamente su autoconcepto y sentirse más seguro poder lograr sus objetivos terapéuticos (Ramírez y Rodríguez, 2012).

Con base a lo anterior el objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de un entrenamiento en manejo del estrés, basado terapia cognitivo conductual y algunas técnicas de terapia centrada en soluciones en estudiantes foráneos que cursan la licenciatura en psicología.

MÉTODO

Sujetos

En esta investigación tipo pre-experimental participaron estudiantes foráneos de la facultad de Psicología cuyas edades oscilaban entre 18 a 27 años, los cuales fueron convocados por medio de anuncios distribuidos en las aulas. Cada uno de los participantes cumplía con las características requeridas para entrar a este taller las cuales fueron: ser foráneo, estar dentro de los primeros 6 semestres y tener disponibilidad de tiempo. Acudieron en un principio 13 sin embargo solo 8 de ellos fueron constantes y únicamente 7 cumplieron con todas las asistencias requeridas para ser tomados en cuenta dentro de esta investigación.

El taller constó de 7 sesiones las cuales fueron dos veces por semana exceptuando la primera y la última.

Escenario

El lugar donde se impartió este taller fue en una Universidad del norte de México los días martes y jueves con un horario de 3:00 a 5:00 pm.

INSTRUMENTOS

- Escala de estrés percibido (PSS) de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), versión para México de González y Landero (2007)

Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

Ejemplo:

1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?

2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?

3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?

- Distorsiones de la percepción de la realidad más comunes de D. Burns (1980)

Identifica las distorsiones que el sujeto tiene, cada uno de los ítems se puntúa del 0 al 100 según el grado de identificación que tenga con el ítem. Se toman en cuenta los ítems que tengan puntuaciones arriba de 60 como distorsiones del sujeto.

Ejemplos de afirmaciones:

Conclusión precipitada: (también llamada inferencia arbitraria): interpretar los casos de forma negativa sin datos que fundamenten las conclusiones. Existen dos muy fuertes:

Lectura de pensamiento, pensar mal

Anticipación negativa

- Pensamientos negativos, desarrollado por Hollon y Kendall en 1980 y versión adaptada por Cano y Rodríguez (2002)

Consta de 30 ítems con 5 opciones de respuesta en escala tipo Likert. Un mayor puntaje indica mayor frecuencia de pensamientos negativos, siendo 120 el puntaje máximo posible. Cano y Rodríguez (2002), reportaron una solución factorial de 4 factores denominados autoconcepto negativo, indefensión, mala adaptación y autorreproches.

Ejemplo:

Creo que tengo problemas con el mundo

No soy bueno

Nadie me comprende

- Unidades subjetivas de ansiedad: desarrollada por Wolpe (1958), como una medida de la respuesta ansiosa en pacientes ante estímulos aversivos. La escala original mide del 0 (ausencia de ansiedad), al 100 (punto máximo de ansiedad). Por fines prácticos la escala se simplificó del 0 al 10. La escala mide sensación

subjetiva de ansiedad ya que se le solicita al paciente que indique, en el rango de 0 a 10, qué tanta ansiedad experimenta en un momento específico.

- Escalas de avance: desarrollada por De Shazer (1986), es un instrumento que permite identificar excepciones y atribuir la responsabilidad del cambio.

Ejemplo:

En una escala de 1 a 10, en la que 1 es el momento en el que las “cosas” que les han traído aquí han estado peor, y 10 es el momento en que estarán del todo solucionadas, ¿dónde diría usted que se encuentran las “cosas” en este momento?

- Escala del estado de ánimo: Adaptación de la escala de avance, tomando en cuenta los siguientes criterios: feliz, muy bien o contento, bien, indiferente, triste o enojado.

Ejemplo:

- Si expresas cómo te sientes el día de hoy tomando en cuenta las siguientes frases: feliz, muy bien o contento, bien, indiferente, triste o enojado, ¿cómo te encuentras el día de hoy?

PROCEDIMIENTO

Para realizar la presente investigación fue necesario llevar a cabo una convocatoria previa dirigida a estudiantes foráneos y de intercambio académico de la Facultad de Psicología; dicha convocatoria se inició dos semanas antes de comenzar el taller. Los criterios que se tomaron en cuenta fueron: Que fueran estudiantes de la facultad de psicología y su disposición de horario para asistir a todas las sesiones del taller.

Los instrumentos de evaluación se aplicaron de forma individual, tomándolos en consideración tanto para el pre-test como para el pos-test. Dichos instrumentos fueron aplicados en la segunda y séptima sesión respectivamente, el tiempo de aplicación fue de cuarenta minutos en cada sesión. Se aplicó una escala USA a los participantes durante la primera y última sesión, con el fin de tener una perspectiva comparativa del estrés percibido (subjetivamente) en un nivel de entrada y salida. Así mismo se aplicó la escala de avance al final de cada sesión

para conocer la percepción de avance que tiene cada sujeto a lo largo de las sesiones.

El taller se dividió en siete sesiones, con una frecuencia de dos veces por semana, cuya duración era de dos horas aproximadamente, utilizando una metodología vivencial basada en el principio de acción-reflexión, incluyendo la asignación de dos tareas fuera del taller.

Primera sesión.

Encuadre terapéutico: Se inició la sesión dando la bienvenida y presentando el enfoque de la intervención psicológica, los objetivos y modalidad del taller. Así mismo se presentó a cada uno de los integrantes del equipo facilitador. Además se llegó a acuerdos sobre los horarios y la forma de participación del taller.

Establecimiento de rapport: a cada participante del taller se le dio un turno para hablar de sus cualidades, que fue lo que sintieron al saber que se habían inscrito al taller (cambio pre-tratamiento) y cuáles eran sus expectativas del taller (objetivos), así mismo se establecieron las normas de convivencia propuestas por consenso de cada uno de los sujetos que participaron en este taller. De esta manera se logró fundamentar la empatía entre los participantes del grupo y el equipo facilitador.

Segunda sesión.

Aplicación de instrumentos de evaluación psicológica:

- Escala de estrés percibido (PSS) de Cohen, et al (1983), versión para México de González y Landero (2007)
- Distorsiones de la percepción de la realidad más comunes de D. Burns (1980)
- Pensamientos negativos, desarrollado por Hollon y Kendall en 1980 y versión adaptada por Cano y Rodríguez (2002).

Aplicación de técnica de autoestima y expresión emocional: “Yo soy”³, consiste en que cada uno de los sujetos realiza un collage en el que exprese sus principales características, personales, sociales, familiares y profesionales.

³ Técnica diseñada para intervención en este taller

Destacando cada una de sus cualidades en estas áreas.

Técnica de risoterapia “El lápiz de María/o”⁴ se les pide a cada uno de los sujetos que formen un círculo. Se les da la indicación de entregar el lápiz a la persona que está del lado derecho, diciendo -¿Tú eres María/o?- su compañero a su vez le va a responderá -si- y el otro le dirá -entonces este lápiz es tuyo.

Se finalizó con la revisión de la pregunta escala

Tarea: identificar pensamientos distorsionados, llevando un registro diario.

Tercera sesión.

Psicoeducación sobre Pensamientos distorsionados y técnica de autoestima. Revisión de la pregunta escala En seguida se explicaron las distorsiones cognitivas utilizando la psicoeducación para que al cabo de esta, los participantes fueran capaces de identificar sus propios temores y ensayar la técnica de reestructuración por medio de preguntas de afrontamiento. Cerrando la sesión con la técnica de los abrazos para fortalecer autoestima y genera buenas expectativas sobre proyección a futuro. Al finalizar la sesión se checó la pregunta escala.

Cuarta sesión.

Aplicación de pasos 1 y 2 Técnica de Solución de Problemas (SOLVE) y Autoestima. Posteriormente, se pretendía el fortalecimiento de autoestima, lanzando el reto de presentarse, dar un mensaje positivo y un abrazo a cinco personas desconocidas de la Facultad de Psicología. Luego se prosiguió con la psicoeducación de las primeras dos fases de la SOLVE (Identificar el problema y Perfilarlo por medio de la reestructuración cognitiva). Finalizó la sesión con la escala USA. Revisión de la pregunta escala.

Quinta sesión.

Aplicación de pasos 3 y 4 de SOLVE, fortalecimiento de autoestima. Seguido, se retroalimentó de los pasos 1 y 2 de la técnica SOLVE, con la finalidad de anclarlos para facilitar la aplicación de los pasos 3 y 4. Finalizando con la ejecución de la técnica de hipnoterapia dirigida a “Fortalecimiento del ego” (Téllez, 2007).

Para cerrar la sesión se realizó la pregunta escala.

Sexta sesión.

⁴ Técnica adaptada para fines de intervención en este taller

Explicación del paso 5 de SOLVE y técnica de autoestima para mejorar el autoconcepto. Revisión de la pregunta escala. Continuando se dio la explicación del quinto paso de la SOLVE y asignando el reto de llevar a la práctica la mejor estrategia para trabajar un problema, cuya resolución no rebasara una semana y media. Seguido se llevó a cabo la técnica de autoestima "Círculo de Flores"⁵ (Ubicar frases positivas en una hoja, pegada sobre la espalda, de cada uno de los participantes). Al finalizar la sesión se realizó la escala de estado de ánimo y de la pregunta escala y la tarea asignada para la próxima sesión fue la elaboración de una carta de proyección a futuro⁶.

Séptima sesión.

Aplicación de instrumentos de evaluación psicológica (Pos-test). Reflexión sobre la tarea de Proyección a futuro. Evaluación y cierre del taller. Convivio. Seguido, se hizo una reflexión participativa sobre la tarea de proyección a futuro. La evaluación de las jornadas se hizo por medio de la escritura "Qué me llevo" y la técnica "las frutas bailarinas"⁷ (respondiendo eventualmente a las interrogantes: ¿Qué aprendí?, ¿Qué fue lo que más me gustó del taller?, ¿Qué fue lo que menos me gustó?, Sugerencias. Finalizando con la aplicación de la escala USA y la pregunta escala. Para después dar del cierre del taller.

RESULTADOS

Al revisarse la escala USA que fue aplicada en cada sesión se puede notar que solo dos de los sujetos redujeron su estrés, sin embargo se debe mencionar que la pregunta se hacía con referencia al día transcurrido y también a que estaban cursando su periodo de exámenes (ver tabla 1).

⁵ Técnica adaptada para fines de intervención de este taller.

⁶ Técnica adaptada para fines de intervención de este taller.

⁷ Técnica diseñada para la intervención de este taller

NOMBRE PARTICIPANTES	1ra. SESIÓN	7ta. SESIÓN	ANÁLISIS
SUJETO ME	3	3	SU ESTRÉS SE MANTUVO
SUJETO R	4	1	BAJÓ SU ESTRÉS
SUJETO SO	1	4	AUMENTÓ SU ESTRÉS POR FINAL DE SEMESTRE EN SU MAESTRÍA
SUJETO E	2	3	AUMENTÓ SU ESTRÉS POR FINAL DE SEMESTRE
SUJETO MA	4	1	BAJÓ SU ESTRÉS
SUJETO I	2	5	AUMENTÓ SU ESTRÉS POR FINAL DE SEMESTRE
SUJETO A	6	3	BAJÓ SU ESTRÉS

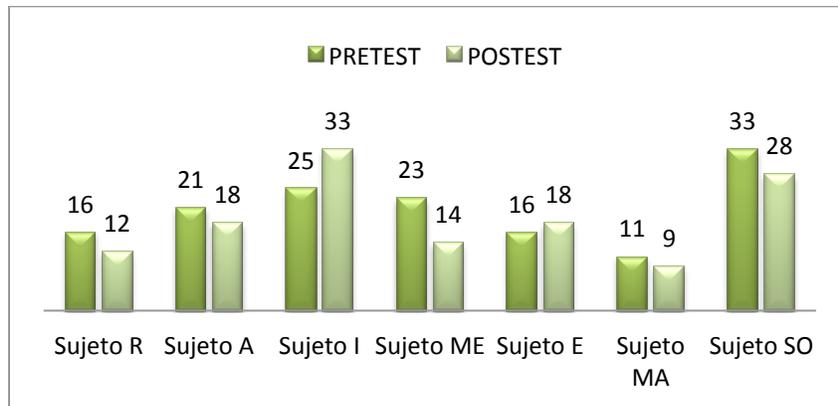
Tabla 1: Resultados de escala USA en la primera y la última sesión

En cuanto a la pregunta escala la cual se aplicó en cada sesión, realizando la siguiente pregunta a los participantes: ¿En qué número de la escala te encuentra hoy, si tomamos en cuenta que 1 es donde más estresado y desadaptado te sientes por estar en esta ciudad y 10 es estar tranquilo y haberte adaptado a vivir en esta ciudad? Se puede notar que todos los sujetos reportaron sentirse menos estresados y reportaron mayor adaptación en el ámbito social (ver tabla 2).

SUJETO	SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 3	SESIÓN 4	SESIÓN 5	SESIÓN 6	SESIÓN 7	ANÁLISIS
A	3	3	5	6.5	7	8.5	9.9	SUBIO
B	1	2	4	6	6	7	9.5	SUBIO
C	1	1.5	4	-	5	7.5	9.8	SUBIO
D	3	3	5	7	8	9	9	SUBIO
E	3	3.2	6	7.3	7.7	9	9	SUBIO
F	4	3	4	6.5	-	8	8.5	SUBIO
G	2	1	3	5	5.5	7	8	SUBIO

Tabla 2: Resultados de la pregunta escala

Con respecto a los resultados de la Escala de Estrés Percibido, se encontraron resultados variados, ya que 5 de los sujetos presentaron disminución de estrés, siendo el mayor puntaje de 9 puntos menos y dos de ellos aumentaron el estrés percibido al término del taller (ver grafica 1).



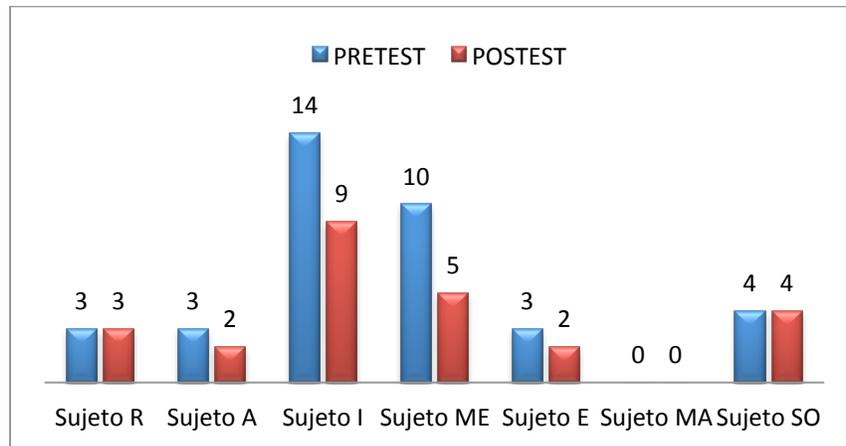
Grafica 1: Escala de estrés percibido (PSS)

Con lo referente a las distorsiones de la realidad, se puede notar que la mayoría tuvo un decremento en la mayoría de los 7 sujetos que fueron evaluados (ver tabla 2).

R		ME		E		I		MA		SO		A	
15	5	22	10	40	30	15	0	90	30	40	30	80	40
5	0	0	0	20	10	50	3	50	20	40	25	40	0
5	1	22	10	20	20	0	10	90	20	20	20	0	0
10	0	55	0	20	20	0	11	80	10	60	5	30	0
20	10	30	0	20	20	70	30	90	10	15	5	0	0
11	0	0	0	20	10	80	20	20	10	10	15	0	0
15	1	22	5	20	10	80	5	0	0	30	20	0	10
5	0	15	10	0	0	30	5	0	20	20	20	20	20
25	8	56	20	20	10	3	3	50	80	10	25	20	20
18	2	70	70	0	10	40	30	0	0	30	10	20	0
30	3	10	5	10	10	35	20	20	20	10	10	0	0

Tabla 2: Distorsiones de la percepción de la realidad más comunes de D. Burns (1980)

Lo que se refiere a la indefensión uno de los sujetos mantuvo su nivel en 0 durante las dos aplicaciones, otro de ellos lo mantuvo en 3 y otro en 4, los demás bajaron su nivel de indefensión, aquí no se observó ningún aumento por parte de alguno de los sujetos evaluados (ver grafica 3).



Gráfica 3: Pensamientos negativos, versión adaptada, Cano y Rodríguez (2002)

En cuanto a los resultados obtenidos en la fase E de la técnica SOLVE, se puede observar que la mayoría de los sujetos tuvieron un resultado favorable o estaban en proceso de obtener resultados al momento de finalizar la aplicación de la técnica. Como reflejan los resultados actualmente los sujetos obtuvieron un resultado favorable al aplicar esta técnica, evadir el problema; menos uno de los sujetos, ya que decidió pues aún siguen aplicando lo que aprendieron en el taller (ver tabla 3).

Sujeto	Problema	Al finalizar técnica	Actualmente
Sujeto R	Bajar mi ansiedad	En proceso	Logrado
Sujeto A	Encontrar más amigos	Casi logrado	Logrado
Sujeto I	Salvar el semestre	En proceso	Logrado
Sujeto ME	Problemas con su compañera de cuarto	En proceso	No se logró
	Administrar dinero	En proceso	Casi logrado
Sujeto E	Dormir mejor	Logrado	Logrado
Sujeto MA	Controlar nervios	Casi logrado	Logrado
Sujeto SO	Acostumbrarme al ritmo de vida	Casi logrado	Logrado

Tabla 3. Resultados inmediatos y de seguimiento de la técnica SOLVE

En lo referente a los resultados de la escala del estado de ánimo, (adaptación de la escala de avance), podemos ver que los sujetos tuvieron una buena percepción de sus emociones (ver tabla 4).

Sujeto	Percepción
Sujeto R	Feliz, porque me gusta venir al grupo
Sujeto A	Feliz, aunque un poco nerviosa pero
Sujeto I	Feliz!!!
Sujeto ME	Me siento bien, porque estoy adormilada porque desperté tarde.
Sujeto E	Me siento bien, Decidido a dormir más
Sujeto MA	Feliz, porque amo este clima
Sujeto SO	Feliz, porque me siento tranquila y feliz porque confío en mi

Tabla 4. Escala del estado de ánimo.

En la cuestión de la retroalimentación del taller los sujetos reflejaron muy buenos resultados en su autoevaluación ya que obtuvieron o habilitaron herramientas de afrontamiento que les fue muy útil (ver tabla 5).

Sujeto	¿Qué me llevo del taller?
Sujeto R	AMIGOS, FORTALEZA Y CONFIANZA EN MI
Sujeto A	QUE SOY FUERTE Y CAPAZ, CONFIANZA
Sujeto I	NO ESTOY SOLO Y PUEDO LOGRAR LO QUE YO QUIERA
Sujeto ME	APRENDIZAJE
Sujeto E	CONFIANZA EN MI, INSPIRACIÓN Y DESARROLLO
Sujeto MA	CAMBIO
Sujeto SO	CONFIANZA PARA EXPRESAR SENTIMIENTOS, RELAJACIÓN, FELICIDAD, APRENDIZAJE

Tabla 5. Auto retroalimentación del taller: ¿Qué me llevo del taller?

DISCUSIÓN

La presente investigación analizó el efecto de la combinación entre la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Centrada en Soluciones, para el tratamiento del estrés en estudiantes foráneos y de intercambio en una Universidad del Norte de México. Este trabajo reveló una efectividad aceptable dada las características tanto de la población que era de diversas culturas y de la validación de los instrumentos aplicados. Dicho lo cual este estudio suma evidencia a favor de la

efectividad de la combinación de ambos enfoques para el tratamiento de estrés, en este caso, específicamente en estudiantes foráneos.

Para Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero y Wood (2011), la eficacia del tratamiento en la intervención corresponde al conocimiento teórico de cada técnica aplicada y la planeación estructurada de las sesiones, así como las tareas para reforzar lo aprendido. Para ellos es importante que la técnica de reestructuración cognitiva se refuerce en cada sesión con diferentes ejercicios y tareas, así como la revisión de mejorías o los cambios positivos que presentan en cada sesión y de esta manera elicitar, marcar la excepción, ampliar, atribuir control y seguir; de tal forma que ellos puedan notar los cambios en cada sesión y lograr que ellos obtengan habilidades y aptitudes que les permitan enfrentarse a futuras situaciones problemáticas (Ramírez y Rodríguez, 2012). Así mismo es necesario cuestionar a los participantes sobre dudas, inquietudes, cambios o problemas de sesiones anteriores, esto con el fin de retroalimentar para normalizar o reestructurar inquietudes. Al final de la intervención es necesaria una prevención de recaídas orientada a darse cuenta que ya tienen herramientas de afrontamiento, cuestionando o cambiando roles de tal forma que se vean expuestos a situaciones en las cuales antes estaban vulnerables y que al finalizar la terapia son capaces de manejarlo debido a que ya cuentan con las habilidades necesarias para manejar de manera adecuada la situación (Navarro, Fuertes y Bugidos, 1999).

Es importante mencionar que esta intervención se apoyó de algunas técnicas de hipnosis Eriksoniana para el tratamiento y fortalecimiento de la autoestima ya que estas técnicas son eficaces para su tratamiento (Ramírez y Rodríguez, 2012).

De manera global, la intervención propició un cambio favorable en los sujetos y cinco de siete participantes tuvieron una disminución del estrés percibido. Esto quiere decir que la combinación de la Técnica Cognitivo Conductual y la Terapia Centrada en Soluciones propiciaron un cambio que los sujetos fueron capaces de percibir mantener y utilizar para la disminución del estrés en situaciones cotidianas, ya que con esto ellos asimilaban las causas y efectos de sus ideas irracionales y a su vez fueron capaces de desarrollar herramientas para generar

cambios positivos a nivel cognitivo y conductual lo cual les permitió cambiar la perspectiva de su contexto (Ramírez y Rodríguez, 2012).

En el área de la distorsión de la realidad se muestra que la intervención logró en términos generales, mantener y propiciar una disminución de dichas distorsiones. Gracias a la intervención los sujetos redujeron el puntaje en el post – test. Estos resultados se relacionan con la eficacia de la técnica de reestructuración cognitiva en grupo que se ejecutó, tal como lo mencionan Bados y García (2010) el terapeuta formuló una serie de preguntas para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismo.

En cuanto al nivel de estrés, los dos sujetos que aumentaron su estrés fue por causa académica que en ese momento presentaban debido al cierre del semestre, tal como lo comentan Cabanach, Valle, Rodríguez, Piñeiro y González (2010), perciben este contexto académico como más estresante y con mayor poder para provocarles desajustes psicológicos y por lo tanto causante de estrés. Ésta variable que no se contempló al programar las sesiones del taller, es así que en futuras aplicaciones consideramos que en las estrategias terapéuticas debe enfatizarse la prevención del estrés en otras áreas de la vida de los participantes y no solo el manejo del estrés aculturativo actual.

Esto guarda relación con lo planteado por Beck quien decía que el terapeuta traduce los síntomas del paciente en términos de situaciones evocadores-pensamientos- afectos-conductas implicadas como primer paso; después detecta los pensamientos automáticos y su base de distorsiones cognitivas y por último genera hipótesis sobre los Supuestos Personales subyacentes, haciendo esto último en base a las distorsiones cognitivas más frecuentes, contenidos comunes, como defiende el paciente una creencia y de momentos asintomáticos o felices del paciente (Ruiz y Cano 2010).

Por otra parte en la escala USA se encontró que el 43% de los sujetos percibió una disminución de su propio estrés, y otro 43% tuvo un aumento del mismo, en contraste con el 14% que se mantuvo, es decir no aumento ni disminuyó su percepción subjetiva de estrés.

Todo esto se explica que en ese momento los sujetos terminaban su semestre, por ello se cree que esto perjudicó su constancia de asistencia y afectó indirectamente en los beneficios de las técnicas aplicadas dentro del taller.

Otro de los aspectos que es importante abordar son los beneficios que tiene la terapia grupal. García-Campayo, Arnal, Marqués, Meseguer, Martínez, Navarro, Mínguez, Romeo y Orozco (2005), mencionan que este tipo de terapia ayuda a los pacientes a tener otra perspectiva de su situación y ayudarse mutuamente, además de que beneficia en los aspectos relacionales y de expresión emocional, que podría explicar la mejoría del estado de ánimo, de la pregunta escala y de las herramientas que ellos adquirieron al finalizar el taller, lo cual se ve en el incremento general de la calidad de vida; bajo la percepción terapéutica de los facilitadores del taller, debido a las diferentes historias de vida y características individuales, así como su situación actual, sería necesario que cada participante asistiera a terapia psicológica individual para que lo visto en el taller tenga mayor impacto y los cambios sean mayores, y esto se lograra si cada uno tiene su propio espacio, además de lo tratado en el taller (Ramírez y Rodríguez, 2012).

Por tal motivo se necesita educar, brindar tratamiento psicológico e integral acerca de la autoestima para modificar conductas de riesgo en esta población, y evitar que las relaciones interpersonales sean inadecuadas. (Alonso, Murcia, Murcia, Herrera, Gómez, Comas y Ariza, 2007 en León, Rodríguez, Ferrel y Ceballos, 2009).

Por otro lado se sugiere que en la metodología de este tipo de talleres se tome en cuenta el principio de acción-reflexión, participación activa, combinado con la actividad lúdica y el ambiente de confianza que se requiere por la multiplicidad de edades y características de los sujetos.

Respecto al procedimiento metodológico de la técnica SOLVE (D'Zurrilla y Goldfried, 1971) es necesario hacer mención que no para todos resulta clara, por ello se recomienda simplificarla en el paso 4, de tal forma que solo se mencionen las ventajas y desventajas sin que estas se puntúen, si bien existen otras técnicas de solución de problemas, se considera que esta puede llevar a un mayor

entendimiento debido a que es concreta y lleva al paciente a desarrollar distintas habilidades para la solución de sus problemas.

Esto se relaciona con lo que plantea Mahoney (2005) desde la perspectiva de la Psicología Constructivista, la cual sostiene que es difícil imaginar cualquier tipo de desarrollo humano que no implique componentes cognitivos, conductuales y emocionales. Sin embargo, no todos los cambios son fáciles y sencillos como una intervención programada que utilice una única estrategia.

Para la mejora de la implementación de este tipo programas y la obtención de un mayor impacto en los estudiantes foráneos se sugiere llevarlos a cabo principalmente al inicio de cada semestre, una vez por semana con la duración de dos horas.

CONCLUSIONES

La aplicación de este programa que combina la Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Centrada en Soluciones para el manejo de estrés en foráneos funcionó aceptablemente, ya que en la percepción de cada sujeto hubo un cambio significativo en la forma de desenvolverse como ser social dentro de una ciudad en donde no cuenta con apoyo familiar directo; sin embargo se propone una intervención psicológica individual para que cada participante avance a un mayor nivel de bienestar en las áreas abordadas de tal forma que este avance pueda abarcar integralmente sus experiencias de vida, problemáticas familiares, personales, que se salen del abordaje del taller, lo que significa que en futuras intervenciones se requieren programas que tomen en cuenta estos aspectos, una buena opción será la creación de un programa que enfatice las habilidades para la vida.

En la reestructuración cognitiva y en las dos modalidades de la escala de avance de la mayoría de los participantes se notó un cambio aceptable, siendo el manejo de solución de problemas un área que requiere más tiempo para observar los resultados positivos.

Es necesario que este tipo de programas se sigan promoviendo en las universidades ubicadas en ciudades multiculturales, tal como la universidad donde

se aplicó el estudio. Ya que es común estudiantes que dejan sus hogares para integrarse a un nuevo sitio con un entorno y cultura diferente.

Además es un área de oportunidad en investigación ya que hay poca investigación sobre el estrés en los estudiantes foráneos y se podrían prevenir muchos fenómenos sociales y problemas psicológicos que se derivan de un cambio de residencia para estudiar lejos de su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beyebach, M. (1999). **Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones**. Prevención e Intervención en salud mental. Salamanca: Amarú, 211-245. Recuperado de: <http://calebwebsite.com/referencias/introducciónTBCS.pdf>
- Branden, N. (2006). *Cómo mejorar su autoestima*. México: Paidós
- Cabanach, R., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., González, P. (2010). Las creencias motivacionales como factor protector del estrés en estudiantes universitarios. **European Journal of Education and Psychology**. 3 (1) 75 – 87. Recuperado de: <http://www.ejep.es/index.php/journal/article/download/75-87/61>
- Cano R. y Rodríguez L. (2002). Cuestionario de pensamientos automáticos (ATQ). Recuperado de: <http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/atq.pdf>
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E, Salguero J.M. y Wood, C. M. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. **Información Psicológica**. 2 (1) 4 – 27. Recuperado de: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/63/51>
- Cohen, S.; Kamarak, T. y Mermelstein, R. (1983). "A global measure of perceived stress". *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (4), 385-396.
- D'Zurilla, T. J., Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. **Journal of Abnormal Psychology**. 78(1), 107-126.
- Estrada, B. y González, M.T. (2007). Terapia breve centrada en soluciones. En: Autores Varios. *Comprender las Psicoterapias*. Argentina: Ricardo Vergara Ediciones
- García-Campayo, J., Arnal, P., Marqués, H., Meseguer, E., Martínez, A., Navarro, C., Mínguez, C., Romeo, A. y Orozco, F. (2005). Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal. **Cuadernos de Medicina Psicosomática** 1 (73), 32 - 41. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART12918/intervencion_psicoeducativa.pdf
- Góngora, A. Fuertes y T. Ugidos, (1999) *Intervención y Prevención en Salud Mental*. Salamanca: Amarú.
- González-Alafita, M. y Flores-Meléndez, M. (2011). Cambios culturales: Percepciones de estudiantes universitarios extranjeros en su adaptación a la cultura mexicana. **Observatorio (OBS*) Journal**, 5 (3), 133-155.

- González, M.T. y Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 199-206. Recuperado de: http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Factor%20Structure_Mexico.pdf
- González, T.M. y Landero, R (2013). Terapia asistida con animales como apoyo en la reestructuración cognitiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 5 (1), 35-43. Recuperado de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/File/18046/15519>
- Herrero, M. (2011). La terapia Centrada en Soluciones. En más allá de las drogas: nuevos retos en la intervención de jóvenes. *La asociación proyecto hombre*. 75, 28-32. Recuperado de: <http://proyctohombre.es/wp-content/uploads/2011/11/revista-ph-75.pdf>
- León, A., Rodríguez, C., Ferrel, F. y Ceballos, G. (2009). *Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta Mahoney, N. (2005). Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós
- Miranda, J. y Enríquez, A. (2011). Adaptación del Inventario de Autoestima Coopersmith para alumnos mexicanos de educación primaria. *Praxis Investigativa ReDIE*, 3(4), 5-14
- Miren, L. (2010). Evaluación de la Autoestima en un grupo de escolares de la gran Caracas. *Liberabit*, 16(1), 95-104
- Mckay, M.; Davis, M. y Fanning, P. (1988). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Editorial Roca. México, D.F.
- Navarro J., Fuertes A. y Ugidos T. (1999) *Prevención e Intervención en salud mental*. Salamanca: Amarú
- Ramírez, J. y González, M. (2012). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos de bachillerato internacional. *Alternativas en psicología*. 16 (26). 26–36. Recuperado de: <http://alternativas.me/attachments/article/19/3%20-%20Alternativas%20en%20Psicolog%C3%ADa%20-%2026.pdf>
- Ramírez, J. y Rodríguez, J. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: Centrado en soluciones y Cognitivo conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 15 (2). Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/rep/article/view/32370>
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. (19 ed) Bogotá: Grupo Editorial Norma.

- Ruíz, J. y Cano, J. (1999). **Las psicoterapias: introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios**. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales3.htm>
- Ruiz, J. y Cano, J. (2010). **Manual De Psicoterapia Cognitiva Parte I: Teoría y Fundamentos**. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/index.html>
- Sosa, F. y Zubieta, E. (2010). Afrontamiento y aculturación en estudiantes universitarios. **Revista de Psicología**, 6(12), 65-84. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/afrontamiento-aculturacion-estudiantesuniversitarios>.
- Téllez, A. (2007). **Hipnosis Clínica. Un enfoque Ericksoniano**. Editorial Trillas. México.
- Villarreal, L. (2007). Terapia centrada en soluciones: un triángulo equilátero. **Revista de Psicología. Facultad de Humanidades 9** (1), 121-125. Recuperado de: http://issuu.com/kikeportal/docs/revista_psicolog_a_2007
- Wolpe, J. (1958). Práctica de la terapia de la conducta. México. Trillas. Análisis formal de la desensibilización sistemática; 9, 112-125.
- Zúñiga, M. (2011). La migración temporal de estudiantes en el marco de la internacionalización de la educación superior. Los problemas académicos y recursos utilizados por estudiantes mexicanos de pregrado en universidades extranjeras. **Memoria del XV Encuentro Nacional y V Internacional de Investigación en Trabajo Social**. (1a. Edición). México. 55-68.