

DISEÑO DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN EL ÁREA DE LA SALUD A PARTIR DEL ENFOQUE PROCESAL DEL ESTRÉS

Sergio Tobón* / Ariel César Núñez Rojas** / Stefano Vinaccia***

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la pertinencia del modelo procesal del estrés (MPE) como guía para el diseño y ejecución de intervenciones terapéuticas de la psicología en la salud mental y física. Este enfoque tiene las siguientes ventajas: 1) aborda de forma integral los factores más importantes relacionados con los problemas de salud; 2) cuenta con abundante evidencia científica; 3) posibilita el trabajo interdisciplinario con otros profesionales de la salud; y 4) facilita la integración de técnicas provenientes de diferentes modelos psicoterapéuticos en el marco de un enfoque integrado de mente-cuerpo.

Palabras clave:

Modelo procesal del estrés, psicoterapia, interdisciplinariedad, salud mental, salud física.

Abstract

The objective of the present article is to analyze the consistency of the process model of stress as a guide for the design and execution of psychological therapeutic interventions in mental and physical health. This has the following advantages: (1) in an integral manner deals with the most important factors related to health problems; (2) relies on a lot of scientific evidence; (3) it makes possible interdisciplinary work with other health professionals; and (4) it allows for the integration of techniques from different psychotherapeutic models within the framework of an integrated mind-body focus.

Key words:

Process model of stress, psychotherapy, interdisciplinary, mental health, physical health.

En el campo de la salud, la terapia psicológica es de fundamental importancia tanto en los problemas típicos de salud mental (emocionales, de personalidad o conductuales) como en aquellos trastornos físicos relacionados con factores psicológicos, tales como diabetes, artritis, enfermedad coronaria, SIDA, trastornos gastrointestinales, etc. (Buceta y Bueno, 1995). Al respecto, se han establecido diversos enfoques terapéuticos que tienen una efectividad probada en el campo de los problemas de la salud (Pérez y Fernández, 2001), como por ejemplo el modelo BASIC (Lazarus, 1984). Sin embargo, la mayoría de estos enfoques tienen los siguientes problemas: 1) no establecen una conexión clara y lógica con la investigación básica (Casado, 2002), la psicopatología y los trastornos psicofisiológicos; 2) aunque muchos modelos utilizan los mismos principios, en la práctica son asumidos por los profesionales como diferentes, como es el caso de la Reestructuración Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983) y la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis (Ellis y Blau, 2000); 3) ninguno de los enfoques terapéuticos actuales posee la potencia para integrar de manera interdisciplinaria los aportes teóricos y metodológicos de disciplinas tan importantes para la salud como la antropología, la sociología, la biología, la medicina, etc., cuyos aportes son decisivos en el abordaje integral de los pacientes (Casado, 2002).

El modelo procesal del estrés (MPE) propuesto por Lazarus y Folkman (1984) y formulado por Sandín (1995, 1999) con base en las investigaciones recientes, ayuda a resolver los vacíos de los enfoques terapéuticos actuales en tanto posibilita comprender un determinado problema de salud (mental o físico) a partir de la relación de múltiples variables (biológicas, psicológicas y sociales), facilitando que las intervenciones terapéuticas se dirijan efectivamente a los factores más relevantes para el mejoramiento de la calidad de vida del paciente. Además, dentro de este modelo se posibilita una estrecha conexión entre la investigación básica y la intervención clínica, lo cual contribuye a disminuir las tradicionales distancias que han existido entre ambas líneas en el marco de la terapia cognitivo - conductual.

El objetivo del presente artículo es presentar el MPE en la versión de Sandín (1995, 1999) y mostrar su utilidad para enfocar el proceso terapéutico en la psicología clínica y de la salud. A nuestro juicio este es el enfoque más apropiado para integrar conocimientos, técnicas y metodologías provenientes de diferentes áreas y disciplinas. Con ello no se pretende proponer un nuevo enfoque terapéutico sino fundamentar el empleo de los existentes a partir de la investigación básica y desde un marco interdisciplinario.

* UNED, España. Becario MAE-AECI. Correspondencia: C| Zaida, 59 3B Madrid-España. Correo electrónico: stobon@portafolio.org

** Profesor e investigador, Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales.

*** Profesor e investigador, Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura.

El MPE como heurístico de la terapia psicológica

Ventajas del MPE como heurístico para la psicoterapia en psicología clínica y de la salud:

1. Es un modelo que tiene un alto grado de articulación con la salud, tanto mental como física. Esto se debe a que el estrés se ha venido estudiando, además de la psicopatología, a partir de disciplinas afines a la psicología (medicina conductual, medicina psicosomática, epidemiología psicosocial, psiquiatría y psicología médica) (Sandín, 1999) y disciplinas afines a la medicina como la inmunología, endocrinología y fisiología. Así mismo, se han comenzado a incorporar dentro del modelo factores sociales tales como el estatus socioeconómico, el apoyo social y las redes sociales, los cuales están estrechamente implicados en la salud (Sandín, 1999).
2. En la psicología ha existido tradicionalmente una tendencia a enfatizar los aspectos puramente psicológicos, desconociendo la influencia de las variables sociales y biológicas. El MPE trasciende lo puramente mental al integrar los aportes de otras áreas disciplinares, por lo cual está dentro de un marco biopsicosocial (Belloch y Olavarría, 1993).
3. El MPE posibilita, como bien lo plantea Casado (2002), la integración de modelos generales y específicos sobre trastornos psicopatológicos. Igualmente, facilita articular componentes terapéuticos de enfoques como la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotivo-Conductual de Ellis, como también enfoques multicomponentes como es el caso de la técnica de inoculación del estrés de Meichenbaum (1987).
4. Permite diseñar una intervención integral acorde a las necesidades de cada paciente, ubicando de modo coherente las técnicas terapéuticas extraídas de diversos enfoques en aquellos procesos más estrechamente asociados a un determinado problema de salud (mental o físico). En este sentido, las técnicas pueden ir dirigidas a una o varias de las dimensiones reseñadas en la Tabla 1. Por ejemplo, la intervención puede orientarse en ayudarle a la persona a modificar las demandas ambientales, a evaluar de una forma más realista tales demandas, a adquirir estrategias de afrontamiento más adecuadas a la situación, a realizar modificaciones en los factores socioeconómicos y de apoyo social, a disminuir la activación fisiológica o a controlar el impacto de las emociones negativas, etc. De esta manera, el MPE puede aportar una visión más integral del paciente y del proceso de intervención, con lo cual se obtiene un mayor impacto en el mejoramiento de la calidad de vida.
5. El modelo procesal del estrés posibilita integrar teorías,

datos, esquemas, técnicas y métodos de diferentes disciplinas, de manera coherente y lógica, lo cual lo ubica como un eje de esencial importancia para la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad en la psicología, mediante el contacto con disciplinas tales como la sociología, la antropología, la biología y la medicina.

Características del modelo procesal del estrés

El estrés implica una perturbación, alteración o interferencia en el funcionamiento habitual del individuo, el cual puede ser entendido en términos biológicos (homeostasis) o psicológicos (rutina, bienestar percibido, estado emocional); dicha alteración es generada por algún tipo de estimulación (externa o interna), la cual se denomina estresor (estímulo, suceso, pensamiento, idea, etc.) (Sandín, 1999). El estrés, así entendido, es un estado de activación fisiológica y emocional enmarcado en la relación de la persona con su entorno natural y social. El MPE asume el estrés como un desbalance entre las demandas del contexto y los recursos que posee la persona para afrontarlas. Esto implica considerar siete fases interdependientes (Sandín, 1999), las cuales se describen en la Tabla 1 y sus relaciones se exponen en la Figura 1. Este enfoque del estrés tiene como concepto central el afrontamiento entendido como el conjunto de esfuerzos cognitivos o conductuales que llevan a cabo las personas para hacer frente al malestar emocional o a las demandas estresantes (Lazarus y Folkman, 1984; Sandín, 2003). Por consiguiente, de acuerdo a la manera como se maneje (afronte) una situación o respuesta de estrés, habrá o no probabilidad de enfermar tanto en el ámbito mental como físico. El afrontamiento es adaptativo cuando, dadas las características de una situación y teniendo en cuenta los recursos personales, el individuo logra evitar o aminorar de forma significativa el grado de amenaza, el malestar emocional negativo y la tensión física asociada.

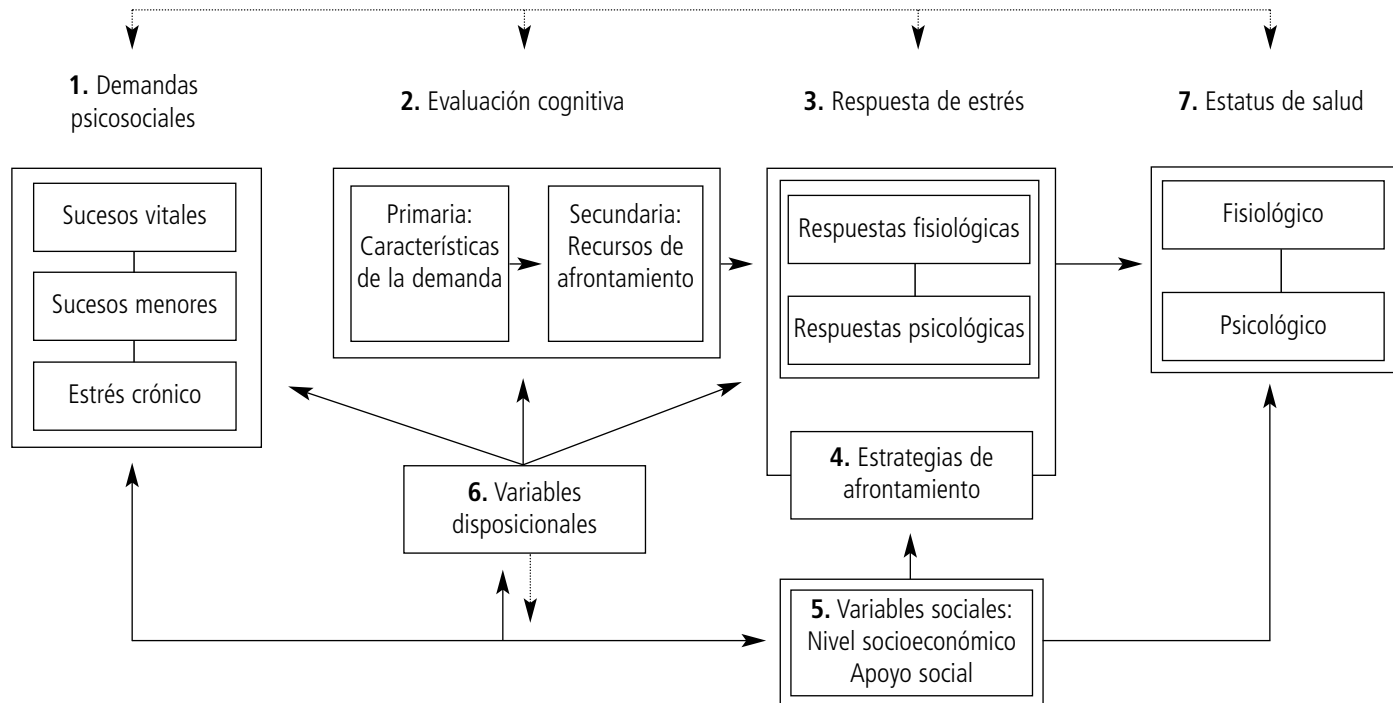
El afrontamiento varía entre las personas de acuerdo a sus disposiciones personales, las situaciones y los recursos disponibles. Los recursos son elementos con los cuales cuentan potencialmente las personas y no constituyen la acción en sí misma (Sandín, 2003). Algunos de los recursos que más se han descrito en la literatura relacionados con la salud son los siguientes: apoyo social, optimismo, percepción de control, afecto positivo, etc. Respecto al apoyo social, este ha sido considerado un recurso básico para afrontar el estrés y constituye un factor protector de la salud (Cockerham, 2001). El mecanismo que relaciona el apoyo social con la salud es la amortiguación; es decir, el apoyo ayuda a manejar el estrés, a resistirlo y a disminuirlo.

Tabla 1
Factores implicados en el MPE

1. Demandas psicosociales:	Son situaciones externas causantes en primera instancia del estrés. Tradicionalmente se les ha denominado como estresores. Pueden ser de orden físico (demandas físicas, agentes naturales y artificiales) o social (eventos vitales, sucesos menores y estrés crónico).
2. Evaluación cognitiva:	Es la manera como la persona valora una determinada situación. La respuesta de estrés se produce cuando la persona interpreta las situaciones psicosociales como negativas o amenazantes, percibiendo que no tiene los recursos personales para afrontarlas de manera adecuada. Hay ocasiones en las cuales las situaciones psicosociales son de tanto impacto, que tienen efectos directos en el desencadenamiento de la respuesta de estrés, con una escasa mediación de la evaluación cognitiva.
3. Respuesta de estrés:	Implica dos tipos de respuestas: psicológicas y fisiológicas. Las respuestas psicológicas son en forma de emociones negativas (ansiedad, depresión, ira) y las respuestas fisiológicas implican el sistema neuroendocrino (básicamente el eje hipotálamo-hipofiso-corticosuprarrenal que libera corticoides) y el sistema nervioso autónomo (activación del eje simpático-médulo-suprarrenal que libera catecolaminas y prepara el organismo para la lucha y la huida).
4. Estrategias de afrontamiento:	Es el conjunto de acciones que aplica la persona para hacer frente a las demandas estresantes, a la activación fisiológica o al malestar emocional.
5. Variables sociales:	Aquí se encuentran el nivel socioeconómico de la persona y el apoyo social. El primero se relaciona con los ingresos, el nivel educativo y las condiciones de vida. El segundo consiste en la ayuda y asistencia que prestan otras personas a un individuo.
6. Variables disposicionales:	Son factores inherentes a la persona que tienen la capacidad de modular las primeras cuatro etapas del estrés. Aquí están incluidas las dimensiones de personalidad, los tipos de reacción al estrés, los factores hereditarios, el sexo y la raza.
7. Estatus de salud:	Comprende el resultado final de la interacción de todas las etapas anteriores. Se refiere tanto al funcionamiento psicológico como fisiológico-orgánico.

Fuente: Sandín (1999, 2003).

Figura 1
Relación entre los diferentes factores que conforman el MPE.



Fuente: Sandín (1999).

Intervención psicológica

El MPE tiene como centro la persona humana, en interacción consigo misma, los demás y el entorno. Para ello tiene en cuenta todos aquellos factores que la investigación científica ha hallado relevantes en el proceso salud-enfermedad. Al respecto se reconoce la importancia tanto de las situaciones percibidas como de las situaciones objetivas en el proceso de estrés, junto con el papel que juegan las emociones y los procesos cognitivos (Lazarus, 2000). Así mismo, tiene en cuenta tanto el plano individual como el social (Sandín, 1995). A continuación se exponen una serie de lineamientos generales en torno a cómo se orienta desde este modelo heurístico la evaluación y la terapia psicológica. El propósito no es agotar el tema, sino sólo brindar unas coordenadas iniciales que orienten futuras construcciones en esta área.

Evaluación procesal

A continuación se exponen los componentes básicos de la evaluación procesal del estrés en personas con problemas

de salud mental o física, acorde al modelo presentado por Sandín (1995, 1999):

1. Demandas psicosociales: sucesos vitales (Cuestionario de Sucesos Vitales de Sandín y Chorot, 1987), estrés diario (Cuestionario de Estrés Diario de Santed, Chorot y Sandín, 1991) y estrés crónico, como por ejemplo el estrés laboral (Escala de Estrés UNCAHS de Luecken et al., 1997).
2. Evaluación cognitiva: pueden elaborarse entrevistas semiestructuradas o estructuradas para determinar cómo las personas evalúan cognitivamente los eventos, teniendo en cuenta factores tales como: grado en que son esperados, grado de control y grado de percepción de amenaza.
3. Respuestas del estrés: ansiedad (Escala Conductual de Ansiedad-Estado, ECAE de Chorot y Sandín, 1985) y depresión (Cuestionario de Depresión de Sandín y Valiente, 1998).
4. Afrontamiento al estrés: estrategias de afrontamiento (Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Sandín y Chorot, 2003) y apoyo social (SS-B) de Vaux, Riedel y Stewart, 1987).

5. Factores sociales: los principales aspectos a evaluar en este eje son los siguientes: sexo, edad, ingresos, ocupación, nivel educativo y lugar de residencia. Para ello, pueden diseñarse cuestionarios que sean apropiados a cada proceso diagnóstico.
6. Factores disposicionales: optimismo (Cuestionario de Optimismo Disposicional de Joiner en versión española de Chorot, 1998), autoestima (Cuestionario de Autoestima de Rosenberg, 1965), tipos de personalidad (Inventario Clínico Multiaxial de Millon, Millon, 1998) y afecto positivo-negativo (Cuestionario PANAS de Watson, Clark y Tellegen, 1988; versión española de Sandín et al., 1999).
7. Estatus de salud: salud mental (Cuestionario de Síntomas SCL-90 R de Derogatis, 1983; adaptado a la población española por González de Rivera et al., 1989) y salud general (Cuestionario SF-36 de Alonso et al.,

1998, el cual mide la salud desde la perspectiva del paciente tanto en el ámbito físico como mental).

Terapia

Una vez se comprende el problema del paciente desde la perspectiva procesal, se pone en acción la terapia psicológica, la cual debe posibilitarle el desarrollo y afianzamiento de las competencias para conocerse mejor a sí mismo, reconocer sus fortalezas y debilidades, y aprender a manejar sus conflictos, problemas y situaciones estresantes (Casado, 2002). De esta manera, se busca que el paciente desarrolle y afiance su autonomía, aprendiendo a prevenir y a afrontar situaciones de estrés en el futuro. De manera más específica, la intervención terapéutica desde el MPE tiene como base los lineamientos generales expuestos en la Tabla 2.

Tabla 2
Componentes generales de la terapia psicológica basada en el MPE.

Modalidad de la intervención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individual. 2. Grupal (si el paciente lo estima apropiado). 3. De pareja y de familia (si el caso lo amerita y la persona lo estima conveniente).
Propósito	Favorecer en la persona el conocimiento de sí misma, orientándole en el establecimiento de estrategias de afrontamiento del estrés adaptativas, teniendo en cuenta las características de la situación, los recursos disponibles y la propia personalidad.
Estrategias de afrontamiento esenciales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de estilos de vida saludable (ejercicio físico, alimentación equilibrada, recreación, evitación de consumo de cigarrillo, consumo moderado de licor, etc.). 2. Poner en práctica estrategias de relajación. 3. Buscar apoyo social en situaciones de dificultad emocional, financiera o laboral. 4. Reconocer, aceptar y comunicar las emociones negativas. 5. Reconocer, aceptar y autocontrastar pensamientos negativos. 6. Asumir la vida con optimismo. 7. Establecer mecanismos de solución de los problemas y ponerlos en práctica. 8. Comunicarse con otras personas de forma asertiva. 9. Resolver los conflictos interpersonales mediante el diálogo. 10. Planear la vida cotidiana y el proyecto de vida, evaluando logros y dificultades.
Evaluación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se sugiere evaluar el impacto de la intervención antes y después de la terapia, así como durante el periodo de seguimiento. 2. Para evaluar el impacto de la terapia, es recomendable aplicar un cuestionario de calidad de vida (por ejemplo, el SF-36) y un cuestionario de estrategias de afrontamiento (por ejemplo, el CAE).
Duración	Es variable. Depende del foco establecido en la evaluación procesal.

Fuente: los autores.

A partir de la evaluación de los siete ejes que intervienen en el estrés se busca que la persona tome conciencia de sus fortalezas y debilidades para afrontar las situaciones tensionantes, orientándole en el desarrollo y afianzamiento de competencias para el manejo de estrategias de afrontamiento pertinentes a su condición individual. Por medio de la terapia se pretende generar en las personas un conjunto de recursos personales (cognitivos o conductuales) que les permita afrontar de una forma adaptativa y benéfica para la salud y la calidad de vida, las demandas estresantes o el malestar emocional y físico asociado a la respuesta de estrés. Esto coloca al individuo como centro de la intervención, sin descuidar ni el entorno psicosocial-ambiental ni el ámbito de las respuestas, dándole un papel protagónico en la construcción de su bienestar. En este sentido, la propuesta terapéutica basada en el MPE desde el enfoque de Lazarus y Folkman (1984), pretende generar un ser humano responsable, con conciencia de los factores determinantes de su proceso salud-enfermedad en una perspectiva biopsicosocial (Engel, 1977). Así mismo, tiene como objetivo central dotar a la persona de estrategias que le posibiliten:

1. Comprender las demandas psicosociales y ajustarse a ellas o cambiarlas cuando sea necesario y se posean los recursos para ello.
2. Evaluar las demandas psicosociales de forma ajustada a la realidad, buscando en ellas aspectos positivos de crecimiento y desarrollo.
3. Prevenir el desencadenamiento de emociones negativas y la tensión física asociada a la respuesta de estrés, buscando disminuir su intensidad y frecuencia para que no afecten la salud.
4. Tomar conciencia de cómo los factores sociales están implicados en el proceso de salud-enfermedad, tanto en lo mental como en lo físico, y realizar cambios en estos aspectos cuando sea necesario.
5. Buscar apoyo social cuando se presenten dificultades emocionales, de salud, financieras o laborales.
6. Comprender cómo influyen los rasgos de personalidad, el sexo y la raza en las situaciones de estrés, y aprender a modificar estos factores o a bloquear sus efectos negativos (por ejemplo, en casos de neuroticismo, somatización, ira-rasgo, afecto negativo, etc.). Desarrollar estilos positivos favorecedores de la salud, como el optimismo, la autoeficacia y el afecto positivo.
7. Tomar conocimiento de cómo está su salud física y mental, así como de la calidad de vida, con el fin de reparar alteraciones, prevenir dificultades y potencializar el bienestar en todos los aspectos del funcionamiento humano.

El afrontamiento, entonces, es el conjunto de acciones que lleva a cabo la persona por su propia cuenta para evitar o aminorar el impacto de los problemas de la vida. Es, por consiguiente, el elemento esencial para hacer frente al estrés, pudiendo estar dirigido tanto a los estresores (eliminando o reduciendo su grado de amenaza) como a sus respuestas psicológicas, emocionales, sociales y físicas (Sandín, 2003).

En este proceso terapéutico siempre se tiene la visión en el apoyo social, el cual es un recurso social de gran importancia para el manejo de las situaciones estresantes y los estados de estrés (Sandín, 2003). Es por eso que el terapeuta, basado en este enfoque, tiene como misión asesorar a al individuo en el establecimiento de vínculos con otras personas para que de esta forma pueda recibir asistencia instrumental, informativa y emocional, con el fin de hacer frente a los problemas.

Bibliografía:

- Alonso, J.; Regidor, E.; Barrio, G.; Prieto, L.; Rodríguez, C. y de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Belloch, A. y Olavarría, B. (1993). El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Clínica y Salud*, 4, 181-190.
- Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (1995). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide.
- Casado, F.D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20, 403-414.
- Chorot, P. (1998). *Escala de Optimismo Disposicional de Joiner (DIOP)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).
- Chorot, P. y Sandín, B. (1985). Escala Conductual de Ansiedad - Estado (ECAE). *Psiquis*, 6, 115-120.
- Cockerham, W.C. (2001). *Handbook of medical sociology*. Nueva York: Prentice-Hall.

- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures Manual-II* (2nd ed.). Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Ellis, A. y Blau, S. (2000). *Vivir en una sociedad irracional: una guía para el bienestar mediante la terapia racional emotivo-conductual*. Barcelona: Paidós.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- González de Rivera, J.L.; Derogatis, L.R.; De las Cuevas, C.; Gracia-Marco, R.; Rodríguez-Pulido, F.; Henry-Benitez, M. y Monterrey, A.L. (1989). *The spanish versión of the SCL-90-R. Normative data in general population*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Lazarus, A.A. (1984). *Terapia multimodal*. México: IPPEM.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Lazarus, R.S. y Lazarus, B.N. (2000). *Pasión y razón: La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Luecken, L.J.; Suárez, E.C.; Kuhn, C.M.; Barefoot, J.C.; Blumenthal, J.A.; Siegle, I.C. y Williams, R.B. (1997). Stress in employed women: impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomatic Medicine*, 59, 352-359.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Millon, T. (1998). *MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Pérez, M. y Fernández, J.R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 523-529.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: University Press.
- Sandín, B. (1995). Estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología Vol. II*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 141-157.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54.
- Sandín, B.; Chorot, P.; Lostao, L.; Joiner, T.E.; Santed, M.A. y Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1987). *Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).
- Sandín, B. y Valiente, R.M. (1998). *Cuestionario de Depresión (CD)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).
- Santed, M.A.; Chorot, P. y Sandín, B. (1991). *Cuestionario de Estrés Diario (CED)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).
- Vaux, A.; Riedel, S. y Stewart, D. (1987). Modes of social support: The Social Support Behaviors (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology*, 15, 209-237.
- Watson, D.; Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.