

ESCALA DE PENSAMIENTOS Y EXPERIENCIAS DE LA VIDA REAL: DETERMINANDO LA RELACION ENTRE AFECTO Y SALUD

Jagdish Dua ¹
J.M. Carrillo ²

RESUMEN

Los teóricos cognitivo-conductuales suelen resaltar el papel de las cogniciones negativas y positivas en el origen, mantenimiento y modificación de las conductas. Muchos teóricos argumentan que las cogniciones, afecto y conductas están inter-relacionadas. Dua argumenta que la salud psicológica y el bienestar del individuo es función del afecto positivo y del afecto negativo causados ambos por los pensamientos y por las experiencias cotidianas. Dua ha construido una escala que evalúa el afecto positivo y el afecto negativo causados por los pensamientos y las experiencias cotidianas. Diversos estudios han demostrado que el afecto negativo alto y el afecto positivo bajo están asociados con alta ansiedad, estrés, depresión, baja autoestima y salud psicológica. Respecto a los afectos positivo y negativo, solamente el afecto negativo se ha asociado con salud física. En conjunto, el afecto negativo es mejor predictor de salud. También, respecto al afecto negativo causado por pensamientos y experiencias cotidianas, el afecto negativo debido a los pensamientos un mejor predictor de problemas psicológicos y salud psicológica que el afecto negativo causado por las experiencias cotidianas.

Palabras clave: ESCALA DE AFECTO; ESCALA DE COGNICIONES; AFECTO Y SALUD; COGNICIONES Y SALUD

1 Jagdish Dua, Department of Psychology, University of New England, Armidale, New South Wales 2351, Australia.

2 Enviar peticiones de separatas a J.M. Carrillo, Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Complutense, Campus de Somosaguas, 28223 Madrid, España.

SUMMARY

Cognitive-behavioural theorists emphasize the role of negative and positive cognitions in the origin, maintenance, and modification of behaviours. Many theorists argue that cognition, affect, and behaviours are inter-related. Dua has argued that the psychological health and well-being of the individual is a function of both the negative affect and positive affect caused by both the thoughts and day-to-day experiences. Dua has constructed a scale which assesses negative and positive affect caused by thoughts and day-to-day experiences. Studies have shown that high negative affect and low positive affect are associated with high anxiety, stress, and depression, and low self-esteem and psychological health. Of negative and positive affect, only negative affect is associated with physical health. Overall, negative affect is a better predictor of health. Also, of negative affect caused by thoughts and day-to-day experiences, negative affect due to thoughts is a better predictor of psychological problems and psychological health than negative affect caused by day-to-day experiences

Key Words: AFFECT SCALE; COGNITIONS SCALE; AFFECT AND HEALTH; COGNITIONS AND HEALTH.

Los teóricos cognitivo-conductuales suelen resaltar el papel de las cogniciones positivas y negativas en el origen, mantenimiento, y cambio de las conductas en general y de las conductas psicopatológicas en particular (Beck, 1976; Kendall, Howard, & Hays, 1989). Durante años ha habido una diferencia de opinión, o al menos una diferencia de énfasis, sobre el papel de las cogniciones negativas y positivas en la conducta. En los primeros tiempos del desarrollo de la teoría cognitivo-conductual había un mayor énfasis en el papel de las cogniciones negativas (p.ej., Kendall & Hollon, 1981). Investigadores y teóricos recientes, sin embargo, han señalado, para un entendimiento más completo de la conducta, que ambas, cogniciones positivas y negativas, deben tenerse en cuenta (Kendall, 1983, 1992; Kendall et al., 1989; Schwartz & Garamoni, 1986; Watson & Clark, 1984; Watson & Tellegen, 1985).

En uno de los modelos bien desarrollados, Schwartz y Garamoni (1986) señalan que las disfunciones psicológicas y el funcionamiento psicológico adaptativo se caracterizan por diferentes ratios de cogniciones positivas y

negativas. Por ejemplo, han propuesto que ratios de 0.5 de cogniciones positivas respecto al total de cogniciones y de cogniciones negativas respecto al total de cogniciones caracterizan un diálogo interno de conflicto y están asociados con niveles ligeros de ansiedad y depresión. Un número de estudios han apoyado el modelo. Kendall et al. (1989), por ejemplo, han encontrado que los ratios de pensamiento negativo respecto al pensamiento positivo en sujetos normales y depresivos son los sugeridos por Schwartz y Garamoni. Kendall et al., subrayan la importancia de las cogniciones positivas al construir un cuestionario para la medida de pensamientos automáticos positivos juntamente con el que tenían para la medida de pensamientos negativos.

Muchos teóricos cognitivo-conductuales señalan que otro elemento que, junto con las cogniciones, juega un importante papel en la determinación de las conductas es el afecto. De acuerdo con este punto de vista, cogniciones, afecto y conducta están interrelacionadas e interaccionan de modo causal entre ellas (p.ej., Mahoney, 1977). Estos teóricos argumentan que las cogniciones inadaptativas causan perturbaciones afectivas o afecto negativo que, a su vez, dan lugar a problemas psicológicos (Masters, Burish, Hollon, & Rimm, 1987). Ellis, por ejemplo, ha señalado que los pensamientos irracionales actúan como cogniciones inadaptativas (Ellis, 1977), Beck plantea que los patrones disfuncionales de pensamiento son cogniciones inadaptativas (Beck, 1976), y Meichenbaum adscribe a las autorreferencias negativas el papel de cogniciones inadaptativas (Meichenbaum, 1977). Una implicación del punto de vista sobre las cogniciones inadaptativas es que las cogniciones adaptativas o positivas producen afecto positivo y bienestar psicológico. Así pues, de acuerdo con este punto de vista de la teoría cognitivo-conductual, el afecto negativo y positivo producido como resultado de los pensamientos determina el bienestar general del individuo. En apoyo de este planteamiento, Watson y Clark (1984) encontraron que los dos factores de afectividad positiva y afectividad negativa explican de la mitad a tres cuartos de la varianza del estado de ánimo automanifestado.

Dua (1989a, 1990) sugirió que un elemento que los teóricos cognitivo-conductuales ignoraron fueron los sucesos ambientales, las experiencias cotidianas del individuo, o las experiencias de la vida real del individuo. Dua señaló que lo mismo que las cogniciones causan afecto negativo y positivo, las experiencias cotidianas también causan afecto negativo y afecto positivo. Esto puede ocurrir como un efecto directo o a través de la mediación de las

cogniciones. Dua, por tanto, sugiere que la salud psicológica del individuo es una función del afecto negativo y del afecto positivo causados ambos por los pensamientos y las experiencias cotidianas. Basándose en esta idea Dua construyó una escala que evalúa el grado en que los pensamientos y las experiencias cotidianas de las personas les causan afecto negativo y afecto positivo (Dua, 1990; Escala de Pensamientos y Experiencias de la Vida Real, Escala THARL). La escala consiste en cuatro subescalas, la primera mide afecto negativo causado por pensamientos (Pensamientos-Afecto Negativo), la segunda evalúa el afecto negativo causado por las experiencias cotidianas (Vida Real-Afecto Negativo), la tercera evalúa el afecto positivo causado por los pensamientos (Pensamientos-Afecto Positivo), y la cuarta evalúa el afecto positivo causado por las experiencias cotidianas (Vida Real-Afecto Positivo). Al completar la escala los sujetos indican, en una escala de 0 a 100, el grado en que sus pensamientos y experiencias de la vida real les causan afecto negativo y afecto positivo. Los sujetos responden a cada una de las escalas respecto a los 14 ítems siguientes:

- Item 1. Uno mismo (salud, situación económica, aspecto físico, etc.
- Item 2. Los miembros de su familia.
- Item 3. Otros familiares
- Item 4. Sus amigos.
- Item 5. Otras personas que conoce o trata.
- Item 6. Extraños.
- Item 7. Colegas de trabajo.
- Item 8. Subordinados en el trabajo.
- Item 9. Superiores en el trabajo.
- Item 10. Otras personas con las que trata en el trabajo.
- Item 11. Su trabajo en general.
- Item 12. La gente en general
- Item 13. Su ambiente en general.
- Item 14. El mundo en general.

La puntuación de cada escala se establece bien mediante la suma de las calificaciones de los 14 ítems o bien dividiendo la suma de las calificaciones de los 14 ítems por el número de ítems que el sujeto ha contestado. Así pues, los ítems a los que el sujeto no ha contestado, porque considera que no le son aplicables, no se incluyen en la puntuación de la subescala.

Este artículo presenta la investigación sobre el papel del afecto negativo y positivo causado por los pensamientos y las experiencias cotidianas eva-

luadas mediante la Escala THARL en problemas psicológicos y salud psicológica y física.

Dua (1990) encontró en una versión anterior de la escala coeficientes de fiabilidad de 0.78, 0.69, 0.75 y 0.75 para las subescalas de Pensamientos-Afecto Negativo, Vida Real-Afecto Negativo, Pensamientos-Afecto Positivo y Vida Real-Afecto Positivo respectivamente, cuando estas se administraron dos veces en un periodo de ocho semanas. También, las dos subescalas de afecto negativo correlacionaron 0.84 y las dos subescalas de afecto positivo correlacionaron 0.85. Se obtuvo evidencia de la validez de la Escala al encontrar que el estrés, medido mediante una lista de adjetivos (Mackay, Cox, Burrows, & Lazzarini, 1978) correlacionaba 0.57 con Pensamientos-Afecto Negativo y 0.53 con Vida Real-Afecto Negativo.

En estudio de Dua y Price (1992), los sujetos contestaron a la Escala THARL y a las escalas destinadas a evaluar ansiedad (Taylor, 1953), estrés (Mackay et al., 1978), cogniciones depresivas (Crandell & Chambless, 1986), bienestar (Cox, Thirlaway, Gotts, & Cox, 1983), y salud psicológica general (Goldberg, 1972). Seis semanas más tarde los sujetos respondieron de nuevo a la Escala THARL. Dua y Price encontraron que las puntuaciones de las dos subescalas de afecto negativo estaban positivamente correlacionadas, las puntuaciones de las dos subescalas de afecto positivo estaban positivamente correlacionadas, y las puntuaciones de las subescalas de afecto negativo estaban negativamente correlacionadas con las puntuaciones de las subescalas de afecto positivo. Los alfas de Chronbach respecto a las cuatro subescalas variaban entre 0.83 y 0.94. La fiabilidad de las subescalas de afecto negativo fue aproximadamente de 0.51 y la fiabilidad de las dos subescalas de afecto positivo fue aproximadamente de 0.72.

Dua y Price utilizaron procedimientos de análisis factorial respecto a las puntuaciones de los items de cada subescala. En ambas subescalas de afecto negativo el factor 1 fue el factor Trabajo (items 7 al 11) y el factor 2 fue el factor Gente (items 4, 5, 6 y 12). En la subescala de Vida Real-Afecto Negativo, el factor 3 fue el factor Personal y Familia (items 1,2 y 3) y el factor 4 fue el factor Ambiente (items 13 y 14). En la subescala Pensamientos Afecto-Negativo, el factor 3 fue el factor de Personal y Ambiente (items 1, 11, 13), y el factor 4 fue el factor Familia (items 2 y 3). La subescala de Pensamientos-Afecto

Positivo constituyó 3 factores. Trabajo y Gente (items 5 al 12), Ambiente (items 3, 12, 13, y 14) y Personal y Familia (items 1, 2, y 11): la subescala

de Vida Real-Afecto Positivo constituyó dos factores, Trabajo y Gente (ítems 4 al 12), y Personal, Familia y Ambiente (ítems 1, 2, 3, 4, 13, y 14).

Dua y Price (1992) también encontraron que un alto afecto negativo estaba asociado con alta ansiedad, estrés y depresión, y con bajo bienestar y salud psicológica; alto afecto positivo estaba asociado con baja ansiedad, estrés y depresión, y con mejor bienestar y salud psicológica.

En un estudio sobre la relación entre depresión, estrés y puntuaciones en la escala THARL, Yusuf (1987) administró el test de depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, & Erbaugh, 1961) a un gran número de sujetos. Teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en este test se dividió a los sujetos en dos grupos: depresivos y no depresivos. Los sujetos completaron después la Escala THARL, la escala "Stress-arousal Adjective Check-list" (Estrés; Mackay et al., 1978), y autoinforme de estrés (Estrés general). Dua (en prensa) aporta datos sobre este estudio. Los resultados mostraron que las dos puntuaciones de afecto negativo estaban positivamente correlacionadas y las dos puntuaciones de afecto positivo estaban positivamente correlacionadas; sin embargo, las puntuaciones de afecto negativo no estaban correlacionadas con las puntuaciones de afecto positivo. Las puntuaciones de afecto negativo correlacionaban positivamente con Estrés, Estrés general y Depresión, y las puntuaciones de afecto positivo correlacionaban negativamente con Estrés, Estrés general y Depresión. Análisis de regresión por pasos mostraron que de los cuatro componentes de la Escala THARL, Pensamientos-Afecto Negativo fue el predictor más importante de Depresión, Pensamientos-Afecto Positivo seguido de Pensamientos-

Afecto Negativo fueron los dos predictores más importantes de Estrés, y Vida Real-Afecto Negativo seguido de Pensamiento-Afecto Positivo fueron los dos predictores más importantes de Estrés general.

En un estudio de Dua y Breu (1988) los sujetos respondieron a la escala THARL y a la escala de bienestar psicológico (Cox et al., 1983). Esta última escala evalúa Bienestar y tiene factores denominados "Agotamiento" ("Worn-out") y "Tensión" ("Up-tight"). Dua (en prensa) encontró, del mismo modo que en otros estudios comentados en este artículo, que las dos puntuaciones de afecto negativo estaban positivamente correlacionadas y las dos puntuaciones de afecto positivo estaban positivamente correlacionadas. También, el afecto negativo estaba correlacionado negativamente con afecto positivo. El afecto negativo estaba positivamente correlacionado con Agotamiento, Tensión y, negativamente, con Bienestar, y el afecto positivo estaba

negativamente correlacionado con Agotamiento, Tensión y, positivamente, Bienestar. Análisis de regresión múltiple por pasos pusieron de manifiesto que Pensamientos-Afecto Negativo y Pensamientos-Afecto Positivo fueron los dos predictores más importantes de Agotamiento, y Pensamientos-Afecto Positivo y Pensamientos-Afecto Negativo predecían significativamente Tensión y Bienestar.

Dua (en prensa) recoge uno estudio de Rappa (1987) en el que administró la escala THARL a un gran número de sujetos y luego seleccionó 15 sujetos que tenían puntuaciones altas en Pensamientos-Afecto Negativo y otros 15 que tenían bajas puntuaciones en Pensamientos-Afecto Negativo. Estos sujetos respondieron a la escala de estrés de Mackay et al., a la pregunta de estrés general, a la escala de autoestima de Coopersmith (ver Argyle & Lea, 1972) y a la escala de Aserción de Rathus (Rathus, 1973). De nuevo se encontró que las dos medidas de afecto negativo estaban positivamente correlacionadas, las dos medidas de afecto positivo estaban positivamente correlacionadas, y el afecto negativo estaba correlacionado negativamente con el afecto positivo. Se encontró también que cuanto mayor era el afecto negativo menor era la autoestima; sin embargo, la aserción no se relacionaba con afecto. En relación con el estrés, cuanto mayor era el afecto negativo mayor era el Estrés y el Estrés general; y cuanto mayor era el afecto positivo menor era el Estrés. Análisis de regresión múltiple por pasos mostraron que Pensamientos-Afecto Negativo fue el predictor más importante de Autoestima y Estrés general, y Vida Real-Afecto Positivo fue el predictor más importante de Estrés; sin embargo, ninguna de las subescalas THARL predijo Aserción.

Everett (1987) dividió a los sujetos en grupos Tipo A y Tipo B basándose en sus puntuaciones en la Escala de Actividad de Jenkins (Jenkins, Zyzanski, & Rosenman, 1979). Estos sujetos completaron además la Escala THARL y la escala de estrés (Mackay et al., 1978), y respondieron a la cuestión de estrés general. Dua (en prensa) señala que, como en otros estudios, las dos puntuaciones de afecto negativo estaban positivamente correlacionadas, las dos puntuaciones de afecto positivo estaban positivamente correlacionadas, y el afecto negativo estaba negativamente correlacionado con el afecto positivo.

También, los resultados indicaron que alto Estrés estaba asociado con alto afecto negativo y bajo afecto positivo; alto Estrés general estaba asociado con alto afecto negativo. Sin embargo, las puntuaciones Tipo A/B no estaban

correlacionadas con afecto. De manera similar a los resultados encontrados en otros estudios comentados, análisis de regresiones múltiples por pasos mostraron que Pensamientos-Afecto Negativo seguido de Vida Real-Afecto Positivo fueron los mayores predictores de Estrés, y Pensamientos-Afecto Negativo fue el mayor predictor de Estrés general.

Dua (en prensa) comenta un estudio sobre la asociación entre empleo/desempleo y afecto. En el estudio de Lanigan (1987), empleados, personas que llevaban poco tiempo en el paro y personas que llevaban mucho tiempo en el paro, respondieron a la Escala THARL y a las escalas de estrés. Los resultados fueron interesantes; los sujetos empleados manifestaron más Pensamientos-Afecto Positivo que los sujetos desempleados. Y, en particular, los sujetos que llevaban en el paro poco tiempo manifestaron menos Pensamientos-Afecto Positivo que los sujetos empleados.

Dua (en prensa) investigó la relación entre salud psicológica y física retrospectiva y prospectiva, y el afecto negativo y positivo debido a los pensamientos y a las experiencias cotidianas. Los Sujetos completaron la Escala THARL y una escala para la evaluación de la salud psicológica general (Goldberg, 1972). Además, los sujetos respondieron a preguntas sobre el número de visitas a sus consejeros, sobre su salud psicológica, número de visitas al médico, y sobre su salud física en los seis meses últimos. A continuación, los sujetos guardaron registros semanales, durante cuatro semanas, sobre el número de días que sufrieron de problemas emocionales, número de días que visitaron al médico, y número de días que faltaron al trabajo. Como en estudios anteriores, las dos medidas de afecto negativo estuvieron positivamente correlacionadas, las dos medidas de afecto positivo estaban correlacionadas, y el afecto negativo estaba correlacionado negativamente con el afecto positivo. En general, a medida que el afecto negativo era mayor y menor el afecto positivo peor eran la salud psicológica retrospectiva y la salud psicológica prospectiva (días en los cuales los sujetos sufrían problemas emocionales). Había algún apoyo en el sentido de que cuanto mayor era el afecto negativo peor sería el autoinforme de la salud física retrospectiva y prospectiva. Sin embargo, el afecto positivo no se relacionaba con salud física.

En general, los estudios de Dua y colaboradores han mostrado que el afecto negativo causado por los pensamientos está positivamente correlacionado con el afecto negativo causado por las experiencias cotidianas. Similares resultados se han encontrado respecto al afecto positivo causa-

do por los pensamientos y las experiencias cotidianas. Estos resultados no son sorprendentes ya que se podría argumentar que muchos de nuestros pensamientos son sobre nuestras experiencias cotidianas. Algunos estudios han demostrado también que cuanto mayor es el autoinforme del afecto negativo menor es el autoinforme del afecto positivo. En general, se ha encontrado que alto afecto negativo y bajo afecto positivo están asociados con alto estrés, ansiedad, depresión, baja autoestima y salud física. Alto afecto negativo está también asociado con baja salud física; sin embargo, el afecto positivo no está asociado con salud física. Hay evidencia de acuerdo con una serie de estudios que el afecto negativo es mejor predictor de problemas psicológicos que el afecto positivo; también hay evidencia que el afecto negativo debido a los pensamientos es mejor predictor de la salud psicológica y de la salud física que el afecto negativo debido a las experiencias cotidianas.

Los estudios resumidos más arriba muestran que el afecto negativo y positivo causado por los pensamientos y las experiencias cotidianas determinan el bienestar general del individuo. Dada la mayor importancia del afecto negativo debida a los pensamientos en la determinación del estrés, ansiedad, autoestima, depresión, salud psicológica y salud física, Dua y colaboradores han llevado a cabo algunos estudios para determinar la efectividad basada en procedimientos cognitivos para reducir el afecto negativo causado por los pensamientos.

Dua (1989b) seleccionó una serie de sujetos que informaron de su Pensamientos-Afecto Negativo y les distribuyó al azar en tres grupos de tratamiento. Se entrenaba a los sujetos bien a meditar, bien a modificar sus pensamientos productores de malestar o, solamente, se les expuso a pensamientos productores de estrés. Los resultados pusieron de manifiesto que el entrenamiento en meditación y reestructuración cognitiva reducían el malestar de los sujetos causado por sus pensamientos. En otro estudio (Dua & Price, 1993), a los sujetos que manifestaron alto Pensamientos-Afecto Negativo se les entrenó bien reducir sus pensamientos negativos asociados con pensamientos productores de estrés, a reemplazar sus pensamientos negativos con pensamientos positivos, bien fueron entrenados en ambas, la reducción de pensamiento negativo y procedimientos de aumento de pensamiento positivo, bien les dió un tratamiento placebo, o no tratamiento. Como se predijo, la reducción de pensamiento negativo, el aumento de pensamiento positivo y los grupos combinados mostraron reducción de malestar causado

por pensamientos específicos. Se dió alguna evidencia en el sentido de que el tratamiento de reducción de pensamiento negativo fue mejor en la reducción del estrés causado por los pensamientos que el tratamiento de aumento de pensamiento positivo, y hubo alguna evidencia de acuerdo con la cual el grupo Combinado mostró el máximo beneficio como resultado del tratamiento.

Hay que resaltar que los estudios sobre el papel y el efecto del afecto negativo y positivo causado por los pensamientos, tal como se ha medido mediante la Escala THARL, se han llevado a cabo con sujetos normales. En otras palabras, los estudios se llevaron a cabo con sujetos cuyos problemas psicológicos no eran suficientemente serios para que estos solicitaran una ayuda psicológica constante. Se estima importante en futuros trabajos a realizar con la Escala:

- (i) Comparar el afecto negativo y positivo causado por los pensamientos y las experiencias cotidianas en sujetos que solicitan ayuda en relación con sus problemas psicológicos y en sujetos que no necesitan tal ayuda.
- (ii) Determinar si hay diferentes configuraciones de afecto negativo y positivo causado por los pensamientos y las experiencias cotidianas en sujetos que padecen diferentes problemas psicológicos.
- (iii) Determinar el papel del afecto negativo y positivo en la salud y enfermedad físicas.
- (iv) Investigar la relación causa-efecto entre el afecto y la salud de manera más completa.

BIBLIOGRAFIA

- Argyle, M., & Lea, V. (Eds.). (1972). *Social relationships*. Walton Hall: Open University Press.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Cox, T., Thirlaway, M., Gotts, G., & Cox, S. (1983). The nature and assessment of general well-being. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 353-359.
- Crandell, C.J., & Chambless, D.L. (1986). The validation of an inventory for measuring depressive thoughts: The Crandell Cognitions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 403-411.
- Dua, J. (1989a). A scale to measure stress and distress. En J.L. Sheppard (Ed.), *Advances in behavioural medicine*, (Vol.6. pp. 111-125). Sydney: Cumberland College of Health Sciences.
- Dua, J. (1989b). Effectiveness of meditation and cognitive restructuring in reducing distress. En P.F. Lovibond & P.H. Wilson (Eds.), *Clinical and abnormal psychology* (pp. 95- 104). New York: Elsevier Science Publishers. B.V.
- Dua, J. (1990). Assessment of positive and negative affect as a result of thoughts and real-life experiences. *Behaviour Change*, 7, 62-65.
- Dua, J.K. (en prensa). Role of negative affect and positive affect in stress, depression, self-esteem, assertiveness, type A behaviors, psychological health, and physical health. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*.
- Dua, J.K., & Breu, P. (1988). *Distress and general well-being*. Manuscrito no publicado. University of New England. Australia.
- Dua, J., & Price, I. (1992). Psychometric analysis of the sub-scales of the Thoughts and Real-life Experiences Scale. *Behaviour Change*, 9, 104-111.
- Dua, J., & Price, I. (1993). Effectiveness of training in negative-thought-reduction and positive-thought-increment in reducing thought-produced distress. *Journal of Genetic Psychology*, 154, 97-109.
- Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of rational-emotive-therapy, En A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive-therapy*. New York: Springer.
- Everett, J. (1987). *Type A coronary-prone behaviour pattern and stress*. Preliminary Honours Dissertation no publicada.
- Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Mandsley Monograph No. 21. Oxford: Oxford University Press.
- Jenkins, C.D., Zyzanski, S.J., & Rosenman, R.H. (1979). *Jenkins Activity Survey, Form C*. New York: The Psychological corporation.
- Kendall, P.C. (1983). Methodology and cognitive-behavioral assessment. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 285-301.
- Kendall, P.C. (1992). Healthy thinking. *Behavior Therapy*, 23, 1-11.
- Kendall, P.C., & Hollon, S.D. (1981). Assessing self-referent speech: Methods in the measurement of self-statements. En P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.) *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic Press.
- Kendall, P.C., Howard, B.L., & Hays, R.C. (1989). Self-Referent speech and

- psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 583-598.
- Lanigan, M. (1987). *Stress as a function of employment and unemployment in males and females*. Preliminary Honours dissertation no publicada.
- Mackay, C., Cox, T., Burrows, G., & Lazzerini, T. (1978). An inventory for the measurement of self-reported stress and arousal. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 283-284.
- Mahoney, M.J. (1977). Cognitive therapy and research: A question of questions. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 1-3.
- Masters, J.C., Burish, T.G., Hollon, S.D., & Rimm, D.C. (1987). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings* (3rd ed.). New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavioral modification: An interpretive approach*. New York: Plenum Press.
- Rappa, S. (1987). *The relationship between stress, and self-esteem and assertiveness*. Preliminary Honours Dissertation no publicada.
- Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behaviour, *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Schwartz, R.M., & Garamoni, G.L. (1986). A structural model of positive and negative states in mind: Asymmetry in the internal dialogue. En P.C. Kendall (Ed.). *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol.5). Orlando, Florida: Academic Press.
- Taylor, J.A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 285-290.
- Watson, D., & Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Yusuf, T. (1987). *Depression and stress among college students*. Preliminary Honours Dissertation no publicada.