

Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación

Eduardo J. Pedrero Pérez* y Álvaro Olivar Arroyo

Centro de Atención a Drogodependientes CAD 4 San Blas (Instituto de Adicciones. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid)

Resumen: El estrés es una condición fuertemente vinculada a la adicción en todas sus fases. Desde la teoría de Lazarus, el estrés es el producto de la evaluación individual de las amenazas y los recursos disponibles para contrarrestarlas. La Escala de Estrés Percibido (EEP) es un instrumento ampliamente utilizado en investigación y en clínica, aunque apenas hay trabajos que lo hayan utilizado con adictos. Se obtiene una muestra de 133 sujetos en tratamiento por adicción a al menos una sustancia, que cumplimentan el EEP y el MCMI-II. Se estudian las propiedades psicométricas del cuestionario en esta muestra, resultando satisfactorias. Los resultados apuntan a niveles de estrés elevados en las primeras fases de tratamiento, que tienden a ser menores en quienes llevan más de tres meses de abstinencia mantenida. Los niveles medios no alcanzan los observados en muestras de sujetos diagnosticados de depresión mayor, pero superan a la mayor parte de los obtenidos en poblaciones no clínicas. El EEP, en sus tres versiones de 14, 10 y 4 ítems, correlaciona significativamente con trastornos de los Ejes I y II, medidos por el MCMI-II. Se plantea la necesidad de evaluar el estrés subjetivo para interpretar adecuadamente los trastornos psicológicos coexistentes con la adicción.

Palabras clave: Estrés percibido; adicción; trastornos de personalidad; análisis factorial; evaluación psicométrica; tratamiento.

Title: Perceived stress in addicted individuals in treatment by the Cohen scale: psychometric properties and results of its application.

Abstract: Stress is strongly related to addiction throughout all its stages. Since Lazarus published his theoretical framework, stress is considered a product of the individual's evaluation of threats and the available resources to face them. Perceived Stress Scale (PSS) is a widely used test in research and clinics, although it has not been usually applied in addicted individuals. In a sample of 133 individuals in treatment of addictive behaviors, PSS and MCMI-II were used. Psychometric properties of the questionnaire were studied in this sample, resulting adequate. High levels of perceived stress were found in individuals at the beginning of treatment, being lower in individuals who were abstinent for more than three months. Average levels were also lower than those found in individuals suffering from major depression. On the other hand, they resulted to be higher than those obtained from most of the non-clinic population who answered this test in previous works. Results in PSS, in all three different versions, were highly correlated with Axis I and II disorders, as measured with the MCMI-II. The study and evaluation of subjective stress may be necessary to adequately elucidate the psychological disorders associated with addiction.

Key words: Perceived stress; addiction; personality disorders; factor analysis; psychometric assessment; treatment.

Introducción

El estrés es una condición fuertemente vinculada al abuso de sustancias. La experimentación de acontecimientos estresantes en la infancia como factor de vulnerabilidad y los acontecimientos negativos en la edad adulta como desencadenantes del consumo, son factores claramente identificados en la investigación (El-Shikh, Fahmy, Samy Michael y Fouad, 2004). Las estrategias que las personas utilizan para afrontar estos eventos estresantes pueden operar como protectores o como precursores del consumo (Gómez-Fraguela, Luengo, Romero, Villar y Sobral, 2006), como factores de mantenimiento del comportamiento adictivo (Pedrero, Rojo y Puerta, 2008) o como precipitantes de la recaída (Sinha, 2007). Los mecanismos neurobiológicos que vinculan estrés, adicción y psicopatología coexistente han sido consistentemente establecidos en las últimas décadas (Koob, 2006; Rao, Hammen y Poland, 2009).

Para Lazarus y Folkman (1984), el estrés es un producto de la valoración que el individuo hace de la situación. Mientras otras aproximaciones resaltaban las respuestas fisiológicas frente a las amenazas (Selye, 1983) o bien las circunstancias ambientales amenazantes (Holmes y Rahe, 1967), el enfoque interaccional de Lazarus considera que el estrés es un conjunto de relaciones particulares entre la persona y el ambiente, que es valorado por la persona como algo que

carga o excede de sus recursos y pone en peligro su bienestar.

Desde esta perspectiva, Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) construyeron la *Perceived Stress Scale* (PSS), instrumento que estima el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes por las personas. Sus ítems interrogan sobre el grado en que las personas sienten que ejercen control sobre las situaciones impredecibles o inesperadas, o, por el contrario, las sienten como incontrolables y, en tal medida, experimentan un estrés que se traduce en malestar. Se trata, en su versión original, de 14 ítems, formulados en distinto sentido: unos a favor del control de las situaciones amenazantes y otros a favor de la pérdida de control y sus consecuencias. La escala proporciona una medida global de estrés percibido en el último mes. Posteriormente se han estudiado dos versiones reducidas, una de ellas con 10 ítems y la otra con sólo 4, todos ellos componentes de la escala completa. Diversos estudios han explorado la estructura factorial de la escala en sus tres versiones, encontrando consistentemente que los ítems favorables al control se agrupan en un factor, mientras que aquellos que denotan pérdida de control lo hacen en otro factor separado. Sin embargo, y aunque los autores tienden a admitir la solución de dos factores, en muchos casos el uso de criterios más restrictivos obligaría a considerar la unidimensionalidad de la escala. Por ejemplo, en algunos estudios la aplicación del coeficiente *theta* de Carmines (Carmines y McIver, 1981) probaría que los ítems representan un constructo unidimensional (p.e., Roberti, Harrington y Storch, 2006), pero no en otros (Cohen y Williamson, 1988; González Ramírez y Landero,

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:
Eduardo J. Pedrero Pérez. C/ Alcalá 527. 28027. Madrid (España).
E-mail: ejpedrero@yahoo.es

2007a), o bien sí en un idioma, pero no en otro (Mimura y Griffiths, 2008); otros estudios no efectúan estudio factorial (Remor, 2006; Remor y Carrobles, 2001). En todo caso, los trabajos que aplican cualquiera de las versiones del cuestionario asumen la unidimensionalidad, considerando que lo que mide es, simplemente, estrés percibido.

Este instrumento, en sus diferentes versiones, ha sido ampliamente utilizado en la investigación y la clínica. Por mencionar sólo algunos trabajos desarrollados con la versión española (Escala de Estrés Percibido, EEP; Remor y Carrobles, 2001), el EEP ha sido utilizado para explorar la relación del estrés percibido con otras variables, como cansancio emocional (González Ramírez y Landero, 2007a), ansiedad y depresión (Arrivillaga, López Martínez y Ossa, 2006; González Ramírez y Landero, 2006), optimismo (Ferrando, Chico y Tous, 2002), inteligencia emocional (Extremera y Durán, 2007), síntomas psicósomáticos (González Ramírez y Landero, 2008), presión arterial (Arrivillaga, Varela, Cáceres, Correa y Holguín, 2007), migraña (Sevillano, Manso y Cacaueles, 2007) o *burnout* (Durán, Peralta, Gallego y Montalbán, 2006). Se ha estudiado la relación entre el estrés percibido y la adhesión a tratamientos farmacológicos (Remor, 2002), la protección psicológica frente a la infección por VIH (Remor, Ulla, Arranz y Carrobles, 2001) o como medida pre/postratamiento (Losada, Izal, Montorio, Márquez y Pérez-Rojo, 2004). Se ha encontrado que el apoyo social y la autoestima son predictores del estrés; la edad y el estrés, predictores de la salud física; y el estrés, la autoestima y la salud física, predictores de la salud mental (González Ramírez, Landero y Ruiz Díaz, 2008).

En el campo de las adicciones no se han encontrado apenas estudios que utilicen esta escala. El maltrato en la infancia se asoció con niveles elevados de estrés percibido y utilización de estrategias de evitación tras la retirada del consumo de cocaína (Hyman, Paliwal y Sinha, 2007). El mantenimiento de los niveles de estrés favorece la persistencia del consumo y su reducción propicia la abstinencia (Manning, Catley, Harris, Mayo y Ahluwalia, 2005). La EEP se ha utilizado como instrumento sensible a los cambios tras el tratamiento en adictos (Marcus, Fine, Moeller, Khan, Pitts, Swank *et al.*, 2003; Marfurt, 2006). Se ha utilizado la EEP-14 en un estudio de adherencia al tratamiento de pacientes adictos a opiáceos en tratamiento con metadona, sin que el estudio aporte datos relevantes del papel del estrés percibido en relación con la variable estudiada (Ladero, Orejudo y Carrobles, 2005). Un estudio mostró que los fumadores que iniciaban tratamiento para dejar de fumar mostraban mayores niveles de estrés percibido que los no fumadores del grupo control, y que esos niveles se incrementaban durante los primeros días para volver, al cabo de un mes, a los valores de línea base (Ward, Swan y Jack, 2001). Se ha propuesto, en su versión más corta (EEP-4), como un instrumento de utilidad en los protocolos de evaluación para los tratamientos contra el tabaquismo (Becoña y Lorenzo, 2004).

El objetivo del presente trabajo es explorar las cualidades psicométricas del EEP, en sus tres versiones, en una muestra

de adictos a sustancias que se encuentran en tratamiento. Adicionalmente, se explorarán los niveles de estrés percibido declarados por los pacientes, comparándolos con los encontrados en otras muestras (Tabla 1). Finalmente, y puesto que el estrés percibido se ha vinculado a diversos trastornos psicopatológicos, también frecuentemente relacionados con la adicción, se explorará la relación entre aquella variable y síndromes y trastornos de los Ejes I y II de los sistemas clasificatorios, utilizando una prueba (el MCMI-II) capaz de estudiarlos.

Método

Participantes

Se obtuvo una muestra de 133 sujetos en tratamiento por abuso/dependencia de sustancias en un Centro de Atención a Drogodependientes (Centro de Atención a Drogodependientes CAD 4 San Blas, Instituto de Adicciones, Ayuntamiento de Madrid). De ellos, 90 eran varones (media de edad 37.0, d.t. 9.2) y 43 mujeres (media de edad 36.2, d.t. 10.1). Todos ellos cumplieron criterios DSM-IV-TR para abuso/dependencia de al menos una sustancia en el inicio de su tratamiento. Su droga principal fue la heroína en 16 casos, la cocaína en 50, el alcohol en 57 y el cannabis en 10. De ellos, 37 llevaban menos de un mes abstinentes, 71 llevaban entre 1 y 3 meses de abstinencia continuada, 13 llevaban más de 3 meses y menos de 6 y 12 superaban los 6 meses de abstinencia sostenida.

Instrumentos

Escala de Estrés Percibido (*Perceived Stress Scale*, PSS; Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983; Remor y Carrobles, 2001), conformada por 14 ítems que miden el grado en que, durante el último mes, las personas se han sentido molestas o preocupadas por algo o, por el contrario, han percibido que las cosas les iban bien, o se han sentido seguras de su capacidad para controlar sus problemas personales. Incluye preguntas directas sobre los niveles de estrés experimentados en el último mes. La Escala puntúa de 0 a 56, donde las puntuaciones superiores indican un mayor estrés percibido. Utiliza un formato de respuesta tipo *Likert* de cinco alternativas con un rango de 0 («nunca») a 4 («siempre»). De la escala completa se han extraído los ítems que componen la versión de 10 (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 14) y de 4 (2, 6, 7 y 14).

Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*, MCMI-II, versión española de Ávila Espada; Millon, 1999) es un cuestionario de 175 ítems, que se responden en una escala dicotómica verdadero/falso, e informa sobre 8 patrones clínicos de personalidad, 3 formas graves de patología de personalidad, 6 síndromes clínicos de intensidad moderada y 3 síndromes clínicos graves. Cuenta con medidas de validez, alteración, deseabilidad y sinceridad.

Tabla 1: Resultados obtenidos con las 3 versiones del EEP en estudios precedentes.

Muestra	N	EEP-14		EEP-10		EEP-4		País	Autores
		Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.		
Estudiantes universitarios	506	22.3	7.3					México	González Ramírez y Landero, 2007
Estudiantes universitarios	216					1.7	.7	España	Durán <i>et al.</i> , 2006
Estudiantes universitarios	373					1.7	.7	España	Extremera y Durán, 2007
Estudiantes universitarios	2410	21.9	7.0					México	González Ramírez y Landero, 2008
Estudiantes universitarios	206					1.9	.5	México	Matheny <i>et al.</i> , 2008
	241					1.9	.6	U.S.A.	
Estudiantes universitarios	332	23.2	7.3						
Estudiantes universitarios	114	23.7	7.8					U.S.A.	Cohen <i>et al.</i> 1983
Pacientes tto antitabaco	64	25.0	8.0						
Estudiantes universitarios	156	27.6	8.4					U.K.	Mimura y Griffiths, 2008
Estudiantes universitarios	1104	29.3	6.5					Japón	
Estudiantes universitarios	124	22.7	7.5					España	Remor y Pérez-Llantada, 2007
Estudiantes universitarios									
Varones	238	23.3	8.2					Colombia	Vengoechea <i>et al.</i> , 2006
Mujeres	195	26.0	7.5						
Estudiantes universitarios									
Varones	19	26.4	5.9					Portugal	Jiménez <i>et al.</i> , 2008
Mujeres	189	26.8	7.3						
Estudiantes universitarios									
Varones	51	26.3	9.3					España	
Mujeres	188	29.2	8.2						
	949	18.8	6.9						
Varones (Pobl. Gen.)	926			12.1	5.9				
	946					4.2	2.8		
	1406	20.2	7.8						Cohen y Williamson, 1988
Mujeres (Pobl. Gen.)	1344			13.7	6.6				
	1284					4.7	3.1		
Pacientes VIH+	100	22.6	8.7					España	Remor <i>et al.</i> , 2001
Mujeres con Depresión	164	37.8	6.2						
Varones con Depresión	134	36.0	7.0					U.S.A.	Farabaugh <i>et al.</i> , 2004

Procedimiento

Se revisó la literatura referida a este cuestionario consultando las bases de datos conectadas al sistema Cisne de la Universidad Complutense de Madrid (Academic Search Premier, E-Journals, ERIC, LISTA, MEDLINE, The Serials Directory, CINAHL), así como PsycINFO, Scholar Google y PsicoDOC, seleccionándose los trabajos más relevantes. Los cuestionarios se administraron en el curso de una entrevista clínica. El tiempo de abstinencia se constató en el momento de la sesión, a partir de los controles toxicológicos rutinarios. Los sujetos fueron informados del posible uso anónimo de los resultados en tareas de investigación y mostraron su conformidad mediante la firma del consentimiento.

Análisis de datos

Se efectuó un análisis de componentes principales con rotación ortogonal para explorar la estructura de los datos y, posteriormente, un análisis factorial confirmatorio. Se estudió posteriormente la consistencia interna de la escala mediante el α de Cronbach. Para la comparación de medias entre grupos de la muestra se utilizaron pruebas no paramétricas, ante el reducido tamaño de las submuestras. Para comparación con resultados obtenidos en otros estudios se realizó una prueba t de dos colas. Finalmente, se estudió la

correlación entre instrumentos mediante el estadístico de Spearman, puesto que las puntuaciones del MCMI-II se distribuyen de forma diferente a la normal.

Resultados

Análisis factorial

Se efectuó en primer lugar un análisis exploratorio de componentes principales sobre la versión completa del cuestionario (EEP-14). Las medidas preliminares (KMO = .91; prueba de esfericidad de Bartlett $p < .001$) permitieron la utilización del procedimiento. Se obtuvo una solución inicial de 3 factores con autovalores mayores de 1, que explicaban en su conjunto un 68.1% de la varianza (respectivamente 49.6%; 10.8% y 7.7%). Tras una rotación Varimax (Tabla 2) se observó que el Factor 1 (autovalor [Av] 6.9) agrupaba a todos los ítems que sugerían Control del Estrés (números 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13); el Factor 2 (Av 1.5) a todos los que denotaban No-control del Estrés (números 1, 2, 3, 8, 11 y 14); y el tercer factor (Av 1.1) está compuesto únicamente por el ítem 12 (“¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?”). Este ítem 12 correlaciona $r = -.04$ con el primer factor y $r = .10$ con el segundo; los dos primeros factores correlacionan entre sí $r = -.69$. El primer factor presenta una consistencia interna de $\alpha = .91$ y el segundo de

$\alpha = .87$; todos los ítems presentan una correlación corregida con su escala de pertenencia de $.50 < r < .80$.

Tabla 2: Matriz de componentes rotados (Varimax) de los ítems de la EEP.

	Componente		
	1	2	3
Ítem 5	.85	.08	-.09
Ítem 6	.83	.21	-.03
Ítem 7	.82	.28	.06
Ítem 9	.80	.30	-.01
Ítem 4	.73	.35	-.09
Ítem 10	.70	.18	.22
Ítem 13	.56	.39	-.11
Ítem 1	.06	.74	.13
Ítem 3	.42	.71	.13
Ítem 2	.53	.70	.00
Ítem 8	.15	.69	-.28
Ítem 14	.54	.67	.08
Ítem 11	.29	.63	.41
Ítem 12	-.07	.05	.92

Se procedió posteriormente a confirmar esta estructura mediante un análisis confirmatorio. La solución de dos factores Control/No-control obtuvo adecuados indicadores de ajuste. El CMIN/DF = 2.09 se aproximó a lo propuesto por los criterios más exigentes (Carmines y McIver, 1981). Siguiendo las recomendaciones de diversos autores (Hu y Bentler, 1995), se utilizaron diversos indicadores de bondad de

ajuste para constatar la adecuación de los datos al modelo propuesto. Todos los índices generales (Índice de ajuste normativo NFI, Índice incremental IFI, Índice de ajuste comparativo CFI) se situaron por encima de .97. Por último, el error cuadrático medio de aproximación cumple con el criterio de ser menor de .08 (RMSEA = .07).

Sin embargo, y a pesar de este modelo bifactorial, la escala debe ser considerada como unidimensional. Por una parte, se cumple la regla propuesta por diversos autores (Gorsuch, 1983; Hattie, 1984, 1985) que consideran que si el primer factor da cuenta de 4 veces más varianza que el segundo se puede afirmar la unidimensionalidad de la escala; por otra, el coeficiente *theta* (Carmines y Zeller, 1979) del primer factor se aproxima a 1 ($\theta = .92$) y es más del doble que el del segundo ($\theta = .36$).

El coeficiente α de consistencia interna fue de .91 para la escala de 14 ítems, .91 para la de 10 ítems y .87 para la de 4 ítems.

Resultados en la muestra

Los resultados obtenidos en la muestra se ofrecen en la Tabla 3 y su distribución por puntuaciones en la Figura 1. Se han constatado los valores obtenidos en la prueba completa (EEP-14) y en las versiones reducidas (EEP-10 y EEP-4), para facilitar la comparabilidad con otros estudios.

Tabla 3: Valores medios y de dispersión en las tres versiones del EEP, en función de las variables sociodemográficas y de consumo.

	N	14 ítems		10 ítems		4 ítems	
		Media	D. t.	Media	D. t.	Media	D. t.
Estrés Percibido	133	27.9	10.6	20.1	8.4	7.8	4.1
<i>Sexo</i>							
Varones	90	26.4	10.3	18.8	8.1	7.2	4.0
Mujeres	43	31.1	10.6	22.9	8.4	9.0	4.0
<i>Droga principal</i>							
Heroína	16	29.9	11.8	21.6	9.5	8.4	3.7
Cocaína	50	26.5	9.4	19.0	7.5	7.0	3.6
Alcohol	57	28.9	11.1	21.1	8.7	8.4	4.5
Cannabis	10	25.9	11.1	17.8	9.4	7.0	3.5
<i>Nivel de estudios</i>							
Primarios	20	29.0	11.2	20.9	8.2	8.2	4.3
2ª Obligatoria	51	26.0	10.9	18.7	9.0	7.1	4.2
2ª Posobligatoria	46	28.3	9.8	20.4	8.0	7.9	3.8
Universitarios	16	31.6	10.4	22.9	8.0	9.0	4.2
<i>Tiempo de abstinencia</i>							
Menos de 1 mes	37	30.3	10.4	21.4	8.5	8.5	4.4
Entre 1 y 3 meses	71	30.0	9.7	22.0	7.5	8.4	3.6
Entre 3 y 6 meses	13	21.1	8.4	14.3	6.2	5.0	2.9
Más de 6 meses	12	19.2	11.9	13.4	9.6	4.8	3.6

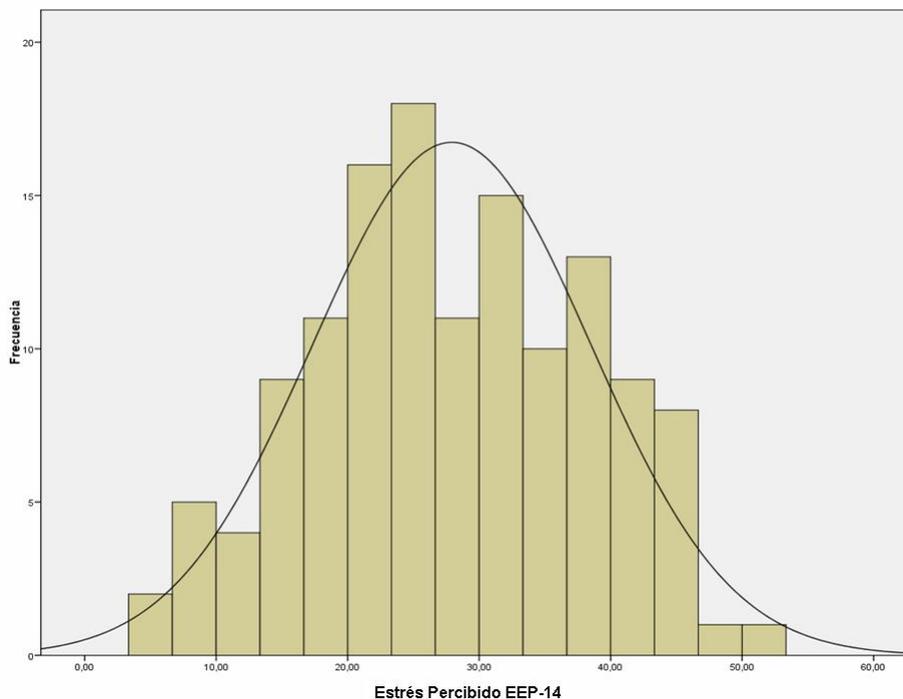


Figura 1: Distribución de las puntuaciones obtenidas en el EEP-14 por la muestra de adictos.

Se aprecian diferencias por sexos: las mujeres obtienen puntuaciones superiores, tanto en la versión de 14 (prueba U de Mann-Whitney, $Z = 2.5$; $p < .05$) como en la de 10 ítems ($Z = 2.7$; $p < .01$) y en la de 4 ítems ($Z = 2.5$; $p < .05$). No se aprecian diferencias en función de la droga principal (prueba de Kruskal-Wallis, $\chi^2_3 = 2.2, 3.1$ y 4.1 , respectivamente; $p > .05$), ni en función del nivel académico alcanzado ($\chi^2_3 = 3.7, 3.5$ y 2.8 , respectivamente; $p > .05$). Sí aparecen, sin embargo, en función del tiempo de abstinencia, siendo menor el estrés percibido cuanto mayor es aquel ($\chi^2_3 = 12.6, 12.4$ y 12.3 , respectivamente; $p < .01$ en los tres casos).

Comparando estos resultados con los obtenidos en trabajos precedentes (Tabla 1), se observa que los adictos puntúan significativamente por debajo de lo observado en pacientes diagnosticados de depresión mayor en el estudio de Farabaugh *et al.* (Farabaugh, Mischoulon, Fava, Green, Gykyer y Apert, 2004), tanto los varones ($t = 8.3$; $p < .001$) como las mujeres ($t = 5.3$; $p < .001$). Por el contrario, los adictos puntúan por encima de lo observado en los pacientes VIH+ del estudio de Remor *et al.*, 2001 ($t = 4.1$; $p < .001$). Con relación a los estudios efectuados sobre población general, los adictos obtienen puntuaciones significativamente superiores a los constatados por los autores en el estudio de valoración, en población norteamericana, tanto los varones ($t = 9.5$; $p < .001$) como las mujeres ($t = 8.9$; $p < .001$). El resto de muestras se refieren a estudiantes universitarios de diferentes nacionalidades, encontrándose resultados diversos: no hay diferencias significativas con la muestra obtenida por Jiménez *et al.* (2008), pero sí con las de Durán *et al.* (2006) y Extremera y Durán (2007), puntuando los adictos,

en este caso, por encima de los estudiantes ($t = 12.6$ y $t = 16.4$, respectivamente; $p < .001$).

Finalmente, se estudió el patrón correlacional entre las 3 versiones del EEP y las escalas del MCMI-II (Tabla 4). Se observa que apenas existen diferencias entre las 3 versiones, y que todas ellas muestran correlaciones muy considerables con varios trastornos de la personalidad, en especial con los trastornos por evitación, negativista (pasivo/agresivo), auto-destructivo y límite. También aparecen correlaciones con gran tamaño del efecto en relación a los trastornos del Eje I, especialmente con ansiedad, distimia y depresión mayor.

Discusión

El estudio del estrés desde la perspectiva de quien lo padece resulta de interés crucial en muchos campos de la salud y, muy especialmente en el campo de las adicciones. El nivel de estrés experimentado puede relacionarse críticamente no sólo con el propio proceso adictivo, sino también con un buen número de cuadros psicopatológicos con los que éste se asocia frecuentemente. Por ello, resulta de interés, tanto en la investigación como en la clínica, contar con instrumentos de fácil aplicación que nos permitan conocer los niveles de estrés percibido por los pacientes, algo que no puede ser obtenido por otro método que mediante el autoinforme.

La Escala de Estrés Percibido ha sido uno de los instrumentos más utilizados para explorar esta variable, si bien su uso en el campo de las adicciones ha sido muy limitado. Hemos estudiado sus características psicométricas para poder afirmar su utilidad en esta población. Nuestros resulta-

dos concuerdan, en lo esencial, con los obtenidos por otros autores en diversas lenguas y en diferentes poblaciones. La consistencia interna ($\alpha = .91$) ha superado la obtenida en otros estudios, como el de validación por los autores ($\alpha = .85$; Cohen *et al.*, 1983), el de validación de la versión española ($\alpha = .81$; Remor, 2006) o el de validación de la versión japonesa ($\alpha = .89$; Mimura y Griffiths, 2008). Lo mismo podría encontrarse para las versiones reducidas de 10 y 4 ítems.

Tabla 4: Correlaciones (*Spearman*) entre las versiones del EEP y las escalas del MCMI-II.

MCMI-II EJE II	EEP-14	EEP-10	EEP-4
Esquizoide	.29 **	.27 **	.32 ***
Evitativo	.44 ***	.42 ***	.43 ***
Dependiente	.07	.09	.07
Histriónico	.11	.14	.06
Narcisista	.12	.13	.07
Antisocial	.35 ***	.35 ***	.31 ***
Agresivo	.31 ***	.33 ***	.27 **
Obsesivo	-.20 *	-.16	-.17
Negativista	.46 ***	.47 ***	.40 ***
Autodestructivo	.49 ***	.49 ***	.45 ***
Esquizotípico	.32 ***	.31 ***	.33 ***
Límite	.49 ***	.49 ***	.41 ***
Paranoide	.12	.14	.11
EJE I			
Ansiedad	.62 ***	.60 ***	.56 ***
Somatoforme	.47 ***	.47 ***	.42 ***
Hipomanía	.25 **	.27 **	.20 *
Distimia	.53 ***	.52 ***	.48 ***
Abuso Alcohol	.42 ***	.42 ***	.37 ***
Abuso Drogas	.35 ***	.37 ***	.30 ***
Pensamiento Psicótico	.42 ***	.41 ***	.40 ***
Depresión Mayor	.58 ***	.59 ***	.54 ***
Delirante	.11	.13	.10

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$.

En cuanto a la estructura factorial del cuestionario, todos los estudios coinciden en encontrar dos factores que agrupan, por un lado, a los ítems formulados en el sentido de “control del estrés” y, por otro, a los formulados en el sentido de “no control del estrés”. El presente estudio replica lo encontrado en estudios efectuados en Estados Unidos (Cohen y Williamson, 1988), Japón (Mimura y Griffiths, 2008), México (González Ramírez y Landero, 2007b) y Canadá (Hewitt, Flett y Mosher, 1992), con la única salvedad del ítem 12. Este ítem (“*En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por lograr?*”) carga habitualmente en el factor que agrupa a los ítems que interrogan en negativo, esto es, en dirección al estrés. Lo que esto parece suponer es que, en el resto de muestras citadas, todas ellas de estudiantes universitarios, este ítem es interpretado en el sentido de un “futuro incierto”, más lleno de desafíos que de logros. Por el contrario, en la muestra de adictos este ítem carga en un factor separado que muestra una correlación prácticamente nula con los otros dos. Posiblemente, este hecho refleje una prospección sobre el futuro ambivalente o,

en todo caso, unas expectativas de que el futuro no sea tan estresante como la situación a la que ha llevado la adicción y que está intentando ser superada en el tratamiento. En todo caso, no se trata de un ítem que explore “estrés percibido”, sino acaso algo relacionado con lo que se ha denominado afrontamiento proactivo (Aspinwall y Taylor, 1997) o afrontamiento orientado al futuro (Schwarzer y Knoll, 2002).

La solución bifactorial es la más ampliamente aceptada por los autores que han explorado la estructura de la prueba. Sin embargo, es preciso hacer constar dos cuestiones: por una parte, el empleo de estadísticos correctores (Carmines y Zeller, 1979; Gorsuch, 1983; Hattie, 1984, 1985) obligaría a tener en consideración la unidimensionalidad de la prueba, al menos en algunos estudios (p.e., Mimura y Griffiths, 2008; Roberti, Harrington y Storch, 2006), como así sucede en el presente trabajo; por otra parte, esta posible bifactorialidad parece una simple constatación de la agregación diferencial de los ítems según su formulación y carece de relevancia en la clínica, en la medida en que todos los estudios utilizan el cuestionario (ya sea de 14, 10 o 4 ítems) para estimar la variable “estrés percibido”. No obstante, sería de interés utilizar la teoría de respuesta al ítem y estudiar si existe preferencia por los ítems formulados en positivo o en negativo en función de variables, por ejemplo, psicopatológicas.

Comparando los resultados obtenidos por la muestra de adictos, encontramos que puntúan por encima de lo observado en las muestras de estudiantes, aunque no en todos los casos. Sin embargo, obtienen puntuaciones significativamente inferiores a las encontradas en una muestra de pacientes diagnosticados de depresión mayor (Farabaugh *et al.*, 2004). No ha sido posible encontrar puntuaciones medias y de dispersión en otras muestras clínicas, salvo la de pacientes VIH+, que puntúan significativamente por debajo de los adictos. Lo que los datos sugieren es que los adictos reducen su percepción de estrés a medida que consolidan la abstinencia, encontrándose a los 3 meses en situación equiparable a la de la población general. Cabe plantearse si esta reducción es efecto del tratamiento, o si, por el contrario, permanecen en tratamiento y en abstinencia quienes reducen su percepción de estrés. Lo que sí sugieren estos datos, en consonancia con estudios previos, es que el estrés percibido y sus correlatos depresivos pueden ser los factores que impulsan a la demanda de tratamiento (Rounsaville y Kleber, 1985) y que los síntomas decaen primero brusca y después progresivamente a lo largo del tratamiento rehabilitador (Pedrero, Puerta, Segura y Martínez Osorio, 2004).

Las fuertes correlaciones entre el estrés percibido y varios trastornos de la personalidad refuerzan la importancia de su evaluación conjunta, de modo que permita estimar qué parte de la severidad encontrada en los patrones de personalidad desadaptativos se explica a partir de un estrés agudo. De hecho, conocer el estado de estrés subjetivo puede permitir al clínico descartar la existencia de un trastorno de personalidad estable y considerar la existencia de lo que se ha denominado trastorno de personalidad inducido por estrés (Reich, 2002). La mayor parte de los estudios disponibles

encuentra que los criterios para el diagnóstico de un trastorno de personalidad disminuyen con el tiempo a medida que disminuyen los síntomas depresivos o ansiosos (Shea, Stout, Gunderson, Morey, Grilo, McGlashan *et al.*, 2002) no manteniéndose en el tiempo más allá del 29% de los diagnósticos (Baca, Perez-Rodriguez, Basurte, Fernandez del Moral, Jimenez-Arriero, Gonzalez de Rivera, *et al.*, 2007). Por tanto, en la clínica es de mayor utilidad conocer el estrés percibido (sus causas, sus desencadenantes, los factores de personalidad implicados) que un mero diagnóstico de trastorno de personalidad con una breve vigencia en el tiempo.

Lo mismo puede decirse de los trastornos del Eje I. El amplio patrón correlacional encontrado entre el estrés percibido y la práctica totalidad de los síndromes explorados por el MCMI-II sugiere que el estudio y la intervención sobre los factores asociados a la percepción de estrés puede reducir la sintomatología asociada en mayor medida que la intervención directa sobre las consecuencias del estrés. Diversos modelos estructurales (González Ramírez, y Landero, 2006,2008; González Ramírez, Landero y Ruiz Díaz, 2008) apuntan a la secuencia de factores que sitúan a los síntomas ansiosos y depresivos como la manifestación más proximal de la experimentación de estrés, en una cadena causal bien

establecida. Por ello, parece de enorme interés para la clínica, y en concreto la intervención con sujetos adictos, actuar prioritariamente sobre los factores que intervienen en la percepción de estrés, desde la autoestima, en primer lugar, hasta las estrategias de afrontamiento y la remodelación ambiental asociada al consumo.

En conclusión, la Escala de Estrés Percibido ha mostrado ser un instrumento fiable y válido para la evaluación en poblaciones de adictos en tratamiento. Además, estas propiedades psicométricas son comunes a las tres versiones estudiadas, por lo que su inclusión en baterías amplias de evaluación podría hacerse a partir simplemente de la versión de cuatro ítems, con sólo unas centésimas menos de consistencia interna que las versiones mayores y con la misma capacidad para predecir sintomatología psicopatológica. El estudio del estrés percibido en adictos puede dar cuenta de una buena parte de la comorbilidad frecuentemente observada con trastornos depresivos, ansiosos y de la personalidad, explicando, en buena parte, la presencia de estos síntomas y sugiriendo una vía de intervención alternativa, de carácter farmacológico, psicoterapéutico y educativo, sobre los factores que generan la excesiva percepción de estrés.

Referencias

- Arrivillaga, M., López Martínez, J. y Ossa, A. M. (2006). Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida. *Pensamiento Psicológico*, 2, 55-71.
- Arrivillaga, M., Varela, M. T., Cáceres, D. E., Correa, D. y Holguín, L. E. (2007). Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de presión arterial. *Pensamiento Psicológico*, 3, 33-49.
- Aspinwall, L. G. y Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: selfregulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436.
- Baca, E., Perez-Rodriguez, M. M., Basurte, I., Fernandez del Moral, A. L., Jimenez-Arriero, M. A., Gonzalez de Rivera, J. L., *et al.* (2007). Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *British Journal of Psychiatry*, 190, 210-216.
- Becoña, E. y Lorenzo, M. C. (2004). Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones*, 16 (Supl. 2), S201-S226.
- Carmine, E. y McIver, J. (1981). Analyzing models with unobserved variables: analysis of covariance structures. En G. Bohrnstedt y E. Borgatta (Eds.), *Social Measurement: Current Issues* (pp. 65-115). Beverly Hills CA: Sage.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, S. y Williamson, G. M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. En S. Spacapan y S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health* (p. 31-67). Newbury Park: Sage
- Durán, M. A., Peralta, J. L., Gallego, C. y Montalbán, F. M. (2006). Análisis de una encuesta de evaluación de la Experiencia Piloto de Implantación del Crédito Europeo en las titulaciones de Relaciones Laborales y Trabajo Social. Jornadas de Trabajo sobre Experiencias Piloto de Implantación del Crédito Europeo en las Universidades Andaluzas. Disponible en [URL \[consultado 8/5/2009\]: http://www2.uca.es/orgobierno/rector/jornadas/documentos/012.pdf](http://www2.uca.es/orgobierno/rector/jornadas/documentos/012.pdf).
- El-Shikh, H., Fahmy, E., Samy Michael, V. y Fouad, H. (2004). Acontecimientos vitales y adicción: una revisión de la bibliografía. *European Journal of Psychiatry*, 18, 162-170.
- Extremera, N. y Durán, A. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, 342, 239-256.
- Farabaugh, A. H., Mischoulon, D. D., Fava, M., Green, C., Gyyker, W. y Apert, J. (2004). La relación potencial entre los niveles de estrés percibido y los subtipos de trastornos depresivos mayores (TDM). *RET, Revista de Toxicomanías*, 41, 9-14.
- Ferrando, P. J., Chico, E. y Tous, J. M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicobema*, 14, 673-680.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo, Á., Romero, E., Villar, P. y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 581-597.
- González Ramírez, M. T. y Landero, R. (2006). Variables asociadas a la depresión: un modelo de regresión logística. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 11, 16-30.
- González Ramírez, M. T. y Landero, R. (2007a). Escala de cansancio emocional (ECE) para estudiantes universitarios: Propiedades psicométricas en una muestra de México. *Anales de Psicología*, 23, 253-257.
- González Ramírez, M. T. y Landero, R. (2007b). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *Spanish Journal of Psychology*, 10, 199-206.
- González Ramírez, M. T. y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panameña de Salud Pública*, 23, 7-18.
- González Ramírez, M. T., Landero, R. y Ruiz Díaz, M. A. (2008). Modelo estructural predictor de la salud mental y física en mujeres. *Revista Panameña de Salud Pública*, 23, 101-108.
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hattie, J. (1984). Methodology review: Assessing unidimensionality of tests and items. *Applied Psychological Measurement*, 20, 1-14.
- Hattie, J. (1985). An empirical study of the various indices for determining unidimensionality. *Multivariate Behavioral Research*, 19, 49-78.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. y Mosher, S. W. (1992). The Perceived Stress Scale: factor structure and relation to depression symptoms in a psychiatric sample. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 14, 247-257.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). Booklet for Schedule of Recent Experience (SRE): Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

- Hu, L. y Bentler, P. (1995). Evaluating model fit. En R. Hoyle (Ed.), *Structural equation modelling: concepts, issues and applications* (pp. 76-99). Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
- Hyman, S. M., Paliwal, P. y Sinha, R. (2007). Childhood maltreatment, perceived stress, and stress-related coping in recently abstinent cocaine dependent adults. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*, 233-238.
- Jiménez, M. G., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A. I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*, 185-202.
- Koob, G. F. (2006). The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction, 101*(Supl. 1), S23-S30.
- Ladero, L., Orejudo, S. y Carrobbles, J. A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema, 17*, 575-581.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- Losada, A., Izal, M., Montorio, I., Márquez, M. y Pérez-Rojo, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología, 38*, 701-708.
- Manning, B., Catley, D., Harris, K., Mayo, M. y Ahluwalia, J. S. (2005). Stress and Quitting Among African American Smokers. *Journal of Behavioral Medicine, 28*, 325-333.
- Marcus M. T., Fine, P. M., Moeller, F. G., Khan, M. M., Pitts, K., Swank, P. R. et al. (2003). Change in stress levels following mindfulness-based stress reduction in a therapeutic community. *Addictive Disorders & Their Treatment, 2*, 63-68.
- Marfurt, S. (2006). *Reducing stress in women recovering from substance abuse*. Tesis Doctoral. Texas: Texas Woman's University.
- Matheny, K. B., Roque, B. E. y Curlette, W. L. (2008). Perceived stress, coping resources, and life satisfaction among U. S. and Mexican college students: A cross-cultural study. *Anales de Psicología, 24*, 49-57.
- Millon, T. (1999). *Millon Multiaxial Inventory (MCMI-II)*. Adaptación española: Ávila-Espada, A. y Jiménez, F., MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Madrid: TEA.
- Mimura, C. y Griffiths, P. (2008). A Japanese version of the Perceived Stress Scale: cross-cultural translation and equivalence assessment. *BMC Psychiatry, 8*, 85.
- Pedrero, E. J., Puerta, C., Segura, I. y Martínez Osorio, S. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos, 6*, 176-191.
- Pedrero, E. J., Rojo, G. y Puerta, C. (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. *Revista Española de Drogodependencias, 33*, 256-270.
- Rao, U., Hammen, C. L. y Poland, R. E. (2009). Mechanisms underlying the comorbidity between depressive and addictive disorders in adolescents: interactions between stress and HPA activity. *American Journal of Psychiatry, 166*, 361-369.
- Reich, J. (2002). Clinical correlates of stress induced personality disorder. *Psychiatric Annals, 32*, 581-588.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema, 14*, 262-267.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Spanish Journal of Psychology, 9*, 86-93.
- Remor, E. A. y Carrobbles, J. A. (2001). Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés, 7*, 195-201.
- Remor, E. y Pérez-Llantada, M. C. (2007). La relación entre niveles de la actividad física y la experiencia de estrés y de síntomas de malestar físico. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 41*, 313-322.
- Remor, E., Ulla, S., Arranz, P. y Carrobbles, J. A. (2001). ¿Es la percepción de control un factor predictor contra el distrés emocional en personas VIH+? *Psiquis, 22*, 111-116.
- Roberti, J. W., Harrington, L. N. y Storch, E. A. (2006). Further psychometric support for the 10-item version of the Perceived Stress Scale. *Journal of College Counseling, 9*, 135-147.
- Rounsaville, B. J. y Kleber, H. (1985). Untreated opiate addicts. How do they differ from those seeking treatment? *Archives of General Psychiatry, 42*, 1072-1077.
- Schwarzer, R. y Knoll, N. (2002). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning (Cap. 25). En S.J. Lopez y C.R. Snyder (Eds.), *Handbook of positive psychological assessment*. Washington: American Psychological Association.
- Sevillano, M. D., Manso, R. y Cacaueles, P. (2007). Comorbilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estrés y trastornos del sueño. *Revista de Neurología, 45*, 400-405.
- Selye, H. (1983). The stress concept: Past, present, and future. En C.L. Cooper (Ed.), *Stress research* (pp. 1-20). Nueva York: Wiley.
- Shea, M. T., Stout, R., Gunderson, J., Morey, L. C., Grilo, C. M., McGlashan, T. et al. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 159*, 2036-2041.
- Sinha, R. (2007). The role of stress in addiction relapse. *Current Psychiatry Reports, 9*, 388-395.
- Vengoechea, J., Ruiz, Á. y Moreno, S. (2006). Estrés y conductas antidisiplinarias en estudiantes de una facultad de medicina de Bogotá. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 35*, 340-351.
- Ward, M. M., Swan, G. E. y Jack, L. M. (2001). Self-reported abstinence effects in the first month after smoking cessation. *Addictive Behaviors, 26*, 311-327.

(Artículo recibido: 22-5-2009; revisado: 8-10-2010; aceptado: 8-10-2010)