



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

SALUD MENTAL

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE

“Validez y confiabilidad de la Escala de Estrés Percibido en pacientes con
Dependencia a Alcohol en Población Psiquiátrica Mexicana”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

P R E S E N T A

DR. JUAN PABLO DE LA FUENTE STEVENS

TUTOR TEÓRICO

TUTOR METODOLÓGICO

DR. HUGO GONZÁLEZ CANTÚ

DRA. ANA FRESÁN ORELLANA

Ciudad de México, a 1 de mayo de 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Tabla de Contenidos

RESUMEN.....	2
ANTECEDENTES.....	3
Fenomenología del consumo de alcohol en México.....	3
Orígenes del estudio del Estrés.....	4
Tipos de Estrés.....	6
Síndrome de General de Adaptación.....	7
Estrés en la vida diaria y su influencia sobre consumo de alcohol.....	8
Neurobiología de Estrés.....	10
Valoración del estrés percibido en la dependencia a etanol.....	13
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	15
JUSTIFICACIÓN.....	15
HIPÓTESIS.....	16
OBJETIVOS.....	17
METODOLOGÍA.....	17
Diseño del estudio.....	17
Población en estudio; selección y tamaño de la muestra.....	17
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	18
Variables y escalas de medición.....	18
Escalas e instrumentos de evaluación.....	19
Procedimiento.....	21
Análisis estadístico.....	23
IMPLICACIONES ÉTICAS.....	23
ORGANIZACIÓN.....	24
Recursos humanos y materiales.....	24
Evaluación de costos.....	24
Cronograma de actividades.....	25
RESULTADOS.....	26
Características demográficas de la muestra.....	26
Consumo de sustancias.....	26
Características del consumo de etanol.....	27
Estrés percibido en pacientes con dependencia a etanol.....	27
Características demográficas y de consumo de sustancias entre pacientes con alto y bajo nivel de estrés.....	27
Características del consumo de etanol entre pacientes con bajo y alto estrés.....	28
Validez y confiabilidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP) en pacientes con dependencia a etanol.....	29
DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSIONES.....	36
REFERENCIAS.....	37
ANEXOS.....	40
Consentimiento informado.....	40

RESUMEN

Antecedentes: En la actualidad, la dependencia a sustancias es un fenómeno creciente en nuestro país, la Encuesta nacional de adicciones en 2011 refleja una dependencia al alcohol de 6.2%. El consumo de alcohol altera la regulación y el balance del Eje HHA. La Escala de Estrés Percibido (EEP) tiene el objetivo de medir el grado en que situaciones de la vida cotidiana son percibidas como estresantes.

El objetivo del estudio fue determinar la validez y confiabilidad de la EEP en una muestra de pacientes con dependencia a alcohol que acudieron a la Clínica de Trastornos Adictivos del INPRF.

Metodología: Se realizó un estudio de proceso de corte transversal. Los participantes cumplieron diagnóstico según el DSM IV-TR. Se utilizó un formato de datos clínico-demográficos, la Escala de Estrés percibido, Test AUDIT y Escala de intensidad de la dependencia del alcohol .

Se obtuvo la consistencia interna mediante el alpha de Cronbach. Para determinar la validez de constructo se desarrollo un análisis factorial exploratorio. A todos los pacientes se les solicitó consentimiento informado.

Resultados: 12 reactivos se adecuaron al modelo de dos factores, logrando explicar el 51.6% de la varianza.

La confiabilidad del instrumento fue de 0.75, y incrementó a 0.80 al eliminar los reactivos que no tuvieron adecuadas cargas factoriales.

Conclusiones: La Escala de Estrés Percibido muestra una alta confiabilidad para evaluar el estrés percibido en el último mes en pacientes con diagnóstico de dependencia a alcohol en consumo activo. Siendo una herramienta de medición útil en contexto clínico y en investigación.

ANTECEDENTES

Fenomenología del consumo de alcohol en México

El abuso de sustancias psicotrópicas, constituye uno de los problemas de salud pública de nuestra época. Estudios epidemiológicos (nacionales e internacionales), demuestran que es un fenómeno cambiante y se presenta con mayor frecuencia en jóvenes y con sustancias más dañinas.

El consumo de alcohol es una de las causas que más peso tiene por sí sola en la morbilidad y mortalidad mundiales. Contribuye en cerca de 4% al riesgo global de muerte en el mundo, abajo del tabaquismo que contribuye con 4.1% a ese riesgo global. México, junto con otros países de Latinoamérica y países de la ex Unión Soviética, tiene un riesgo de más del doble del promedio mundial. Las variaciones en la proporción de muertes atribuibles al consumo de alcohol se deben en parte a la cantidad absoluta de alcohol que ingieren las poblaciones y también a los patrones de consumo. Esto último es fácil de observar con los datos disponibles en el sitio web de la OMS en donde se muestra que México tiene un consumo *per capita* alrededor de 4.6 litros al año, por debajo de algunos países europeos que tienen rangos entre 10 y 15 litros *per capita* anuales y, sin embargo con menos muertes atribuibles al alcohol.

Sobre el alcohol, la percepción de riesgo entre la población ha disminuido; en tanto que la tolerancia social ha incrementado; congruente con una tendencia al incremento del consumo de esta sustancia. Siendo el alcohol la droga que genera una mayor problemática en nuestro país.

La Encuesta Nacional de Adicciones [1-5] tiene la finalidad de medir la evolución del consumo de sustancias y otras problemáticas de salud mental. La última encuesta realizada en 2011, muestra que la dependencia al alcohol incrementó del 5% en el 2008 a 6.2% para el 2011.

Por otra parte, la mayor demanda de tratamiento fue por parte de los hombres. Quienes acudieron principalmente, fueron jóvenes de 15 a 19 años de edad, seguidos por los de 35 años o más. En cuanto al estado civil, la mayor parte eran solteros (62.2%) y tenían estudios de nivel secundaria. Con respecto a la ocupación, el eran estudiantes y el tenían un trabajo estable. El nivel socioeconómico de la mayoría fue medio bajo. [2]

Un estudio realizado en la Ciudad de México, cuyo objetivo es determinar las tendencias del uso de drogas, se encontró que el 71.4% de los/as adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en su vida y 40.9% lo ha consumido en el último mes. Los resultados globales indican que 23% de los/as estudiantes consumen cinco copas o más por ocasión de consumo, al menos una vez al mes. [6]

El consumo de alcohol es una e las causas que más peso tiene por si sola en la morbilidad y mortalidad mundiales. Contribuye en cerca de 4% al riesgo global de muerte en el mundo, abajo del tabaquismo que contribuye con 4.1% a ese riesgo global. México, junto con otros países de Latinoamérica y países de la ex Unión Soviética, tiene un riesgo de más del doble del promedio mundial. Las variaciones en la proporción de muertes atribuibles al consumo de alcohol se deben en parte a la cantidad absoluta de alcohol que ingieren las poblaciones y también a los patrones de consumo. Esto último es fácil de observar con los datos disponibles en el sitio web de la OMS en donde se muestra que México tiene un consumo *per capita* alrededor de 4.6 litros al año, por debajo de algunos países europeos que tienen rangos entre 10 y 15 litros *per capita* anuales y, sin embargo con menos muertes atribuibles al alcohol.

Orígenes del estudio del estrés

El estudio del estrés, tanto en modelos psicosociales como biológicos, tiene origen común en los trabajos de Walter Canon y Hans Sele. A principios del Siglo XX, Canon (fisiólogo en Harvard) se encargo de estudiar y expander los estudios de Claude Bernard acerca de *mildéu interior* investigando la respuesta del sistema simpático-adrenal ante situaciones de emergencia. En este sistema moviliza la energía corporal al aumentar la concentración de epinefrina, lo que aumenta la presión arterial, la frecuencia cardiaca, la concentración de glucemia sérica. Desde el punto de vista de Canon, estos procesos ocurren localmente en

el cuerpo, independiente del control del sistema nervioso central; y nombro *homeostasis* para referirse a la forma en que sistemas fisiológicos independientes actúan de manera conjunta para re-establecer las condiciones iniciales cuando el organismo ha sido alterado. [7]

Durante el curso de los 20 años siguientes, Cannon desarrollo su concepto de "reacción de lucha o huida", respuesta básica del organismo a toda situación percibida como peligrosa, y en la que desempeña un cometido esencial la liberación de catecolaminas por la médula suprarrenal y las terminaciones nerviosas simpáticas. En un principio Cannon utilizó el término estrés para hacer referencia a todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida, posteriormente designo también aquellos factores del medio cuya influencia exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos. En ocasiones, la capacidad adaptativa de estos mecanismos puede verse desbordada, iniciándose entonces una alteración en el equilibrio del medio interno. Cannon denominó "estrés crítico" al nivel máximo de estrés que un organismo puede neutralizar, sentando así las bases para el estudio de los efectos patógenos del estrés. En 1936 Se le publica sus primeros trabajos sobre el estrés que posteriormente definió como "la respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre él"; en este sentido es importante notar que a diferencia de Cannon, Sele utiliza el término estrés para designar a la respuesta, y no al estímulo causante de la misma. [8]

El término estrés se refiere a procesos que involucran percepción, apreciación y respuesta a amenazas cambios, y estímulos. Las experiencias estresantes pueden ser emocional y fisiológicamente un reto para el organismo y activar respuestas al estrés con procesos adaptativos para mantener la homeostasis. Ejemplos de estresares emocionales incluyen conflictos interpersonales, pérdida de una relación, muerte de un familiar, y pérdida de un hijo. Estresores fisiológicos comunes incluyen hambre o privación de comida, privación de sueño o insomnio, hiper- o hipotermia, y estados de abstinencia a sustancias. Adicionalmente, el uso regular o compulsivo de diversos fármacos psicoactivos funcionan como estresores farmacológicos.

Comúnmente el estrés se asocia con un afecto negativo; sin embargo también se debe incluir "*estrés bueno*" el cual se basa en estímulos internos o externos que componen un

reto leve o moderado, limitado en tiempo, y resulta en respuestas cognitivas y conductuales que generan una sensación de control y cumplimiento, los cuales se pueden percibir de manera placentera. Dichas situaciones recaen en un adecuado funcionamiento motivacional y ejecutivo para alcanzar una meta y mantener la homeostasis. Sin embargo entre más prolongado, repetitivo y crónico sea el estrés; menos control y predecible será la situación estresante.

La percepción y apreciación del estrés se basa en la presentación de estímulos internos y externos, los rasgos de personalidad, disponibilidad de recursos internos, estado emocional previo (creencias y expectativas) y regiones cerebrales específicas que perciben el estímulo como nocivo; así como las resultantes respuestas fisiológicas, conductuales y emocionales y adaptativas. Las regiones cerebrales como la amígdala, hipocampo, la ínsula, y orbitofrontal, medial, prefrontal, y corteza cingulada están involucradas en la percepción y apreciamiento del estímulo estresante y emocional; y el tallo cerebral (locus ceruleus y regiones relacionadas), el hipotálamo, el tálamo, el estrado y las regiones límbicas están involucrados en las respuestas fisiológicas y emocionales. Ambas regiones contribuyen en la experiencia de *distress*. [9]

Tipos de estrés

Estrés biológico

Se identifico a través de los experimentos realizados por Sele, en los cuales administró diversos a animales, en quienes se observaba una respuesta estereotipada y uniforme en la triada: infartos e hiperplasia de la corteza suprarrenal, atrofia del timo y ganglios linfáticos y ulceración de la mucosa gastroduodenal. Dichos cambios están relacionados con la producción masiva de corticoesteroides. [8]

Estrés Psicológico

Se ha definido por Engel en 1962 de la siguiente manera: "Todo proceso, originado tanto en el ambiente exterior como en el ambiente interior de la persona, implica un apremio o exigencia sobre el organismo, y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismo psicológicos de defensa, antes de que activado ningún otro sistema". [8]

Síndrome General de Adaptación

Así, mientras el estrés consiste en la suma de los cambios inespecíficos que tienen lugar en todo momento en el organismo, el síndrome general de adaptación se refiere a todos los cambios inespecíficos que se desarrollan a través del tiempo durante una exposición continua a un *alarmígeno*. Si el estímulo estresante persiste, aparece el "Síndrome general de adaptación", descrito originalmente por Sele como "la suma de todas las reacciones inespecíficas del organismo consecutivas a la exposición continuada a una reacción sistémica del estrés. Este síndrome se caracteriza en su desarrollo por tres fases consecutivas. [10]

Sele, en los años de 1950´s, estudio los efectos neuroendocrinos de la respuesta ataque-huida, y el resultado general de síndrome de adaptación. Se le conceptualizo el estrés y sus efectos sobre el cuerpo consistiendo en tres fases; las cuales conforman el síndrome de adaptación.

La primera fase, también llamada reacción de alarma; tras un tiempo de inhibición o "shock", la respuesta de organismo se produce con gran intensidad, existiendo una depleción de la corteza suprarrenal de su contenido de corticoides, y predominando un estado catabólico general, con hemoconcentración e hipocloremia.

La segunda fase, llamada estadio de resistencia; en la cual el organismo lucha ante el estresor, pero la respuesta (ataque-huida) cesa al cabo de poco tiempo. Durante esta fase la corteza suprarrenal acumula gran cantidad de gránulos repletos de corticoides, con predominio de los procesos anabólicos generales, recuperación del peso normal, hemodilución e hipercloremia

Y por último, una tercera fase, llamada fase de agotamiento; surge en caso de que el estímulo estresante persista, durante la misma cual el organismo no logra adaptarse más ante el estresor. [11]

Estrés en la vida diaria y la influencia del alcohol

El estrés es una constante inevitable en la experiencia del vivir en una dimensión del día a día; ya sea de origen externo (Ej. Entrevista de trabajo o accidente de tránsito) o de origen interno (Ej. Infección o crisis de angustia). Como se describió previamente en *The physiology of mind-body interactions: the stress response and the relaxation response* [11], el cuerpo tiene mecanismos complejos para afrontar el estrés, los cuales al influir en diversos procesos fisiológicos, es necesario se encuentren en buen equilibrio. El consumo de alcohol altera la regulación y el balance; condicionando por una parte una secreción excesiva de cortisol, durante el consumo crónico y activo y durante periodos de abstinencia. Sumado a lo anterior, personas con dependencia a alcohol en remisión exhiben una disminución en la habilidad del eje HHA para responder ante el estrés, potencialmente incapacitando las capacidades del cuerpo para afrontar a estresores, pudiendo reincidir el consumo. En la misma línea, se ha demostrado una disminución en las concentraciones de CRH y niveles plasmáticos disminuidos de ACTH en personas dependientes a alcohol en periodos de abstinencia. Por lo tanto existen dos distintos patrones de alteración del Eje HHA en pacientes con dependencia a etanol; una activación marcada del eje está presente durante el consumo crónico de alcohol y durante periodos de abstinencia, mientras que se observa una supresión del Eje HHA, particularmente en respuesta a diversos estresores, durante periodos de remisión de consumo. El nivel de cortisol persistentemente elevado, en combinación con otros efectos secundarios al consumo (hipoglucemia, deficiencia de Vitamina B) puede producir alteraciones hipocampales; las cuales pueden asociarse a cambios en la personalidad, alteraciones en la memoria, y aparición de síntomas depresivos. Altos niveles de ansiedad, inestabilidad emocional y alteraciones en el estado de ánimo que se han reportado en pacientes con trastornos relacionados con el alcohol, son predictores de recaídas en pacientes en remisión. [12]

La presencia de estrés en la vida puede contribuir a desarrollar patología en individuos vulnerables. Esta vulnerabilidad asociada al estrés está determinada por factores genéticos, conductuales, y ambientales, los cuales interactúan a lo largo de la vida e influyen en el riesgo individual, particularmente a través de sistemas neurobiológicos. Convencionalmente el estrés se puede definir como un proceso transicional que se origina

a partir de una demanda real o percibida del exterior, la cual se puede experimentar como amenazante o como positiva, dependiendo en la habilidad de recursos de afrontamiento adaptativos de cada individuo. El cerebro es el mediador primario y el blanco primario del estrés, ya que es en donde se determina que es amenazante y porque regula la respuesta fisiológica y conductual para dicho estresor. En este sentido, experiencias estresantes durante la vida producen cambios adaptativos y/o maladaptativos específicamente en el hipocampo (determina el contexto en el cual dicho evento tuvo lugar, entre otros aspectos de la memoria tipo episódica y declarativa), el hipotálamo, la amígdala (componente esencial del sistema de memoria de eventos percibidos como amenazantes o peligrosos) y áreas de la corteza prefrontal. [9]

En contra parte, diversos investigadores y estudios proponen la Teoría de Reducción de Tensión como una razón importante en el consumo de alcohol. De este modo la expectativa positiva del uso de alcohol se relaciona al uso de alcohol. Las personas tienen expectativas positivas en relación a los efectos de reducción de estrés con el consumo de alcohol, estas expectativas positivas son importantes mediadores en la conexión entre las experiencias de estrés y el uso de alcohol. Considerado así la reducción de tensión como un factor motivacional significativo y un reforzador en el uso de alcohol. Desde este punto de vista, se considera el alcohol en términos de regulación del estrés. [13]

Entonces, situaciones percibidas con estrés son disparadores del consumo de alcohol. Esto ha sido demostrado en diferentes estudios, considerando los efectos amortiguadores de estrés, sin embargo existe variación entre los diferentes tipos de estresores y diferencias individuales. [14]

Dada la relación entre eventos estresantes y uso de alcohol, se puede pensar que la presencia de estrés agudo incrementa el consumo de alcohol. Hipótesis que se ha comprobado en estudios previos, como el publicado por Magrys et al. que estudió una población universitaria expuesta a diferentes estresores cotidianos, encontrando un aumento en el consumo de alcohol en el grupo en condición de estrés.

Neurobiología del estrés

Las respuestas fisiológicas se manifiestan a través de dos vías mayores; por un lado el factor liberador de corticotropina (CRF) es secretado del núcleo paraventricular del hipotálamo, el cual estimula la hormona adrenocorticotropina de la glándula pituitaria anterior, la cual subsecuentemente estimula la secreción de cortisol/corticoesterona desde las glándulas adrenales; y por otra parte el sistema nervioso autónomo, el cual está coordinado por el sistema medular simpatoadrenal. Además, catecolaminas centrales, particularmente noradrenalina y dopamina, están involucradas en la modulación de las vías cerebrales de motivación (incluyendo el área tegmental ventral VTA, el núcleo accumbens NAc y la región medial prefrontal mPFC). Las vías hipotalámicas y extrahipotalámicas, así como las catecolaminas centrales apuntan a vías de motivación cerebrales y así modificar los procesos adaptativos y homeostáticos. [15]

Existe evidencia neurobiológica que muestra que un aumento de los niveles de estrés ocasiona un descenso en el control del comportamiento y un aumento en la respuesta del estriado-límbico, la cual perpetua un bajo control conductual y cognitivo. Así, un aumento en los niveles de estrés emocional y fisiológico o un afecto negativo, provoca un descenso en el control conductual y un aumento en la impulsividad, con un aumento en los niveles de *distress*, estrés crónico y mayor riesgo de conductas maladaptativas. [7]

La adicción se ha conceptualizado como un trastorno crónico con recaídas caracterizado por conductas compulsivas de búsqueda de la sustancia, con un déficit en el funcionamiento social y funcional. Desde la perspectiva psiquiátrica, tiene aspectos tanto de trastornos en el control de impulsos como de trastornos compulsivos. Los trastornos en el control de impulsos se caracterizan por un aumento en la tensión e hiperactivación antes de cometer el acto impulsivo; con placer, gratificación y alivio en el momento de cometer el acto; y seguido el acto puede haber o no culpa, remordimiento, y auto-reproche. En contraste, los trastornos compulsivos se caracterizan por ansiedad y estrés antes de iniciar el comportamiento repetitivo compulsivo y se experimenta disminución del estrés al realizar tal acto compulsivo. La adicción a sustancias psicoactivas se ha conceptualizado como un trastorno que progresa desde la impulsividad hacia la compulsividad en un ciclo de adicción complejo. [16]

Por su parte, el uso de alcohol representa el 9% de la carga global de enfermedad en países en vías de desarrollo, considerado el abuso y dependencia al mismo los mayores contribuidores de la carga para enfermedad relacionada con alcohol. [17]

Un importante factor que contribuye a la carga de enfermedad relacionada a consumo de alcohol, es su naturaleza crónica con la presencia de recaídas. Mientras diversas medidas farmacológicas y conductuales son efectivas en el tratamiento de trastornos por uso de alcohol, las tasas de recaída incrementan después de las primeras semanas de tratamiento, con la mayoría de los individuos reiniciando el consumo de alcohol en los primeros tres meses posteriores a el cumplimiento del tratamiento. [18]

La administración aguda de la mayoría de las drogas de abuso como el alcohol, la nicotina, cocaína, anfetaminas, y marihuana activan los sistemas de recompensa cerebrales (sistema dopaminérgico mesocorticolímbico) y los sistemas de estrés cerebrales (CRF-Eje HPA y sistema nervioso autónomo) lo que incrementa el nivel sérico de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y corticoesterona, cambios en la frecuencia cardíaca y tensión arterial. Sin embargo la exposición crónica y regular produce cambios adaptativos específicos para cada sustancia. [19]

El alcoholismo está asociado a una desregulación de vías relacionadas con el estrés. La regulación al alta del Factor Liberador de Corticotropina (CRF) y su señalización en regiones cerebrales extrahipotalámicas y la alteración del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, así como de las respuestas autonómicas han sido documentadas en pacientes con abuso a alcohol a largo plazo [20]. Estos cambios neurobiológicos pueden incrementar la vulnerabilidad al estrés emocional y por tanto aumentar la apetencia por el consumo de alcohol. Al existir adaptaciones en los sistemas de estrés, recompensa y de activación autonómica relacionadas al consumo de alcohol, surge la interrogante de si tales cambios aumentan la sensibilidad a la percepción de estrés emocional y la apetencia a consumir alcohol, lo que podría promover una apetencia crónica y una búsqueda compulsiva de la sustancia. Por otra parte la recuperación temprana de la dependencia a etanol se relaciona con un aumento en el nivel de ansiedad y apetencia por alcohol, particularmente cuando se expone la persona a estímulos estresantes. [21]

Muchas de las teorías mayores de la adicción, identifican al estrés como parte importante del proceso adictivo. Desde modelos psicológicos en los que se observa al el consumo y abuso de sustancias como estrategia de atontamiento para lidiar con el estrés, reducir tensión, automedicarse, y eventualmente disminuir el malestar asociado a la abstinencia; a modelos neurobiológicos que proponen los conceptos de sensibilización incentiva y estrés alostático para explicar cómo las neuroadaptaciones en las vías de recompensa, aprendizaje y estrés pueden aumentar la apetencia, la pérdida de control, y la compulsión; componentes clave para la transición de un uso *casual* de sustancias psicoactivas a la imposibilidad de detener un uso crónico a pesar de las consecuencias adversas.

La exposición al estrés y un aumento en los niveles de glucocorticoides (GC) también aumenta la liberación de dopamina a través del NAc. La supresión de GC a través de una adrenalectomía reduce los niveles extracelulares de dopamina en condiciones basales y en respuesta al estrés y/o psicoestimulantes. Sin embargo, niveles aumentados de GC de manera crónica inhibe la síntesis de DA, sugiriendo que alteraciones en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y glucocorticoides pueden significativamente afectar la transmisión dopaminérgica. Por otra parte existe evidencia que las drogas de abuso, el estrés y aumento concomitantes de CRF y glucocorticoides facilita la actividad de glutamato en el VTA, lo que a su vez facilita la actividad de neuronas dopaminérgicas. Ya que el estrés y las drogas de abuso activan la vía mesolímbica, no es de sorprenderse que cada uno resulta en adaptaciones sinápticas en las neuronas dopaminérgicas del VTA y en cambios morfológicos en la corteza medial prefrontal.

Hacia la mitad del Siglo XX, dos investigadores desarrollaron un modelo en el cual era posible documentar los efectos del estrés, particularmente eventos estresantes de la vida, no solamente sobre el cuerpo; también su impacto en mortalidad y morbilidad. Este era el "The Holmes and Rahe Schedule of Recent Experiences", el cual es un inventario que asigna valores numéricos a diversos eventos en la vida, desde un divorcio, cambio de empleo, hasta el padecer una enfermedad. A través de sus estudios epidemiológicos, pudieron documentar relaciones consistentes y medibles entre eventos estresantes en la vida y enfermedad. Lo que años más tarde se replicó a través de los estudios de

Chrousos y Gold en 1992, quienes encontraron una relación directa con la aparición de enfermedades autoinmunes, gastrointestinales, así como trastornos psiquiátricos.

Valoración del estrés percibido en la dependencia a etanol

Existen múltiples escalas cuyo objetivo es la medición del estrés a través del grado en que se percibe por cada persona; la mayoría de ellos en idioma inglés, algunos con traducción al español. También utilizándose *imágenes* para recrear escenarios que promuevan estrés en el paciente con dependencia a alcohol, para posteriormente a través de escalas tipo Likert de 10 ítems, en las que 1 es igual a no estrés y 10 a lo más estresante que le ha sucedido en los últimos meses; sumado a una medición de cortisol. Concluyendo en cada caso una relación directamente proporcional entre la presencia de estrés y un estado emocional negativo con un aumento en el consumo de alcohol, de recaídas durante la rehabilitación, y una disminución en el apego a tratamiento; empobreciendo el pronóstico en estos pacientes. Por tanto, en el estudio de su influencia en pacientes con dependencia a alcohol, no existe una escala habitual o consensuada. Las escalas mayormente utilizadas son las siguientes:

- Escala de Cansancio Emocional (Scale of Emotional Exhaustion): Escala de autorreporte de 10 ítems con una consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.83. Ha sido utilizada como un indicador de Síndrome de "Burnout", tomando en cuenta el cansancio emocional como la primera fase del Síndrome [22].
- Escala General de Apreciación al Estrés (EAE-G): Es una escala que mide la intensidad con que los estresores generales afectan a una persona. Realizada en España en 1992 y validada por Escalante en población mexicana en 2002. Se integra de 53 reactivos agrupados en 4 factores que componen la prueba (salud, relaciones humanas, estilo de vida y asuntos laborales y económicos). La intensidad se mide con una escala tipo Likert de 0 (nada) a 3 (muchísimo).
- Escala de Estrés Socio-Laboral (EAE-S): Tiene como función principal el estudio del estrés en el ámbito laboral. Consta de 50 enunciados distribuidos en tres ámbitos de

contexto: Trabajo en sí mismo, contexto laboral y relación del sujeto con el trabajo. Ha sido utilizada para evaluar la apreciación del estrés en situaciones laborales.

- Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Es una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, auto focalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social, y religión. Con una α : 0.71 a 0.76 [23].
- Escala de Estrés de Holmes y Rahe: Se trata de una lista de 43 eventos vitales a los que se le atribuye una puntuación en función de lo estresante que es percibido por la persona. Se enfoca en el último año. Sumándose las puntuaciones totales, catalogando en: pequeño riesgo de enfermar a causa del estrés, riesgo moderado y riesgo importante [24].
- Escala de apreciación al estrés (SAM): Se originó dentro de la corriente cognitiva, con el objetivo de evaluar las dimensiones de una estimación primaria para un estresor específico anticipado (amenaza, reto, etc.). Se utilizan 6 dimensiones: amenaza, reto, centralidad, autocontrol, control por otros, e incontrolable. Con una consistencia interna entre 0.65 y 0.84 en cada uno de las seis dimensiones. Sin embargo, solo se ha utilizado en población universitaria [25].
- Medida de tensión psicológica (MSP): Existen tres versiones (49, 25 y 9 ítems). Sin importar la versión; se compone de los síntomas descriptores de problemas emocionales, cognitivos, conductuales, y físicos. El entrevistado indica el grado en que los elementos describen los último 5 días. Siendo una escala tipo likert (1 a 8). Con un coeficiente de 0.93. El idioma original es francés, y existen traducción al ingles, español y japonés [26].
- La Escala de Estrés Percibido: Se creó y publicó por primera vez en 1983 en el idioma inglés. Se diseñó con el objetivo de medir el grado en que situaciones de la vida cotidiana son percibidas como estresantes en poblaciones comunitarias con nivel académico mayor a secundaria [27]. La versión original consta de 14 ítems, con una segunda versión de 10 ítems, y una tercera de 4 ítems. En el año 2001 se realizó su traducción en el idioma español de la versión original de 14 ítems (7 negativos y 7

positivos) con consistencia interna con $\alpha = .81$. Y en 2007 se realizó una adaptación cultural en México con una muestra aleatoria de 365 estudiantes de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con una adecuada consistencia interna. El tiempo de aplicación es de pocos minutos. Se ha utilizado en distintos países, estando traducida en árabe, chino, griego, coreano, vietnamita, sueco, turco y español. [22]

La escala no es un instrumento diagnóstico, su función es (dependiendo de la gravedad de estrés percibido) proporcionar un marco de probabilidad de desarrollar algún trastorno médico o psiquiátrico. La escala tiene un rango de resultado de entre 0 y 56 puntos. Debido a que las preguntas son de naturaleza general y no están enfocadas en alguna temática, hace posible su uso en muestras comunitarias o en sub-poblaciones (Ej. Clínicas). Sus ventajas comprenden la fácil administración (minutos), facilidad de entendimiento de las preguntas, fácil recolección de las respuestas, no se limita a una población particular, y es aplicable para eventos que sucedieron o están ocurriendo; en lugar de centrarse en una sola situación. Su mayor limitante es que su validez es esperada que disminuya alrededor de 8 semanas posterior a la aplicación, debido a la posibilidad de eventos mayores, y a cambios en los recursos de afrontamiento, entre otros factores [28]. En sus diferentes versiones, ha sido ampliamente utilizado en la investigación y en la clínica. Siendo utilizado para explorar la relación del estrés percibido con otras variables como cansancio emocional, ansiedad, depresión, optimismo, inteligencia emocional, síntomas psicósomáticos, presión arterial, migraña, y Síndrome de *Burnout* entre otros [21, 29-31]

Pregunta de investigación

¿La escala de Estrés Percibido es válida y confiable para evaluar el estrés percibido en pacientes mexicanos con dependencia a alcohol?

Justificación

En la actualidad, la dependencia a sustancias es un fenómeno creciente en nuestro país, con repercusiones individuales y sociales que representan un problema de salud pública. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 ha existido una tendencia hacia la

alza en cuanto al consumo de alcohol. A nivel nacional la dependencia a alcohol a tenido un aumento en la población total de 12 a 65 años del 4.1% en el año 2002 a 6.2% en el año 2011. Así mismo, la edad de inicio de consumo de alcohol a tenido una tendencia de inició mayor en edad igual o menor a 17 años, con un 64.9% en hombres y 43.3% en mujeres. Por otra parte, el número de usuarios de alcohol con posible dependencia que han reciben tratamiento ha disminuido de 7.6% en el año 2008 a 6.8% en el año 2011. [2]

Contar con un instrumento validado para la medición de estrés en poblaciones dependientes a etanol, podría ser útil para el desarrollo de estrategias de intervención encaminadas a su reducción y manejo conllevando a un mejor apego al tratamiento y pronóstico.

La escala de estrés percibido se utiliza para determinar si el estrés es un factor etiológico en el desarrollo de trastornos y enfermedades. Ha probado tener mejor predicción para síntomas psicológicos y físicos que otros instrumentos similares [32].

Hipótesis General

La Escala de Estrés Percibido mostrará adecuados datos de validez y confiabilidad en una muestra de pacientes mexicanos con diagnóstico de dependencia a etanol.

Hipótesis Específicas

H1. Los pacientes con mayor grado de estrés percibido serán en su mayoría hombres, solteros, sin una ocupación remunerada, con un bajo nivel de estudios, sedentarios y con un bajo nivel socioeconómico.

H2. El nivel de estrés percibido se relaciona con la frecuencia de consumo y cantidad de etanol consumido.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Estrés Percibido en una muestra de pacientes con dependencia a etanol que acuden al servicio de consulta externa de la Clínica de Trastornos Adictivos del INPRF.

Objetivos específicos

1. Comparar las características demográficas entre los pacientes con dependencia a alcohol con bajo estrés percibido y aquellos con alto estrés percibido.
2. Comparar las características del consumo de alcohol (frecuencia y cantidad) entre los pacientes con bajo estrés percibido y aquellos con alto estrés percibido

Metodología

1. Diseño del estudio

Según la clasificación de Feinstein, el presente trabajo es un estudio de proceso, ya que se realizó una comparación relacionada con un producto, la cual no se evalúa para determinar el impacto de una relación causa-efecto (un cambio), sino el desempeño de un producto en particular, en este caso la Escala de Estrés Percibido.

Las evaluaciones se realizaron en un solo punto en el tiempo, es decir, la evaluación de cada paciente se realizó en una sola ocasión por lo que el estudio es de tipo transversal.

2. Población

Dado que se trata de un estudio de proceso en población clínica con características particulares (dependencia a alcohol) que fueron evaluadas mediante instrumentos clinimétricos y los factores de la Escala de Estrés Percibido se encuentran claramente definidos de acuerdo al diseño original del instrumento (Anguiano-Carrasco C, 2010), fue posible realizar el estudio de validación del instrumento incluyendo al menos 3 pacientes con estas características por cada uno de los reactivos de la Escala de Estrés Percibido (14 reactivos) por lo que la muestra final quedaría conformada por 42 pacientes.

3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

- Pacientes que acudieron servicio de la consulta externa de la Clínica de Trastornos Adictivos del INPRF.
- Que tuvieron el diagnóstico de dependencia a etanol de acuerdo a los criterios diagnóstico del DSM-IV-TR.
- Sexo masculino o femenino.
- Que fueron mayores de 18 años.
- Que firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.
- Que sabían leer y escribir.

Criterios de exclusión

- Pacientes con cualquier trastorno psicótico de acuerdo a criterios diagnóstico del DSM-IV-TR.
- Pacientes con otro trastorno por uso de sustancias, excepto trastorno por uso de nicotina.
- Pacientes agresivos o agitados al momento de la evaluación.

Criterios de eliminación

- Pacientes que durante la aplicación del estudio decidieron suspender su participación.
- Pacientes que contestaron en forma incompleta los cuestionarios.

4. Variables

A continuación se presenta una tabla en la que se enlistan las variables contenidas en el estudio, determinando su tipo y el instrumento de evaluación que se aplicó para medir a cada una.

Variable	Tipo de Variable	Escala de medición
Sociodemográficas		Formato de Datos Clínico Demográficos
Edad	Dimensional	
Género	Categórica	
Escolaridad	Dimensional	
Estado civil	Categórica	
Nivel socioeconómico	Ordinal	
Ocupación	Categórica	
Diagnóstico psiquiátrico	Categórica	
Consumo de etanol		Formato de Datos Clínico Demográficos
Edad de inicio del consumo	Dimensional (años)	
Tiempo de evolución	Dimensional (semanas)	
Patrón de consumo	Dimensional	Test de AUDIT
Nivel de dependencia a etanol	Dimensional	Escala de Intensidad de la Dependencia del Alcohol
Estrés Percibido	Dimensional	Escala de Estrés Percibido

5. Escalas e instrumentos de evaluación

a. Formato de Datos clínico-Demográficos (FDCD)

El formato de datos clínico-demográficos se compone de diversos reactivos en donde se registra y concentra la información de las principales características demográficas y clínicas de cada uno de los pacientes. Para la aplicación de este formato se realizó un interrogatorio dirigido al paciente y al familiar que tuviera un contacto estrecho y mayor conocimiento sobre la evolución de la enfermedad del paciente en estudio. La sección de "Datos Generales" contiene la ficha de identificación del paciente, en donde se incluyó la edad del paciente al momento del estudio, el género, su estado civil, su escolaridad completada en años, su nivel socioeconómico (basado en los parámetros empleados en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente") y su ocupación en la actualidad.

La sección denominada "Diagnóstico y Características del Padecimiento" se compuso de algunos datos arrojados de la entrevista diagnóstica M.I.N.I., tales como el diagnóstico psiquiátrico, la edad de inicio del consumo de alcohol y su cronicidad.

b. Escala de Intensidad de la Dependencia del Alcohol (EIDA)

Se desarrolló en 1998 en España por Rubio et al a partir del SADO-C. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 30 preguntas repartidas en 6 subescalas: síntomas físicos de abstinencia (ítems 1-5), síntomas psicológicos de abstinencia (ítems 6 a 10), conductas para aliviar el síndrome de abstinencia (ítems 11 a 15), consumo habitual de alcohol (16 a 20), dificultades para controlar la ingestión (ítems 21 a 25) y reinstauración de la sintomatología tras la recaída (ítems 26 a 30). Tiene tres puntos de corte: Dependencia leve (puntuación inferior a 21 puntos), moderada (puntuación entre 21-36 puntos) y grave (puntuación superior a 37 puntos. Tomando en cuenta los últimos 6 meses [33]

c. Test AUDIT

Se desarrolló de forma metacéntrica por la OMS con el fin de detectar de forma fácil y temprana el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en atención primaria. Se trata de un instrumento de tamizaje. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 10 ítems que abarcan el consumo de alcohol, la conducta asociada y los problemas derivados. Cada ítem cuenta con criterios operativos especificados para asignar las puntuaciones correspondientes. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 ítems. En cada ítem, el valor de las respuestas oscila entre 0 y 4 (en los ítems 9 y 10 los valores posibles son 0, 2 y 4). El valor de la puntuación total oscila entre 0 y 40. Las puntuaciones entre 8-20 puntos serían indicativas de consumo perjudicial. Puntuaciones superiores a 20, en ambos sexos, orientarían hacia la existencia de una dependencia. El consumo de riesgo se obtiene a partir de las preguntas 2 y 3 [33].

Los resultados de la validación del AUDIT realizada en México con una muestra de más de 1900 sujetos bebedores de alcohol en diversos grados, mostró alta sensibilidad (80%) y alta especificidad (89%), con un valor predictivo positivo de 60%, un valor predictivo negativo de 95% y un coeficiente de confiabilidad interna de 0.87 y se ha empleado en varios estudios en México [34]

d. Escala de Estrés Percibido

Es un instrumento que mide el grado en que situaciones de la vida diaria se aprecian como estresantes. Los ítems se diseñaron para saber que tan impredecible, incontrolable, y sobrecargada los encuestados valoraban su vida en el último mes. Estos tres factores (impredecibles, incontrolables y sobrecargados) se han encontrado ser componentes centrales en la experiencia del estrés. Los ítems son de naturaleza general, y por tanto son relativamente libres de un contenido específico para un subgrupo de población. La escala original consta de 14 ítems, sin embargo actualmente se encuentran tres versiones; una con 4, una con 10 y una con 14 ítems. Desde su publicación original en 1983, es uno de los instrumentos más populares para medir estrés psicológico. Las propiedades psicométricas se han evaluado en diversas culturas y países. [35]

En el año 2007 se realizó un estudio por parte de la Universidad Autónoma de Nuevo León de México con el propósito de valorar la adaptación cultural realizada a la versión española de la Escala de Estrés Percibido, para ser utilizada en muestras de México. Durante el mismo se analizó la consistencia interna y la estructura factorial y se comparó con la estructura factorial encontrada para la versión en inglés, utilizando una muestra aleatoria de estudiantes. Los resultados indicaron una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.83$) [22, 36]. Corresponde a la traducción de la versión de 14 ítems (siete positivos y siete negativos) y es la que se ha utilizado previamente en México. Se trata de una escala tipo Likert de 5 puntos: 0 (nunca) a 4 (muy frecuente). El puntaje más alto corresponde a mayor estrés percibido [22]. Y se considero como punto de corte 30 o más para considerar casos de alto nivel de estrés, en base a estudios anteriores [37].

6. Procedimiento

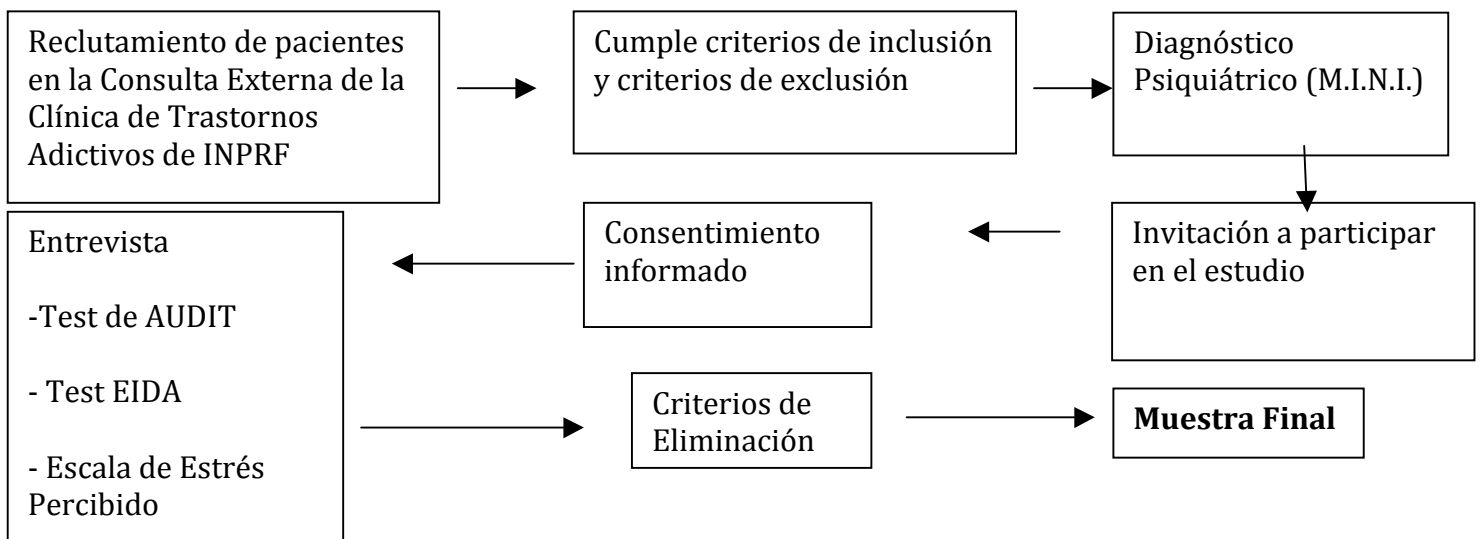
El reclutamiento de pacientes se realizó de forma consecutiva en el servicio de Consulta Externa de la Clínica de Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría, hasta que el número de pacientes deseado fue obtenido. El diagnóstico psiquiátrico y de dependencia a etanol se estableció mediante la entrevista estructurada M.I.N.I. y se invitó a los pacientes a participar en el estudio. Se invitó personalmente a los pacientes por parte del médico tratante, quién estaba informado de los criterios de inclusión y exclusión previamente, para que formaran parte del proyecto. Posteriormente a los participantes que estuvieron interesados, se les brindó una explicación verbal inicial de los

procedimientos que se llevaron a cabo para la realización del estudio y a aquellos que aceptaron participar, se les entregó el Consentimiento Informado en donde se especificaron con detalle los procedimientos, objetivos y consignas a seguir para el estudio. Se realizó una revisión personalizada de la carta de consentimiento con los pacientes para confirmar que el contenido del mismo, así como los procedimientos de investigación fueron comprendidos por los participantes.

Una vez que el paciente firmó el consentimiento informado, se completó el Formato de Datos Clínicos Demográficos (FDCD).

Posteriormente se realizó la entrevista para la aplicación de instrumentos clinimétricos, Primeramente se aplicó el AUDIT y la EIDA para el establecimiento de los patrones de consumo y nivel de dependencia de etanol para finalmente concluir la valoración clinimétrica entregando al paciente la Escala de Estrés percibido para que la contestara.

Una vez realizados estos procedimientos, los pacientes finalizaron su participación en el estudio, y se les indicó que continuarán con su proceso de atención en la Institución por medio del servicio de Consulta Externa.



7. Análisis Estadístico

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables dimensionales.

Para la comparación entre grupos se utilizó la Chi cuadrada (χ^2) para el contraste de variables categóricas y la U de Mann Whitney para el contraste de las variables continuas. Se decidió emplear estadística no paramétrica de comparación dado el número de pacientes incluidos en el estudio.

Se obtuvo la consistencia interna de la Escala de Estrés Percibido mediante el alpha de Cronbach para obtener su nivel de confiabilidad. Para determinar la validez de constructo del instrumento se desarrollo un análisis factorial exploratorio, mediante un análisis de componentes principales con rotación varimax. El umbral de los valores eigen fueron fijados en una puntuación igual o mayor a 1 como criterio de extracción. Los reactivos cuya comunalidad fuera mayor a 0.40 fueron incluidos en los factores, mientras que aquellos menores a 0.40 fueron excluidos del análisis.

Para la comparación entre los pacientes con alto y bajo estrés percibido se utilizó la Chi cuadrada para los contrastes de las variables categóricas y la t de Student de muestras independientes para los contrastes de variables dimensionales. El nivel de significancia estadística se fijó en una $p \leq 0.05$.

Implicaciones éticas

A todos los pacientes se les solicitó consentimiento informado, mismo en el que se brinda la explicación del estudio. El no participar en el proyecto no excluía al paciente de recibir la atención médica necesaria en la Clínica de Trastornos Adictivos y si se retiro del mismo, no afectó esa decisión su tratamiento. Los datos generados en la investigación fueron utilizados únicamente con fines científicos y no se les dio otro uso, guardando la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedieron a participar.

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I. Investigación sin riesgo; Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Los datos generados en la investigación fueron utilizados únicamente con fines científicos (Diario Oficial de la Federación 1983).

En relación a la confidencialidad, a cada uno de los expedientes de los pacientes que acepten participar, se les asignó un código numérico, por lo que el nombre y datos generales de los pacientes quedaron bajo el resguardo del investigador principal y no aparecieron en ninguno de los reportes que surgieron de la investigación.

Organización

Recursos humanos y materiales

Los materiales que se emplearon fueron de papelería y de informática, localizados y aportados por el Instituto. El personal que participó en el estudio fue el médico residente titular del presente estudio y los tutores teórico y metodológico.

Evaluación de costos

El presupuesto destinado al desarrollo de este protocolo se estimó en aproximadamente \$800 (ochocientos pesos mexicanos) y se atribuyó a material de papelería (principalmente fotocopias); este costo fue solventado por la institución.

Cronograma de actividades

Actividad	R2-1	R2-2 a R3-1	R3-2	R4-1
Elaboración del anteproyecto y aprobación por los comités de tesis y ética	XXX			
Captación de pacientes		XXX		
Concentración de datos			XXX	
Análisis de resultados			XXX	
Elaboración de informe final y entrega de tesis			XXX	XXX

R2-1: Primer Semestre de Segundo Año de Residencia

R2-2: Segundo Semestre de Segundo Año de Residencia

R3-1: Primer Semestre de Tercer Año de Residencia

R3-2: Segundo Semestre de Tercer Año de Residencia

R4-1: Primer Semestre de Cuarto Año de Residencia

Resultados

1) Características demográficas de la muestra

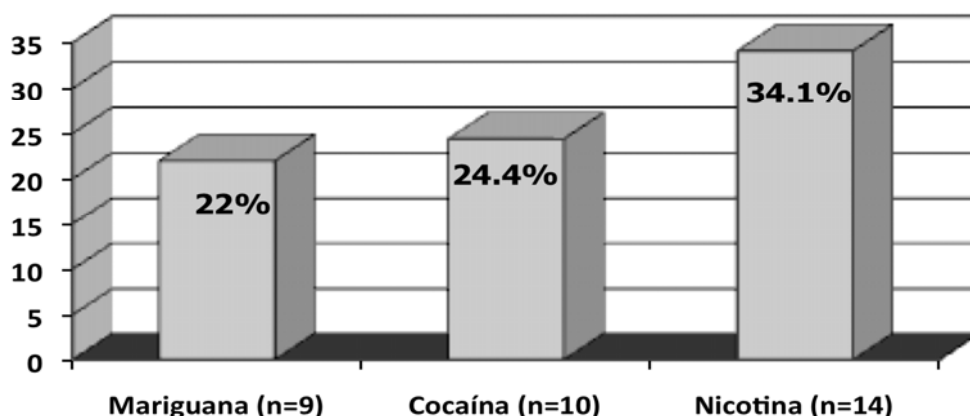
Se valoraron un total de 78 pacientes que acudieron al servicio de consulta externa de la Clínica de Trastornos Adictivos, no obstante, 37 de estos pacientes no cumplieron el criterio de inclusión de dependencia a etanol por lo que no fueron incluidos en el análisis final del estudio.

De los 41 pacientes restantes, el 73.2% (n=30) fueron hombres y el 26.8% (n=11) restante, mujeres. La edad promedio de los pacientes fue de 32.7 (D.E.=10.9) años. Todos los pacientes se encontraban sin pareja al momento del estudio (divorciados n=23, 56.1%; solteros n=10, 24.4; viudo n=8, 19.5%) y un elevado porcentaje se encontraba desempleado (n=19, 46.3%), seguido por aquellos con empleo remunerado (n=17, 41.5%), actividades del hogar (n=4, 9.8%) y un estudiante (2.4%). La escolaridad promedio reportada fue de 11.9 (D.E.=3.2) años, equivalente a estudios de bachillerato.

2) Consumo de sustancias

Adicional al consumo de etanol, el 56.1% (n=23) reportó consumir una o más sustancias. La frecuencia de consumo de estas sustancias se muestra en la Gráfica 1. Ninguno de los pacientes reportó consumir inhalantes u opioides.

Gráfica 1. Consumo de sustancias de los pacientes con dependencia a etanol.



3) Características del consumo de etanol

En relación al consumo de etanol, la edad de inicio del consumo reportada por los pacientes fue a los 16.8 (D.E.= 4.5) años, con un tiempo de evolución de 839.3 (D.E.=559.9) semanas, más de 16 años de consumo de etanol.

La puntuación promedio obtenida por los pacientes en la Escala de Intensidad de la Dependencia del Alcohol (EIDA) fue de 34.1 (D.E.=15.8 puntos), indicativo de una dependencia moderada a etanol. Al emplear los puntos de corte para determinar el nivel de dependencia se observa que la mayoría de los pacientes reportan una dependencia moderada (n=19, 46.3%) y grave (n=14, 34.1%), y en menor porcentaje se encuentran los pacientes con dependencia leve (n=8, 19.5%).

Además, corroborando estos puntajes previos de dependencia, el puntaje total de la muestra en el AUDIT fue de 23.9 (D.E.=6.6) puntos, indicativo de dependencia.

4) Estrés percibido en pacientes con dependencia a etanol.

La puntuación promedio de la Escala de Estrés Percibido fue de 33.2 (D.E.=6.8) lo que muestra una elevada percepción de estrés en los pacientes con dependencia a etanol. Al emplear el punto de corte sugerido (30 puntos), más del 70% de los pacientes se incluyen en el grupo de alto nivel de estrés (n=31, 75.6%)

5) Características demográficas y de consumo de sustancias entre pacientes con alto y bajo nivel de estrés

En la Tabla 1 se muestra la comparación de las principales características demográficas de la muestra y de consumo adicional de sustancias entre aquellos con alto estrés y bajo estrés.

De forma general, no se observan diferencias significativas entre los grupos, tan solo una tendencia a la significancia en el grupo de alto estrés a presentar una menor edad y mayor consumo de nicotina.

Tabla 1. Características demográficas y de consumo de sustancias entre pacientes con alto y bajo estrés.

	Bajo Estrés n=10		Alto Estrés n=31		Estadística
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	6	60.0	24	77.4	$\chi^2=1.1$, 1 gl, p=0.28
Femenino	4	40.0	7	22.6	
Ocupación					
No remunerada	5	50.0	19	61.3	$\chi^2=0.3$, 1 gl, p=0.52
Remunerada	5	50.0	12	38.7	
Mariguana					
Si	1	10.0	8	25.8	$\chi^2=1.1$, 1 gl, p=0.29
No	9	90.0	23	74.2	
Cocaína					
Si	2	20.0	8	25.8	$\chi^2=0.1$, 1 gl, p=0.71
No	8	80.0	23	74.2	
Nicotina					
Si	1	10.0	13	41.9	$\chi^2=3.4$, 1 gl, p=0.06
No	9	90.0	18	58.1	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Edad (años)	38.7	11.9	30.8	10.0	U=94.5, p=0.06
Escolaridad (años)	11.8	3.5	11.9	3.2	U=143.0, p=0.73

6) Características del consumo de etanol entre pacientes con bajo y alto estrés

No se encontraron diferencias entre los pacientes con alto y bajo estrés en relación con las variables de consumo de alcohol, incluyendo edad de inicio del consumo y las escalas AUDIT y EIDA. Solo se reporta una tendencia a la significancia en el tiempo de evolución, donde los pacientes con bajo estrés reportan un mayor tiempo de evolución de consumo. Estos resultados se reportan en la Tabla 2.

Tabla 2. Características del consumo de etanol entre pacientes con alto y bajo estrés.

	Bajo Estrés n=10		Alto Estrés n=31		Estadística
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Edad de inicio (años)	16.8	4.4	16.8	4.6	U=144.0, p=0.75
Tiempo de evolución (sem)	1138.8	605.1	742.7	518.3	U=94.5, p=0.06
AUDIT total	23.9	7.6	24.0	6.4	U=145.5, p=0.77
EIDA total	32.2	14.4	34.8	16.4	U=145.0, p=0.77

7) Validez y confiabilidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP) en pacientes con dependencia a etanol.

Para la obtención de la validez de constructo de la EEP se realizó un análisis factorial con los 14 reactivos del instrumento. El análisis de componentes principales se desarrolló con el objetivo de corroborar los dos factores de evaluación propuestos para la escala.

Los resultados de la matriz de componentes principales con las cargas factoriales superiores a 0.40 de los reactivos de la EEP se muestran en la Tabla 3.

Del total de los reactivos, 12 se adecuaron al modelo de dos factores, mientras que el reactivo 8 y 12 no mostraron comunalidades superiores a 0.40 en ninguno de los factores. Este modelo explicó el 51.6% de la varianza.

La confiabilidad del instrumento, incluyendo los 14 reactivos fue de 0.75, mientras que ésta se incrementó a 0.80 al eliminar los reactivos que no tuvieron adecuadas cargas factoriales.

Tabla 3. Cargas factoriales de los reactivos de la EEP – Rotación Varimax

<i>Reactivos EEP</i>		Factor I	Factor II
4	¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0.73	-
5	¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	0.86	-
6	¿Con qué frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	0.85	-
7	¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	0.79	-
9	¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	0.84	-
10	¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	0.68	-
13	Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	0.49	-
1	¿Con qué frecuencia has estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?	-	0.70
2	¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	-	0.85
3	¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso/a o estresado/a (lleno de tensión)?	-	0.82
11	¿Con qué frecuencia has estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	-	0.63
14	¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	-	0.61
Valores Eigen		4.17	3.05
Varianza (%)		29.82	21.79

Discusión

La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio fueron hombres, hallazgo congruente con lo reportado en la Encuesta Nacional del 2011 en donde se reporta una prevalencia de 10.8% en hombres entre 12 y 17 años y 1.8% en las mujeres, con una distancia entre hombres y mujeres de 3:1. Siendo en adultos la proporción de mujeres con dependencia (1.7%) similar a la observada en mujeres adolescentes; sin embargo entre los hombres hay dos adultos con la condición por cada adolescente; siendo la distribución por sexo en adultos dependientes a alcohol de 7:1 entre hombres y mujeres [2] .

Un dato interesante es el que todos los participantes del estudio se encontraban sin pareja al momento de llenar los cuestionarios. Cerca de la mitad se encontraba sin actividad laboral o académica. Respecto a la edad promedio de estudios se reportó en nivel preparatoria, tiempo que coincide con inicio de consumo de alcohol (16.8 años); misma información se reporta en la ENA 2011, en la cual el 56.8% de los encuestados inició consumo de alcohol a los 17 años o menos [2].

El objetivo principal del estudio, fue determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Estrés Percibido en una muestra de pacientes con dependencia a alcohol que acudieron al servicio de consulta externa de la Clínica de Trastornos Adictivos del INPRF. Durante la recolección de la información de los pacientes el diagnóstico de dependencia al alcohol se reportó en un 56%.

En relación a las características del consumo de alcohol, el puntaje total de la muestra en el Test AUDIT correspondió a un patrón de dependencia en el consumo de alcohol. Resultado que se equipara con la puntuación promedio en la Escala de Intensidad de la Dependencia del Alcohol (EIDA) que correspondió a una dependencia moderada. Esto es importante debido a que se teoriza que dependiendo de la intensidad y patrón del consumo de alcohol, éste puede tener un efecto de riesgo o protector a nivel fisiológico y psicológico [38]. Según algunos estudios [39-41], en base al efecto en curva en forma de "J", las personas con un consumo leve (menos de una copa al día para mujeres y menos de 2 copas al día para hombres) tienen un estado de salud mental, cognitivo y físico más

favorable comparado con personas que cuentan con un consumo de abuso/dependencia y comparado con sujetos libre de consumo. [42]

En relación a las características del consumo de alcohol entre pacientes con una alta percepción de estrés (n=31) y aquellos con una baja percepción al estrés (n=10), no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la edad de inicio de consumo, y los puntajes en el Test AUDIT y en la EIDA. Esto se debe a que la muestra fue homogénea respecto al diagnóstico de dependencia; en este sentido, hubiese sido de utilidad incluir un grupo de casos (no dependientes a alcohol) y consumidores sin datos de abuso o dependencia para comparar los resultados. El tiempo de evolución en semanas de consumo de alcohol mostró una tendencia a la significancia de ser mayor en pacientes con bajo estrés percibido. Esto se debe a que la muestra fue homogénea respecto al diagnóstico de dependencia; en este sentido, hubiese sido de utilidad incluir un grupo de casos (no dependientes a alcohol) y consumidores sin datos de abuso o dependencia para comparar los resultados

En base a estos resultados podemos concluir que los pacientes con dependencia a alcohol con una intensidad moderada presentan altos niveles de estrés percibido. Lo anterior se puede explicar desde una perspectiva neurobiológica al existir una desregulación neuroquímica, y desde una perspectiva cognitiva al interferir en la planeación, realización y conclusión de las tareas de la vida diaria; debido al tiempo, atención, energía, y actividad encaminada a la obtención, consumo y recuperación del efecto del alcohol. Lo que contribuye a una menor posibilidad para afrontar el estrés de la vía cotidiana.

Ahora bien, en estudios previos se ha descrito que la exposición a un estresor por tiempo prolongado altera la respuesta al estrés creándose una fase de de-sensibilización, en la cual ocurre una secreción alta de cortisol, resultando en la disrupción del ritmo diurno normal del eje Hipotálamo- Hipófisis- Adrenal (HHA). Y también se ha descrito una desregulación como consecuencia del abuso de sustancias, funcionando a nivel neurobiológico como un estresor y disparador de la respuesta ante el estrés. Así es que existe una relación bidireccional entre ambos fenómenos (abuso-dependencia a alcohol y alteración en la respuesta al estrés) [43]. Sin que este estudio logre determinar la causalidad en tiempo entre ambos fenómenos.

Así, se hace imprescindible realizar una entrevista psiquiátrica completa para determinar los efectos causales de uno sobre otro de forma individualizada; para, de esta forma, aclarar si el consumo de alcohol inició sobre un Eje HHA alterado o si el consumo de alcohol provocó de forma inicial una alteración en el eje HHA.

La puntuación promedio de la Escala de Estrés Percibido la sitúa en una elevada percepción del estrés en los pacientes con dependencia a alcohol. Confirmando resultados de estudios previos [44, 45], en los que el aumento en los niveles de estrés se encuentra asociado con un consumo activo de alcohol. En retrospectiva, en nuestro estudio hubiese sido favorable detectar y medir la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, situaciones en que también es común una alteración en la capacidad para afrontar el estrés de la vida cotidiana; además de ser una comorbilidad común con los Trastornos por uso de alcohol.

No hubo diferencias significativas entre las variables estudiadas del consumo de alcohol al comparar los grupos de bajo y alto nivel de estrés percibido. Resultado que se explica con el tamaño de la muestra y la relativa homogeneidad de las características del consumo de alcohol (diagnóstico de dependencia a alcohol como criterio de inclusión). Además, la mayoría de los sujetos calificaron para un alto estrés percibido, dejando una pequeña población con bajo estrés percibido para ser comparado.

Respecto al consumo de otras sustancias, la que se reportó con mayor frecuencia fue el uso de nicotina, seguido de cocaína y marihuana. Sin embargo, solo se encontró una diferencia significativa para el caso de la nicotina, siendo considerablemente mayor su consumo en aquellos dentro del grupo de alto estrés percibido. Dato que puede ser respaldado por estudios previos en los que se evidencia un daño psicológico en los fumadores, cursando los fumadores dependientes a nicotina con fluctuaciones en el estado de ánimo a lo largo del día; lo que significa que pueden experimentar ligeros aumentos en los niveles de estrés cotidianos. A pesar del modelo tradicional del consumo de tabaco que establece que la nicotina juega un apoyo psicológico, y que el fumar un cigarro conlleva a sentimientos de relajación y satisfacción, con un efecto positivo en la capacidad de atención y concentración del individuo; teoría que se contrapone con el

estado adverso que se origina en los intervalos de tiempo entre un cigarro y otro, también llamado abstinencia a nicotina y que representa, entre otra síntomas y signos, con un estado emocional negativo. [46, 47]

Finalmente respecto a la validez y confiabilidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP) en pacientes con dependencia a alcohol, al realizar el análisis factorial con los 14 reactivos del instrumento, dos reactivos no mostraron comunalidades superiores a 0.40 en ninguno de los dos factores que conforman la escala (positivo y negativo). Este resultado se puede deber al tamaño de la muestra que fue inferior al requerido y por otra parte, debido a que los dos reactivos que no obtuvieron carga factorial para ninguno de los dos factores tienen un contenido de incertidumbre, lo que en algunas personas puede ser algo positivo (al estimular) y en otros puede ser negativo (falta de control):

¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?

¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?

Algunos estudios hablan que el alcohol puede resultar atractivo para algunas personas al disminuir el grado de autopercepción. Un grado de autopercepción disminuido aligera los afectos negativos al reducir el grado en que la información se codifica como relevante y al disminuir la autoevaluación. Esta disminución en la autopercepción disminuirá la discrepancia entre el entendimiento deseado y el real-actual [48]. Además el consumo de alcohol estrecha la atención, lo que conlleva a una reducción en el efecto negativo si uno enfoca la atención en una actividad alterna (ej. ver televisión), previniendo a la persona dedicar su atención hacia un análisis y facilitando una liberación del compromiso. [49-51]

Y también es posible que al no tener una ocupación laboral o académica al momento del estudio, no tengan pendientes-cosas por hacer que consideren no puedan afrontar o terminar. Por lo que se reserva a un nuevo estudio en el que la muestra sea mayor.

La EEP en su versión de 14 reactivos mostró una adecuada confiabilidad que aumentó a alta cuando se retiraron los dos reactivos comentados (8 y 12). Por tanto, la escala es

adecuada para evaluar el estrés que una persona con dependencia a alcohol percibió en el último mes de su vida, lo que significa una posibilidad de mejorar el entendimiento y el abordaje de personas con dependencia a alcohol.

Respecto a las limitaciones del estudio cabe resaltar el tamaño de la muestra, que fue menor a la indicada en el análisis estadístico.

Una segunda limitación fue la falta de evaluación de síntomas afectivos y ansiosos ya que previamente se ha reportado una comorbilidad de hasta el 66% para los trastornos de ansiedad y una ocurrencia mayor de depresión que en la población general [52, 53].

Conclusiones

- La Escala de Estrés Percibido muestra una alta confiabilidad para evaluar el estrés percibido en el último mes en pacientes con diagnóstico de dependencia a alcohol en consumo activo. Siendo una herramienta de medición útil en contexto clínico y en investigación.
- El consumo de nicotina se asocia a una mayor percepción de estrés.
- El estrés percibido forma parte de la fisio-psicopatología del alcoholismo.
- Los pacientes con dependencia a alcohol perciben altos niveles de estrés, lo que presupone una dificultad para abordar las situaciones de la vida cotidiana y una alteración en el Eje HHA.
- Es de suma importancia evaluar el estrés percibido en una persona que acude a atención psiquiátrica por su manera de beber alcohol.
- Abre la posibilidad de evaluar los síntomas de ansiedad y depresivos en un futuro estudio, debido a que por una parte tienen una relación bidireccional con el nivel de estrés que una persona percibe y por otra parte porque los Trastornos de ansiedad y depresivos tienen una alta comorbilidad en pacientes con dependencia a alcohol en población mexicana.
- Abre la posibilidad de realizar estudios futuros en los cuales se determine el efecto causal del consumo de alcohol sobre el Eje HHA y viceversa en población mexicana

Referencias:

1. Tapia R, M.-M.M., Sepúlveda J, de la Fuente R., *La Encuesta Nacional de Adicciones de México*. Salud Mental 1990. **32**(5): p. 507-522.
2. Villatoro-Velázquez JA, M.-M.M., Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla C y Guisa-Cruz V., *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*, S.a.d.S. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Editor. 2011.
3. Medina-Mora ME, C., P, Villatoro J, Fleiz C, Galván-Castillo F, Tapia-Conyer R., *Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones*. Ssalud pública de México, 1998. **45**: p. 16-25.
4. Tapia R, C.P., de la Rosa B, Kuri P, Gómez H., *Encuesta nacional de adicciones 1993*. Salud Pública de México, 1995. **37**(1): p. 83-87.
5. Villatoro J, M.-M.M., Cravioto P, Fleiz C, Galván F, Rojas E, García A., *Uso y abuso de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. Consejo Nacional de las Adicciones, Secretaria de Salud, 2004.
6. Villatoro, J.M., MA. Moreno, M. Robles, NO. Fregoso, D. Bustos, MC.1 Fleiz, C. Mujica, C. López, MA. Medina-Mora, ME., *Drug use trends in Mexico City: 2012 student survey*. Salud Mental, 2014. **37**(5): p. 397-408.
7. Ganzel, B.L., P.A. Morris, and E. Wethington, *Allostasis and the human brain: Integrating models of stress from the social and life sciences*. Psychol Rev, 2010. **117**(1): p. 134-74.
8. González de Rivera, J., *Capítulo XLV Estrés, homeostásis y enfermedad.*, in *Psicología Médica*. 1994, A Seva.
9. McEwen, B.S. and P.J. Gianaros, *Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease*. Ann N Y Acad Sci, 2010. **1186**: p. 190-222.
10. Sandin, B., *El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales*. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2003. **3**(1).
11. Jacobs, G.D., *The physiology of mind-body interactions: the stress response and the relaxation response*. J Altern Complement Med, 2001. **7 Suppl 1**: p. S83-92.
12. Adinoff, B., et al., *Disturbances of the stress response: the role of the HPA axis during alcohol withdrawal and abstinence*. Alcohol Health Res World, 1998. **22**(1): p. 67-72.
13. Veenstra, M.L., PH. Friesema, IH. Garretsen, HF. Knottnerus, A. Zwietering, PJ., *A literature Overview of the realtionship between life-events and alcohol use in the general population*. Alcohol and Alcoholism, 2006. **41**(4): p. 455-463.
14. Veenstra, M.L., PH. Friesema, IH. Tan, FE. Garretsen, HF., Knottnerus, JA. Zwietering, PJ., *Coping style mediates impact of stress on alcohol use: a prospective population-based study*. Addiction, 2007. **102**(12): p. 1890-1898.
15. Fleshner, M., et al., *The neurobiology of the stress-resistant brain*. Stress, 2011. **14**(5): p. 498-502.
16. Koob, G. and M.J. Kreek, *Stress, dysregulation of drug reward pathways, and the transition to drug dependence*. Am J Psychiatry, 2007. **164**(8): p. 1149-59.
17. Rehm, J., et al., *Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders*. Lancet, 2009. **373**(9682): p. 2223-33.
18. Volkow, N.D., et al., *Addiction circuitry in the human brain*. Annu Rev Pharmacol Toxicol, 2012. **52**: p. 321-36.
19. Sinha, R., *Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction*. Ann N Y Acad Sci, 2008. **1141**: p. 105-30.
20. Koob, G.F., et al., *Neurobiological mechanisms in the transition from drug use to drug dependence*. Neurosci Biobehav Rev, 2004. **27**(8): p. 739-49.

21. Sinha, R., et al., *Enhanced negative emotion and alcohol craving, and altered physiological responses following stress and cue exposure in alcohol dependent individuals*. *Neuropsychopharmacology*, 2009. **34**(5): p. 1198-208.
22. Ramirez, M.T. and R.L. Hernandez, *Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico*. *Span J Psychol*, 2007. **10**(1): p. 199-206.
23. Sandín, *Cuestionario de Afontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2003. **8**(1): p. 39-54.
24. Holmes, T.H. and R.H. Rahe, *The Social Readjustment Rating Scale*. *J Psychosom Res*, 1967. **11**(2): p. 213-8.
25. Peacock E., W.P., *The Stress Appraisal Measure (SAM): A multidimensional Approach to Cognitive Appraisal*. *Stress Medicine*, 1990. **6**: p. 227-236.
26. Lemyre, L., Réjean, *Measure de Stress Psychologique (MSP)*. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 1988. **20**(3): p. 302-321.
27. Cohen, S., T. Kamarck, and R. Mermelstein, *A global measure of perceived stress*. *J Health Soc Behav*, 1983. **24**(4): p. 385-96.
28. Al kalaldehy G., S.A., *Aplication of the percieved Stress Scale in health Care Studies. An Analysis of Literature*. *Internationa Journal of Academic Research*, 2012. **4**(4): p. 45-50.
29. Fox, H.C., et al., *Stress-induced and alcohol cue-induced craving in recently abstinent alcohol-dependent individuals*. *Alcohol Clin Exp Res*, 2007. **31**(3): p. 395-403.
30. Breese, G.R., et al., *Stress enhancement of craving during sobriety: a risk for relapse*. *Alcohol Clin Exp Res*, 2005. **29**(2): p. 185-95.
31. Sinha, R., et al., *Effects of adrenal sensitivity, stress- and cue-induced craving, and anxiety on subsequent alcohol relapse and treatment outcomes*. *Arch Gen Psychiatry*, 2011. **68**(9): p. 942-52.
32. Chaaya, M., et al., *Validation of the Arabic version of the Cohen Perceived Stress Scale (PSS-10) among pregnant and postpartum women*. *BMC Psychiatry*, 2010. **10**: p. 111.
33. Saíz, P.P., MP., Paredes, MB. Bascarán, MT. Bobes, J., *Instrumentos de evaluación en alcoholismo*. *Adicciones*, 2002. **14**(1): p. 387-403.
34. Salcedo, V.V., M. Medina-Mora, ME. Juárez, F., *Validación de la Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT) en pacientes mexicanos con esquizofrenia*. *American Journal of Public Health*, 2009. **26**(4): p. 283-289.
35. Lee, E.H., *Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale*. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*, 2012. **6**(4): p. 121-7.
36. González-Ramírez, M.R.-A., MN. Hernández, RL., *The Perceived Stress Scale (PSS): Normative Data and Factor Structure for a Large-Scale Sample in Mexico*. *The Spanish Journal of Psychology*, 2013. **16**.
37. Quezada-Berumen, L.G.-R., MT. , *Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil*. *Summa Psicológica*, 2011. **8**(2): p. 31-38.
38. Sher, L., *Research on the Neurobiology of Alcohol Use Disorders*. 2008: nova.
39. Rehm J, R.R., Taylor B., *Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines*. *International Journal of Methods in Pyschiatric Research*, 2008. **17**(3): p. 141-151.
40. Tait, R.J. and G.K. Hulse, *Hospital morbidity and alcohol consumption in less severe psychiatric disorder: 7-year outcomes*. *Br J Psychiatry*, 2006. **188**: p. 554-9.
41. Connor, J., *The life and times of the J-shaped curve*. *Alcohol Alcohol*, 2006. **41**(6): p. 583-4.
42. Lipton, R., *The Relationship Between Alcohol, Stress, and Depression in Mexican Americans and Non-Hispanic Whites*. *Behavioral Medicine*, 1997. **23**(3): p. 101-111.

43. Clarke, T.K., et al., *HPA-axis activity in alcoholism: examples for a gene-environment interaction*. *Addict Biol*, 2008. **13**(1): p. 1-14.
44. Boschloo, L.V., N. van den Brink, W. Smit, JH. Veltman, DJ. Beekman, AT. Penninx, BW., *Alcohol use disorders and the course of depressive and anxiety disorders*. *British Journal of Psychiatry*, 2012. **200**(6): p. 476-484.
45. Boschloo, L., et al., *Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA)*. *J Affect Disord*, 2011. **131**(1-3): p. 233-42.
46. Hajek, P., T. Taylor, and H. McRobbie, *The effect of stopping smoking on perceived stress levels*. *Addiction*, 2010. **105**(8): p. 1466-71.
47. Parrott, A.C. and R.S. Murphy, *Explaining the stress-inducing effects of nicotine to cigarette smokers*. *Hum Psychopharmacol*, 2012. **27**(2): p. 150-5.
48. Hull, J.G., *A self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption*. *J Abnorm Psychol*, 1981. **90**(6): p. 586-600.
49. Giancola PR, J.R., Parrot DJ, Duke AA., *Alcohol myopia revisited: Clarifying aggression and other acts of disinhibition through a distorted lens*. *Perspectives on Psychological Science*, 2010. 5: p. 265-278.
50. Steele, C.M. and R.A. Josephs, *Alcohol myopia. Its prized and dangerous effects*. *Am Psychol*, 1990. 45(8): p. 921-33.
51. Tobin, S.J., N.J. Loxton, and C. Neighbors, *Coping with causal uncertainty through alcohol use*. *Addict Behav*, 2014. **39**(3): p. 580-5.
52. Pacek, L.R., et al., *Comorbid Alcohol Dependence and Anxiety Disorders: A National Survey*. *J Dual Diagn*, 2013. **9**(4).
53. Crawford, V.C., IB. Clancy, C. , *Co-existing Problems of Mental Health and Substance Misuse (Dual Diagnosis): a literature review*. *Drugs: education, prevention, and policy*, 2003. **10**(1): p. 1-74.

ANEXOS



Validez y confiabilidad de la Escala de estrés percibido en
pacientes con Dependencia a Alcohol en Población Psiquiátrica Mexicana

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Objetivo del Estudio

El objetivo es valorar el grado de estrés percibido en aquellos pacientes que acuden a atención a la Clínica de Trastornos Adictivos de INPRF y que cuentan con el diagnóstico de abuso o dependencia a alcohol. Nos interesa estudiar el fenómeno del estrés y su relación con el grado de consumo de alcohol en pacientes que acuden a atención especializada en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información. Para la evaluación se realizará una entrevista clínica y se le entregarán tres cuestionarios para que los conteste.

Procedimientos del estudio

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado por un psiquiatra en formación, el cual le realizará preguntas relacionadas a su comportamiento y le pedirá contestar tres cuestionarios dirigidos a conocer como se ha sentido en el último mes y con qué patrón a consumido alcohol; lo anterior con una duración estimada de 30 a 60 minutos. Durante la entrevista, usted podría sentirse incómodo de revelar información personal por lo cual se le garantiza absoluta confidencialidad y anonimato de la información. En el caso de que a partir de la entrevista se identifique que usted puede ser una persona agresiva, se le notificará a su médico tratante, previo a su autorización, para que éste vea las mejores opciones para su tratamiento sin que esto afecte su atención en la Institución.

Consignas a Seguir

- 1.- Se le pedirá su cooperación para realizar las entrevistas.
- 2.- Si usted cambia de domicilio o teléfono, avise al 41605330 ó 5528989920. Estos datos servirán para poder asegurar que las evaluaciones se cumplan.
- 3.- No se le cobrará ningún recargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.
- 4.- Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte su atención y tratamiento en esta Institución.

Ventajas Posibles

- 1.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la forma en que el estrés puede influir en el consumo de alcohol
- 2.- Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.
- 3.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de la conducta agresiva.
4. Es importante comentarle que no obtendrá un beneficio directo al proporcionar la información requerida para el proyecto.

Continua...

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Disposiciones Generales

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con los responsables del proyecto, Dra. Ana Fresán (ext 5069), el Dr. Juan Pablo de la Fuente (ext.5330 o [5528989920](tel:5528989920)) o el Dr. Hugo Cantú (ext.5317) durante horas regulares de trabajo.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

- Contacto

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar al teléfono Dr. Juan Pablo de la Fuente (044 55 2898 9920 o 41605330)

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Investigador