

## EVALUACIÓN DE VARIABLES PSICOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON ADICCIÓN: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO VIP

### ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL VARIABLES IN TREATING PEOPLE WITH ADDICTION: PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE QUESTIONNAIRE VIP

EDUARDO J. PEDRERO-PÉREZ<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pedrero-Pérez, E. J. (2016). Evaluación de variables psicológicas en el tratamiento de personas con adicción: propiedades psicométricas del cuestionario VIP [Assessment of psychological variables in treating people with addiction: psychometric properties of the questionnaire VIP]. *Acción Psicológica*, 13(1), 91-108. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.15363>

#### Resumen

El Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial fue propuesto hace una década para explorar variables psicológicas críticamente relacionadas con la adicción: autoestima, autoeficacia general, optimismo, locus de control, habilidades sociales, autocontrol y estilos de afrontamiento. En el presente estudio se ha realizado un análisis factorial confirmatorio sobre una muestra de 1242 sujetos en tratamiento por adicción, y se ha estudiado la fiabilidad de las escalas y su validez predictiva sobre variables de salud y estrés percibido. El estudio factorial mostró una adecuada validez de constructo y todas las escalas han mostrado adecuada fiabilidad, salvo la de locus de control, con sólo tres

ítems. Varias escalas muestran correlaciones de gran magnitud con estrés percibido, calidad de vida relacionada con la salud y riesgo de mala salud mental. Destaca la capacidad predictiva de la escala de optimismo sobre estas tres variables, siendo probablemente la menos estudiada en relación a la adicción. El tratamiento efectivo de las drogodependencias está íntimamente ligado a la evaluación y posible intervención sobre características psicológicas individuales que pueden condicionar el resultado terapéutico. Por ello, es preciso contar con instrumentos de evaluación fiables y válidos que permitan delimitar las características personales, fortalezas y debilidades, de las personas que van a realizar un tratamiento. El VIP parece ser una herramienta útil en la evaluación psicológica, en la medida en que proporciona, en una sola administración,

**Correspondencia:** Eduardo J. Pedrero-Pérez. Unidad de Formación e Investigación. CAD San Blas. Instituto de Adicciones. Madrid Salud.

**Email:** [ejpedrero@yahoo.es](mailto:ejpedrero@yahoo.es)

<sup>1</sup> Unidad de Formación e Investigación. CAD San Blas. Instituto de Adicciones. Madrid Salud, España.

Recibido: 20 de diciembre de 2015.

Aceptado: 12 de marzo de 2016.

datos sobre un buen número de variables psicológicas, es una prueba gratuita, de libre disposición para los clínicos e investigadores y fácil corrección e interpretación.

**Palabras clave:** evaluación psicológica; adicción; afrontamiento; autoestima; optimismo; análisis factorial confirmatorio.

### Abstract

The Questionnaire of Psychosocial Interaction Variables (VIP) was proposed a decade ago to explore psychological variables critically related with addiction: self-esteem, general self-efficacy, optimism, locus of control, social skills, self-control and coping styles. The present study was conducted a confirmatory factor analysis on a sample of 1,242 subjects treated for addiction and has studied the reliability of the scales and predictive validity on health variables and perceived stress. The factorial study showed adequate construct validity and all scales showed proper reliability, except that of locus of control, with only three items. Several scales show high correlations with perceived stress scale, quality of life and health-related risk of poor mental health. It stresses the predictive capacity of the scale of optimism on these three variables, probably being the least studied in relation to addiction. Effective treatment of drug addiction is closely linked to the evaluation and possible intervention on individual psychological characteristics that may influence the therapeutic outcome. Therefore, it is necessary to have reliable and valid instruments that allow the assessment to delimit the personal characteristics, strengths and weaknesses of the people who start a treatment. The VIP appears to be a useful tool in psychological assessment, as it provides, in a single administration, data on a number of psychological variables, it is a free tool, freely available to clinicians and easy correction and interpretation.

**Keywords:** Psychological assessment; addiction; coping; self-esteem, optimism; confirmatory factor analysis.

### Introducción

La importancia de los factores psicológicos en la adicción y su recuperación está fuera de toda duda, constituyéndose en elementos centrales de la prevención y el tratamiento de rehabilitación, incluso en los casos en que se acompañan de otras modalidades terapéuticas (Gifford y Humphreys, 2007). Y existe evidencia científica de que los tratamientos psicológicos son, en general, los más efectivos (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). Sin embargo, es necesario individualizar el ritmo de incorporación de cada sujeto, de modo que el programa se adapte a sus características y no al revés.

En este sentido, hace ahora una década se propuso un instrumento de evaluación psicológica: el Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP), que permite la exploración de variables como la autoestima, la autoeficacia percibida, el optimismo, el locus de control, las habilidades sociales, el autocontrol y los estilos de afrontamiento del estrés (Pedrero Pérez, Pérez López, De Ena de la Cuesta y Garrido Caballero, 2005). La baja autoestima se vincula a la adicción tanto como rasgo favorecedor del establecimiento de patrones desadaptativos de consumo, como un factor de mantenimiento de la conducta y como una consecuencia de la incapacidad percibida para mantener el control; ello no sólo se ha encontrado en adicción a sustancias, sino también en las denominadas adicciones comportamentales sin sustancia (Sariyska et al., 2014). Su combinación con un bajo optimismo está en la base del modelo cognitivo de depresión de Beck (2008). La autoeficacia general, es decir, la capacidad estimada de enfrentarse las dificultades que evalúa cada sujeto, se relaciona con su capacidad real para enfrentarse a situaciones de riesgo, así como para mantenerse en tratamiento y alcanzar buenos resultados (Kadden y Litt, 2011). El locus de control interno es la creencia de que el sujeto está en condiciones (capacidades y esfuerzo) de modificar su conducta, mientras que si es externo tenderá a modificarla poco en espera de que circunstancias externas (intervención médica/psicológica, medicación, suerte, control parental) sean la clave del cambio; es pues vital considerar el sistema de creencias del individuo a la hora de proponer un tratamiento (Ersche, Turton, Croudace y Štochl, 2012). La falta de habilidades sociales se relaciona con el desarrollo de patrones

de consumo desadaptativos, así como con otros problemas psicopatológicos asociados a la adicción (Beardslee, Chien y Bell, 2014). El autocontrol sería la dimensión opuesta a la impulsividad, y, más precisamente, la capacidad aprendida para inhibir respuestas irreflexivas sin cálculo de consecuencias (de Ridder, Lensvelt-Mulders, Finkenauer, Stok y Baumeister, 2012). Finalmente, la manera o estilo general de resolver los conflictos es una variable crítica en relación con el abuso de sustancias: si lo deseable es una orientación al problema y su resolución, y la búsqueda de apoyo social es una segunda línea de afrontamiento, la orientación al malestar no sólo es ineficaz, sino que favorece la evitación y el escape, siendo el consumo de drogas el principal mecanismo de reducción del malestar (Corbin, Farmer y Nolen-Hoeksema, 2013). Un gran número de estudios relacionan estas variables con calidad de vida, salud mental y cualquier patología conocida.

Desde entonces, el cuestionario se ha utilizado en diversos ámbitos clínicos, y en estudios empíricos: relación de estas variables con rasgos de personalidad de diferentes modelos (Pedrero Pérez, 2006, 2007, 2008a; Pedrero Pérez, Olivar Arroyo y Puerta García, 2007) o con trastornos de la personalidad (Pedrero Pérez, López-Durán y Olivar Arroyo, 2006) variables relacionadas con el consumo de sustancias (Chicharro Romero, Pedrero Pérez y Pérez López, 2007; Pedrero Pérez, Rojo Mota y Puerta García, 2008), o adicciones comportamentales (Pedrero Pérez, 2010), su prevención (Cortés, Espejo, Dolz, Giménez y Belda, 2009) o su tratamiento (Calderón, 2008; Carreras, Almendros y Carrobbles, 2015; Martínez-González, Albein-Urios, Lozano-Rojas y Verdejo-García, 2015; Pedrero Pérez, 2008b), o con calidad de vida (Pedrero Pérez, Olivar Arroyo y Chicharro Romero, 2008), diferencias de género (de Ena de la Cuesta y Pedrero Pérez, 2004) o valores sociales (Pedrero Pérez, Rojo Mota y Puerta García, 2009).

Sin embargo, ningún trabajo ha abordado la réplica de sus propiedades psicométricas desde que fuera propuesto en 2005. La teórica estructura de nueve escalas inicialmente planteada no se replicaba en su totalidad en el estudio inicial, agrupándose ciertas escalas entre sí, reflejando la existencia de suprafactores de carácter más general que los de la propuesta teórica. Se optó por man-

tener la estructura de nueve escalas en la medida en cada una de ellas prescribe acciones concretas en el diseño del tratamiento individualizado: por ejemplo, la terapia de resolución de conflictos para el afrontamiento centrado en la tarea, las técnicas de control emocional para el afrontamiento centrado en la emoción o las técnicas de autocontrol para la escala del mismo nombre. El hecho de primar la utilidad clínica no exime del cumplimiento de adecuadas propiedades psicométricas para el instrumento de medida.

El objetivo principal del presente trabajo es explorar la validez de constructo del VIP, confirmando o rechazando la adecuación de la propuesta teórica nuevas muestras de sujetos en tratamiento por adicción. Adicionalmente, y una vez conocidas las propiedades o limitaciones del instrumento, se estudiarán diferencias entre grupos de consumidores según la droga principal o diferencias de género, así como su relación con medidas de estrés percibido, calidad de vida y salud mental.

## Método

### *Participantes*

La población objeto de estudio está constituida por los 10107 estudiantes que se han presentado a las pruebas referidas en el periodo objeto de estudio. En la Tabla 1 se muestran dichos sujetos agrupados de acuerdo con la universidad de origen.

En total se contemplan 40 universidades públicas y privadas, que ofertan la titulación de Psicología en la modalidad presencial y a distancia. El resto de universidades que imparten estos estudios en España (ocho de titularidad privada y una de titularidad pública) no han sido consideradas, ya que ningún estudiante de estas instituciones se ha presentado a las pruebas selectivas para el acceso al SNS. La muestra estuvo compuesta por 1242 personas en tratamiento por adicción a sustancias que accedían a un tratamiento por adicción a sustancias en un centro específico, público y gratuito de Madrid (CAD San Blas,

Tabla 1

*Descriptivos de la muestra*

		<b>Muestra</b>	
<b>Sexo</b>		<b>Varones</b>	<b>Mujeres</b>
	n	923	319
	%	74.30 %	25.70 %
<b>Edad</b>			
	Media	36.6	37.4
	D. t.	9.2	10.1
	Rango	18 - 67	18 - 66
<b>Nivel de estudios</b>			%
	Primarios o menos	17.4	15.7
	Secundaria obligatoria	40.2	30.4
	Secundaria posobligatoria	29.4	36.4
	Universitarios	13.0	17.6
<b>Droga principal</b>			%
	Heroína	14.8	13.5
	Cocaína	41.6	32.6
	Alcohol	35.6	46.7
	Cannabis	7.9	7.2

Instituto de Adicciones) y estuvo formada por 923 varones y 319 mujeres, en una proporción de 3/1 habitual en los centros de tratamiento a lo largo del tiempo. Los sujetos cumplimentaban una amplia batería de pruebas de evaluación, entre las que se encontraba el VIP y el resto de pruebas utilizadas en el presente estudio. Todos ellos fueron informados del doble objetivo de la evaluación (diseño individualizado del tratamiento e investigación) y firmaron un consentimiento informado. En la Tabla 1 se muestran detalladamente los descriptivos de la muestra.

***Instrumentos***

*Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial* (VIP; Pedrero Pérez et al., 2005), prueba de 84 ítems, que se responden en una escala de cuatro posiciones: Muy de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo y Muy en desacuerdo. Las opciones se corrigen 2, 1, -1 y -2, siempre en dirección al constructo explorado en cada escala, de modo que deben invertirse las puntuaciones de los ítems negativos. Las escalas se puntúan entre el máximo posible (+100) y el mínimo posible (-100) para cada escala, según la fórmula:

$$\frac{\text{(Puntuación directa * 100)}}{\text{-----}}$$

$$2 * (\text{Ítems respondidos})$$

Cuando una respuesta se encuentra en blanco (o cuando el sujeto responde marcando entre las dos opciones centrales) se corrige como 0. Se considera válido cuando no hay más de cinco respuestas en blanco. Las escalas teóricamente propuestas son: *Autoestima*, la *Autoeficacia Percibida*, el *Optimismo*, el *Locus de Control*, las *Habilidades Sociales*, el *Autocontrol* y los *Estilos de Afrontamiento del Estrés*. En la Tabla 2 se hacen constar los ítems que componen cada escala.

Adicionalmente, se administraron a muestras menores los siguientes cuestionarios:

*Escala de Estrés Percibido de 10 ítems*, *EEP* (*Perceived Stress Scale*, *PSS*; Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983), versión española de Remor y Carroles (2001). La *EEP* está formada por 14 ítems que miden el grado en que, durante el último mes, las personas se han sentido molestas o preocupadas o, por el contrario, se han sentido seguras de su capacidad para

Tabla 2

Ítems del VIP

	nº ítems	Ítems	ω
Autoestima	12	(8), (13), (20), (26), (27), (37), (45), (49), 54, 61, (63), (70)	.92
Autoeficacia	9	4, 6, 12, 23, 29, 40, 53, 57, 73	.86
Optimismo	11	(3), (7), (10), (34), (42), 47, (51), 66, 68, (69), (75)	.86
Locus (internalidad)	3	(32), (39), (81)	.61
Habilidades sociales	10	(2), (11), (18), (30), (33), (35), (38), 59, (71), (79)	.84
Autocontrol	11	(5), 16, 17, 19, 22, (25), (50), 56, (78), (83), (84)	.82
Afrontamiento centrado en la tarea	11	9, 15, 24, 28, 31, 44, 48, 52, 58, 60, 76	.90
Afrontamiento centrado en la emoción	12	1, 21, 36, 43, 46, 55, 62, 65, 72, 74, 77, 82	.87
Afrontamiento centrado la búsqueda de apoyo social	5	14, 41, 64, 67, 80	.82

Nota. Entre paréntesis, los ítems que deben invertirse. ω = Omega de McDonald.

controlar sus problemas personales. La escala puntúa entre 0-40, con puntuaciones superiores indicando mayor estrés percibido. Utiliza un formato de respuesta de tipo Likert de cinco alternativas con un rango de 0 («Nunca») a 4 («Muy a menudo»). Aunque la escala completa consta de 14 ítems, se ha encontrado que en población clínica y no clínica española (aunque también en muestras de otras procedencias e idiomas) la versión de 10 ítems presenta los mejores indicadores psicométricos (Pedrero-Pérez et al., 2015)

El COOP/WONCA (Skevington, Sartorius, Amir y THE WHOQOL Group) es un instrumento propuesto por la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) para estimar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Se utilizó la versión española de Lizan y Reig (1999). Los ítems exploran aspectos relativos a esta variable a través de unas láminas en las que se visualizan mediante dibujos las 5 opciones de respuestas, debiendo marcar el evaluado la que mejor defina su estado. Aunque se han utilizado versiones de seis, siete y nueve ítems, para el presente estudio se optó por la versión más amplia, de nueve ítems, baremada en población española (Serrano-Gallardo, Lizán-Tudela y Díaz-Olalla, 2009) y sin hacer uso de los estímulos visuales, sino sólo los contenidos de cada ítem como estímulos verbales, lo que ha mostrado no presentar ni diferencias psicométricas significativas ni ventajas percibidas por el cumplimentador, pudiendo administrarse incluso mediante entrevista telefónica (Pedrero-Pérez y Díaz-

Olalla, 2014). Las respuestas corresponden a una escala tipo Likert, en la que mayores puntuaciones se corresponden con peor calidad de vida percibida.

*Cuestionario General de Salud de 12 ítems, GHQ-12 (The 12-Item General Health Questionnaire, GHQ-12; Goldberg y Williams, 1988), instrumento para cribar posibles problemas de salud mental (salvo los psicóticos). Se responde en una escala Likert de 4 opciones (0 nada, 3 siempre; se invierten los ítems negativos), correspondiendo mayores puntuaciones a más probable existencia de problemas de salud mental. Se corrige de dos maneras complementarias: las dos primeras opciones como 0 y las dos siguientes como 1; se obtiene una puntuación entre 0 y 12 puntos, considerándose que tres o más sugieren “riesgo de mala salud mental”; la segunda forma de corrección es como una escala tipo Likert normal, con puntuaciones entre 0 y 36, lo que da idea de la intensidad del riesgo. Ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en su versión española (Sánchez-López y Dresch, 2008).*

### Procedimiento

Se procedió a un muestreo consecutivo de las personas admitidas a tratamiento en el Centro, entre enero de 2010 y junio de 2015, que realizaron la prueba cuando estuvieron libres de intoxicación por sustancias

no prescritas, esperando para ello entre dos y cuatro semanas en la mayor parte de los casos, y comprobándose mediante análisis toxicológicos de orina o análisis de aire espirado. Los participantes eran advertidos del propósito de la prueba y accedieron a cumplimentarla de manera anónima y desinteresada. Se excluyeron los cuestionarios deficientemente cumplimentados ( $n = 16$ ). Para su inclusión, los sujetos debían cumplir criterios de abuso o dependencia de al menos una sustancia al inicio de su tratamiento y según criterios DSM-IV. Se excluyó a quienes carecían de un adecuado nivel de comprensión del idioma español.

### *Análisis de datos*

Se analizaron en primer lugar los 84 ítems, explorando sus distribuciones. Para la determinación de la normalidad multivariada se utilizó el criterio de Mardia (1970). Se realizó un análisis factorial confirmatorio para explorar la estructura de nueve escalas propuestas teóricamente; se utilizó el método de mínimos cuadrados no ponderados, como el más adecuado a las opciones de respuesta (categorial, no lineal). Se utilizaron indicadores de bondad de ajuste generales (CMIN/DF), basados en los residuos (RMSEA) y los proporcionados por el programa AMOS 18.0 (RMR, GFI, AGFI, NFI, RFI, PNFI y PGFI). La consistencia interna de las escalas se estimó mediante el omega de McDonald (1999). Se estudio el efecto de interacción de las variables mediante la lambda de Wilks ( $\lambda$ ). Se calcularon las correlaciones parciales, controlando las variables con efecto de interacción, y las de orden cero, utilizando la corrección de Bonferroni para correlaciones múltiples, con objeto de eliminar las correlaciones al azar. Para las comparaciones entre subgrupos se aplicó un análisis de covarianza. Las relaciones predictivas entre variables se estudiaron a partir de los pesos de regresión (índice de regresión dividido por el error estándar). El tamaño del efecto se calculó mediante la eta al cuadrado ( $\eta^2$ ; Cohen, 1973), aplicando las reglas de interpretación propuestas por Cohen (1988).

## Resultados

En primer lugar se exploró la distribución de los ítems para descartar la existencia de *outliers*, esto es, ítems con asimetría mayor de tres o curtosis superior a ocho. La asimetría se mantuvo en valores entre -1.23 y 0.88, mientras que la curtosis osciló entre -1.56 y 1.07. En su conjunto, los datos cumplieron el criterio de normalidad multivariada (Mardia 153.1,  $p < .0001$ ).

También cumplían las condiciones para realizar un análisis factorial (Bartlett = 36482, g.l.= 3486,  $p < .0001$ ; Kaiser-Meyer-Olkin = .96). Las escalas explicaban en su conjunto el 47 % de la varianza total del test.

Se procedió a efectuar un análisis factorial confirmatorio para explorar el ajuste del modelo teórico de nueve escalas a los datos disponibles. El índice de bondad de ajuste general resultó satisfactorio ( $\chi^2 = 10363.8$ , g.l.= 3366,  $p < .0001$ , CMIN/DF = 3.0) y también indicadores no sensibles al tamaño de la muestra (RMSEA = .045). Cuando se efectuó un análisis de mínimos cuadrados no ponderados, todos los indicadores mostraron una adecuada bondad de ajuste (RMR = .08, GFI = .96, AGFI = .96, NFI = .95, RFI = .95, PNFI = .92, PGFI = .90). Por tanto, se confirmó como adecuada la estructura de nueve escalas del VIP. Todas las escalas mostraron adecuada consistencia interna, salvo la de locus de control, compuesta por sólo tres ítems (Tabla 2).

Se compararon las puntuaciones obtenidas por los grupos, según la droga principal que motivaba su tratamiento. Previamente, se exploró el posible efecto de interacción de diversas variables, que podía afectar a las diferencias. Mostraron efecto de interacción el sexo ( $\lambda$  de Wilks = .94,  $F_{(9,0; 1227,0)} = 8.36$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .06$ ), la edad ( $\lambda = .95$ ,  $F_{(g.l. 9,0; 1227,0)} = 7.76$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .05$ ) y el nivel de estudios ( $\lambda = .96$ ,  $F_{(9,0; 1227,0)} = 5.82$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .04$ ). Por ello, estas tres variables fueron controladas en análisis posteriores.

En la Tabla 3 se muestran las correlaciones entre las escalas del VIP, tanto cuando se controlan las variables en interacción, como las de orden 0. Se observan algunas

Tabla 3

Correlaciones entre las escalas del VIP

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Autoestima		.59	.75	.46	.52	.54	.54	-.69	.13
2. Autoeficacia	.60		.54	.34	.42	.46	.73	-.49	.14
3. Optimismo	.76	.55		.49	.42	.46	.49	-.6	.12
4. Locus (internalidad)	.47	.35	.50		.36	.31	.30	-.44	.01
5. Habilidades sociales	.52	.42	.43	.37		.22	.29	-.43	.15
6. Autocontrol	.54	.47	.46	.32	.21		.53	-.58	.09
7. Afr. Centr. en la tarea	.55	.74	.49	.31	.29	.54		-.47	.22
8. Afr. Centr. en la emoción	-.70	-.51	-.61	-.45	-.43	-.58	-.49		.02
9. Afr. Centr. en apoyo social	.11	.12	.11	.00	.16	.05	.19	.05	

Nota. En la parte superior y cursiva, correlaciones parciales, controlando sexo, edad y nivel de estudios. En la parte inferior, correlaciones de orden 0.

correlaciones muy elevadas y con gran tamaño del efecto: la autoestima y el optimismo ( $r^2 = .56$ ) y la autoeficacia percibida y el afrontamiento centrado en la tarea ( $r^2 = .54$ ). El afrontamiento centrado en la emoción correlaciona negativamente con todas las demás, especialmente con la autoestima ( $r^2 = .49$ ), mientras que el afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social muestra correlaciones muy bajas con el resto de las escalas.

En la Tabla 4 se muestran las diferencias encontradas en los subgrupos según la droga principal por la que se solicitó tratamiento. Puede observarse que, por lo general, las peores puntuaciones (menores en variables positivas, como la autoestima, autoeficacia, optimismo, etc.; y mayores en afrontamiento centrado en la emoción) correspondieron a los que tenían el alcohol como droga principal. En todo caso, el tamaño de las diferencias se situó entre bajo y moderado en todos los casos.

Tabla 4

Diferencias en las escalas del VIP según droga principal

	Droga principal									
	HEROÍNA n=180		COCAÍNA n= 488		ALCOHOL n= 478		CANNABIS n= 96		F (g.l.=6)	$\eta^2$
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.		
Autoestima	11.46	42.95	12.01	46.00	7.57	44.95	15.50	47.82	6.30	.03
Autoeficacia	16.89	35.81	18.34	39.58	12.73	37.01	16.60	39.16	6.73	.03
Optimismo	7.69	35.40	10.78	38.75	3.19	36.99	5.67	40.18	6.43	.03
Locus (internalidad)	33.68	46.12	28.32	47.46	23.42	46.97	18.40	46.62	9.47	.04
Habilidades sociales	16.22	38.96	19.28	38.46	8.52	41.42	18.18	38.84	7.57	.04
Autocontrol	2.87	31.58	-0.76	35.95	4.26	32.19	1.96	36.64	8.68	.04
Afrontamiento centrado en la tarea	16.64	37.24	14.27	40.95	18.67	37.81	20.35	35.22	6.39	.03
Afrontamiento centrado en la emoción	0.14	37.64	1.53	38.76	7.76	37.66	3.53	39.10	11.21	.05
Afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social	-11.33	39.82	-0.08	43.44	-3.31	43.20	4.85	43.39	9.01	.04

Nota.  $\eta^2$ = eta al cuadrado como estimador del tamaño del efecto. Todas las diferencias son significativas para  $p < .001$ .

Tabla 5

## Diferencias por sexo en las escalas del VIP

	Sexo				F (g.l.=3)	$\eta^2$
	Varones n= 923		Mujeres n= 319			
	M	D.T.	M	D.T.		
Autoestima	14.28	43.78	-0.45	47.94	11.60	.03
Autoeficacia	19.32	36.87	5.76	39.77	12.28	.03
Optimismo	9.82	36.24	-1.10	41.08	10.90	.03
Locus (internalidad)	28.18	45.79	21.43	50.60	15.02	.04
Habilidades sociales	15.59	39.05	11.79	42.49	12.14	.03
Autocontrol	4.11	33.71	-4.48	34.15	16.38	.04
Afrontamiento centrado en la tarea	20.21	37.16	6.87	41.80	11.29	.03
Afrontamiento centrado en la emoción	-0.44	37.87	16.38	36.77	19.43	.04
Afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social	-4.86	41.44	4.05	46.65	15.38	.04

Nota.  $\eta^2$  = eta al cuadrado como estimador del tamaño del efecto. Todas las diferencias son significativas para  $p < .001$ .

Las mujeres obtuvieron puntuaciones más bajas que los varones en todas las escalas, salvo en dos estilos de afrontamiento: centrado en la emoción y centrado en la búsqueda de apoyo social (Tabla 5). Estas diferencias fueron significativas, aunque el tamaño del efecto fue entre bajo y moderado. Cuando se estudiaron las diferencias por sexo en cada uno de los grupos según la droga principal, estos resultados tendían a repetirse en todas las submuestras, alcanzando un tamaño del efecto grande ( $\eta^2 = .07$ ) en las dos escalas mencionadas. Sin embargo, en los consumidores de cannabis aparecían atenuados ( $\eta^2 = .05$ ) y sin significación estadística en ningún caso, aunque el grupo de mujeres consumidoras de cannabis era demasiado bajo para obtener conclusiones sólidas ( $n = 23$ ).

La edad mostró correlación significativa y positiva con el autocontrol ( $r = .15$ ,  $p < .001$ ) y negativa con las

habilidades sociales ( $r = -.11$ ,  $p < .001$ ) y con el afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social ( $r = -.16$ ,  $p < .001$ ), pero no con el resto de escalas. Estas correlaciones se mantuvieron cuando se controlaron las variables sexo y nivel de estudios.

En cuanto al nivel de estudios, mostró correlaciones significativas ( $p < .05$ ) con varias escalas, pero tras aplicar la corrección de Bonferroni sólo resultaron significativas en el caso del optimismo ( $r = .08$ ,  $p < .005$ ), el locus de control interno ( $r = .17$ ,  $p < .001$ ) y las habilidades sociales ( $r = .12$ ,  $p < .001$ ).

Finalmente, en la Tabla 6 se observan las correlaciones encontradas entre el VIP y los autoinformes de estrés percibido, calidad de vida relacionada con la salud y riesgo de mala salud mental. Se observa que, salvo la escala de afrontamiento centrado la búsqueda de apoyo social, todas las demás muestran correlaciones ne-

Tabla 6

## Correlación entre escalas del VIP y otros autoinformes

	EEP-10 n= 552	WONCA n= 50	GHQ-12 n= 50
Autoestima	-.58*	-.55*	-.51*
Autoeficacia	-.50*	-.57*	-.49*
Optimismo	-.57*	-.64*	-.57*
Locus (internalidad)	-.32*	-.38	-.30
Habilidades sociales	-.29*	-.24	-.10
Autocontrol	-.49*	-.35	-.27
Afrontamiento centrado en la tarea	-.46*	-.44*	-.44*
Afrontamiento centrado en la emoción	.58*	.44*	.44*
Afrontamiento centrado la búsqueda de apoyo social	-.03	-.02	.04

Nota. \* Significativo tras corrección de Bonferroni ( $p < .006$ ).

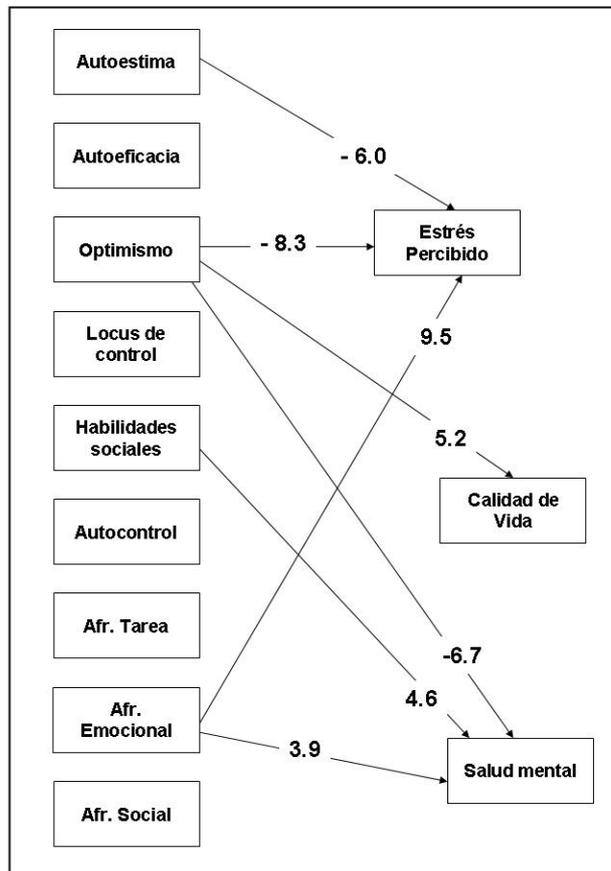


Figura 1. Relación entre las variables (pesos de regresión).

gativas y, en su mayor parte, significativas con las variables estudiadas. Los resultados son muy similares cuando se efectúa el análisis correlacional por sexos. En la Figura 1 se muestran las relaciones predictivas entre las escalas del VIP y el resto de autoinformes.

El objetivo del presente trabajo ha sido analizar el rendimiento de los egresados de las distintas universidades españolas que imparten la titulación de Psicología en las pruebas selectivas de acceso al PIR. Esta evaluación del impacto educativo y laboral de las universidades, supone incorporar al enfoque de la rendición de cuentas una dimensión social.

La alta demanda de los estudios de Psicología en España durante los últimos años, ha venido acompañada de un incremento de la oferta formativa (especialmente en universidades privadas) y, en consecuencia, del número de egresados con dicho perfil académico/profesional.

Una vía importante de desarrollo profesional para estos egresados, pasa por su especialización como Psicólogos Clínicos. Para ello, los aspirantes deben superar las pruebas selectivas establecidas por la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias (Ley 44/2003, de 21 de noviembre). A la luz de los datos procedentes de las tres

últimas convocatorias (2013-2014, 2014-15 y 2015-2016), se observa cómo se trata de una especialización muy demandada, siendo el número de aspirantes en cada una de las convocatorias superior a 3000.

Este trabajo evidencia la importante variabilidad en los resultados obtenidos por los egresados procedentes de las distintas universidades. A este respecto, la titularidad de las universidades puede considerarse una de las variables que permiten explicar dichas diferencias. Así, en las tres convocatorias analizadas, el porcentaje de estudiantes procedentes de universidades públicas que superan el ejercicio fue superior al porcentaje de los titulados en centros privados. Tales diferencias han resultado ser estadísticamente significativas para las convocatorias 2013/2014 y 2014/2015, así como en el conjunto del periodo. En cuanto al tamaño del centro, las diferencias encontradas no resultan significativas, aunque cabe destacar una mayor dispersión en los resultados obtenidos por las universidades de menor tamaño.

El estudio llevado a cabo también ha permitido identificar las 12 instituciones de las cuales proceden un número de aspirantes superior a la media y que, además, sus egresos tienden a rendir por encima del promedio en las pruebas de acceso al PIR. Estas universidades, podrían ser identificadas como universidades de alto impacto social, pues la calidad de la enseñanza que reciben sus estudiantes, parece traducirse en un mejor desempeño en las mencionadas pruebas selectivas.

En cuanto al número de titulados que obtienen plaza en el programa de formación PIR, el porcentaje de estudiantes procedentes de universidades públicas, que finalmente obtienen plaza, es superior al 90 % en las tres convocatorias objeto de estudio, alcanzando un 92,05 % como valor total de todo el periodo. De esta forma, se puede destacar la notable contribución social de los centros universitarios de carácter público al SNS.

A pesar del valor informativo de este estudio, resulta importante hacer referencia a algunas de las principales limitaciones derivadas de los datos disponibles. De un lado, hubiese sido interesante analizar el porcentaje de sujetos presentados a estas pruebas en relación con el número total de titulados de las universidades. Por otro

lado, no se ha tomado en consideración la formación que hayan podido recibir los egresados para la preparación de estas pruebas selectivas y su presumible influencia en la superación de las mismas.

## EXTENDED SUMMARY

### Introduction

In Spain, university degree in Psychology is one of the most popular among prospective university students. As a result, Spanish public and private universities have increased the amount of places and the number of university graduates in Psychology. The access to the National Health System (NHS) is one professional possibility for these graduates. Applicants must pass an exam to become an Internship in Clinical Psychology at the NHS. This paper analyses the graduate's exam performance during the period 2013-2016, and also possible differences depending on size or ownership of their universities of origin.

### Method

A non-experimental quantitative approach was used to address the research question by a descriptive approach of secondary data provided from the Ministry of Health, Social Services and Equality. Data are referred to the number of students who have passed the punctuation of screening in order to occupy places as an Internal Psychologist Resident (PIR) in 2013-14, 2014-15 and 2015-16, as well as the total number of candidates submitted for the exam.

### Population and sample

The study population consists of 10107 students who have been submitted to PIR selective test during the period under study. These students come from 49 universities which offer the degree in Psychology in Spain.

During the preliminary analysis, 9 universities (8 privately owned and 1 public owned) were removed because, during the period considered, no student of these institutions had been presented to the selection tests for access to NHS. Thereby, the final subset of the target population available for study was comprised for 40 public and private universities, with two teaching modalities: traditional classroom or distance teaching.

### ***Variables***

Main variable is the score on the screening test, estimated from response of candidates to a multiple-choice test consisting of 225 items (plus 10 reserve questions) and limited to 5 hours of duration, characteristics common to the three calls analyzed (Decree SSI/1695/2013, 12 September; Decree SSI/1674/2014, 10 September; Decree SSI/1892/2015, 10 September).

The multiple choice test is considered surpassed for those candidates who obtain a particular value greater than or equal to 35% of arithmetic mean of ten best individual scores of the exercise, considering exclusively integers result of this operation (Decree SSI/1695/2013, 12 September; Decree SSI/1674/2014, 10 September; Decree SSI/1892/2015, 10 September).

The variables used to characterize the universities have been: Ownership (public/ private), size (big or small) and modality of teaching (traditional/ distance).

## **Results**

### ***Evolution of the number of graduates in Psychology presented and that they overcome the selective tests for access to NHS***

During the period under review, there have been testing a total of 10107 undergraduates, 8563 of which have exceeded cut-off point. Given that applicants come

from 40 Spanish universities, the average of graduates who faced and overcome these tests would be 253 and 214 people, respectively.

In any case, it is remarkable the huge variability in number of applicants who come from one or another institution of higher education. In this sense, we see how the number of subjects that each university has been submitted to the different calls is between 1 (2013-14 and 2015-16 calls) and 478 (call 2013-15). In case of candidates who pass the tests, the observed maximum and minimum values are 0 (call 2013-14) and 408 (2014-15 and 2015-16 calls).

In evolution analysis of subjects presented to the three calls, it can be observed how the possible differences in the number of graduates presented are not statistically significant (Chi-square Friedman = 3.279, g.l. = 2,  $p = 0.194$ ). On the contrary, there are significant differences in number of subjects who pass the tests of access to NHS in these calls (Chi-square Friedman: 16.504, g.l. = 2,  $p = 0.000$ ). Thus, number of candidates who exceeded the average grade of cut is lower in the call 2013-14 than in 2014-15 calls (Wilcoxon  $Z = -3.710$ ,  $p = 0.000$ .) and 2015-16 (Wilcoxon  $Z = -3.427$ ,  $p = 0.289$ ), no appreciable difference in the results of these last two calls (Wilcoxon  $Z = -1.060$ ,  $p = 0.289$ ).

### ***Percentage of individuals who pass the test access to NHS and analysis of differences depending on the size and ownership of universities***

Overall, the percentage of psychology graduates who passed the access test is more than 75% in the three calls. However, as was noted in previous section, variability of results obtained by graduates from different universities is important.

In all cases, the percentages distribution of approval obtained by public institutions is above the percentage distribution of private universities. In turn, in case of public universities the variability in the results obtained it is lower.

The analysis of the significance of observed differences, carried out through the Mann-Whitney U test, confirms the best results of students from public universities in 2013-14 calls (Mann-Whitney U. = 70.5,  $p = 0.016$ ) and 2014-15 (Mann-Whitney U. = 76.0,  $p = 0.035$ ), as well as throughout the observation period (Mann-Whitney U. = 82.0,  $p = 0.006$ ). Meanwhile, in the call 2015-16, the percentage of approved subjects from both types of institutions does not differ significantly (Mann-Whitney U. = 119.0,  $p = 0.106$ ).

The representation of the distribution of pass rates for different subgroups, reports a greater variability of the results obtained by small universities. In any case, the analysis of the differences in the percentages of subjects who pass the tests of access to NHS depending on the size of institutions, shows how the three calls considered: 2013-15 (Mann-Whitney U. = 149.5,  $p = 0.838$ ), 2014-15 (Mann-Whitney U. = 103.0,  $p = 0.177$ ) and 2015-16 (Mann-Whitney U. = 172.0,  $p = 0.594$ ), these differences are not statistically significant. The superiority in the results of a type of university over another is not apparent when considering the entire observation period (Mann-Whitney U. = 183.0,  $p = 0.817$ ).

### ***Performance and contribution of universities to NHS***

Focusing the analysis on the achievement obtained by these universities in the PIR selective test, we can appreciate how, of all the total subjects that have exceeded the cut-off mark in the various calls, a 78.34 % come from face-to-face public universities, a 13.71% of the distance public university, 7.26 % of all private universities face-to-face and finally, a 0.69 % of the distance private university that is part of this study.

## **Discussion**

The aim of this study was to analyze the performance of graduates in Psychology in selective testing access to specialized health training NHS, evaluating the educational and employment impact of universities of origin,

which has allowed incorporating the approach to accountability a social dimension.

In recent years Psychology studies continue to be one of most demanded, the training offered (especially in private universities) has increased, and consequently, the number of graduates with such academic / professional profile.

An important way of professional development of these graduates is their specialization as a Clinical Psychologists; this specialization required overcome a test, set by the Management Act of the health professions (Law 44/2003 of 21 November). In light of the data from the last three calls (2013-2014, 2014-15 and 2015-2016), we see how this is a highly demanded specialization, as the number of applicants in each of the calls was higher 3000.

This paper provides empirical evidence about the great variability of the results obtained by graduates from different universities. In this regard the ownership of the institutions should be considered one of the variables that allow us to explain this differences. Thus, in the three calls analyzed, the percentage of students from public universities that pass the test was higher than the percentage of students from private schools. Such differences have proved to be statistically significant for 2013/2014 and 2014/2015 calls, as well as in the whole period. As for the size of the center, the differences have not been statistically significant, but is important to note the increased variability in the case of the results obtained by the smaller universities.

The study carried out, has allowed us identified the 12 universities that provide a higher number of students, superior to the mean and with better achievement on PIR test. These universities could be identified as a high social impact, because the quality of education that students receive, seems to translate into improved performance in test mentioned.

In relation to the analysis on the number of graduates who obtain a place in the training program PIR, the percentage of students from public universities that finally get place is greater than 90 % in the three calls under

study, reaching a 92.05 % in the entire period. In light of the results, we can highlight the remarkable social contribution of university public centers to NHS.

In spite of the informative value of this study, is important to take into account some of the main limitations derived from available data. On the one hand, it would have been interesting to analyze the percentage of students that take the PIR test, in relation with the total number of graduates in those universities. By the other hand, it is not taken into consideration the post graduate training preparation of those candidates in order to prepare the exam and their possible influence in the results obtained. El tratamiento efectivo de las drogodependencias está íntimamente ligado a la evaluación y posible intervención sobre las características psicológicas individuales que pueden condicionar el resultado terapéutico (Becoña Iglesias y Cortés Tomás, 2008). Por ello, es preciso contar con instrumentos de evaluación fiables y válidos que permitan delimitar las características personales, fortalezas y debilidades, de las personas que van a realizar un tratamiento.

El VIP fue concebido como un instrumento que permitiera la evaluación de ciertas variables críticas en la estructura de personalidad de las personas con conductas adictivas. Su ventaja es que con una sola administración pueden evaluarse hasta nueve de estas variables, desde la autoestima hasta los estilos de afrontamiento del estrés.

La estructura de nueve escalas ha sido confirmada mediante análisis factorial confirmatorio, resultando satisfactorios todos los indicadores de bondad de ajuste. Es posible que la agrupación de lagunas escalas proporcionara soluciones más parsimoniosas, en la medida en que algunos constructos, medidos en diferentes escalas, se encuentran conceptualmente muy próximos. Por ejemplo, la autoeficacia percibida parece un prerrequisito para el afrontamiento de las dificultades orientado a su resolución. Sin embargo, parece de interés para la clínica distinguir entre ambas variables, en la medida en que pueden ser trabajadas de maneras diferentes aunque complementarias. El uso del

VIP permite el diseño de un menú personalizado de intervenciones psicoterapéuticas sobre aspectos básicos relacionados con la conducta adictiva.

Todas las escalas se han mostrado consistentes salvo la de locus de control, compuesta sólo de 3 ítems. Conservar esta escala puede ser importante porque nos informa de las creencias que guían al sujeto al solicitar tratamiento. El modelo de enfermedad de la adicción ha favorecido que muchas personas creen tener una patología en cuya solución tienen un mínimo papel. Esperarían, pues, que fuera la intervención externa la que resolviera sus problemas, lo que no sólo tiene poca relación con la realidad, sino que es uno de los principales factores de recaída y abandono del tratamiento (Miller, Westerberg, Harris y Tonigan, 1996). Es preciso conocer el sistema de creencias y modificarlo en dirección a una participación activa del sujeto en el proceso de cambio.

Cuando se observan las puntuaciones obtenidas por los participantes y se comparan con las obtenidas en la muestra inicial de validación. La diferencia crucial entre ambos estudios estriba en que en aquella ocasión el VIP fue administrado a sujetos que se encontraban en muy diversas fases de tratamiento, mientras que en el presente estudio la muestra ha estado compuesta sólo por personas que iniciaban su tratamiento. Es conocido que los síntomas de malestar psicológico son máximos en el inicio del tratamiento, siendo, en realidad, la principal motivación para solicitarlo (Pedrero Pérez, Puerta García, Segura López y Osorio del Río, 2004). Este malestar, provocado por las consecuencias del consumo (estrés psicosocial, restricción estimular, efectos de las sustancias), tiende a desaparecer en los meses siguientes, incluso en el caso de las supuestas patologías estables, como el caso de los trastornos de la personalidad (Pedrero-Pérez, López-Durán y Olivar-Arroyo, 2011). Diseñar programas individualizados puede acelerar esta desaparición y mejorar los resultados del tratamiento.

La comparación según la droga principal aporta sutiles diferencias, que se hacen más acentuadas en el

caso de consumidores de alcohol. Los consumidores problemáticos de esta sustancia tardan más en solicitar tratamiento, presentan mayor edad al hacerlo, su consumo es más fácilmente aceptado por su entorno y con frecuencia presentan mayor deterioro debido, entre otras causas, a déficits en la alimentación (Pfefferbaum, Adalsteinsson y Sullivan, 2006). Las mujeres obtienen peores puntuaciones, como suele ser normal en casi todos los autoinformes de salud física y mental, sin que exista certeza de que ello se debe a problemas biológicos (e.g., hormonales), psicológicos (e.g., historial de aprendizaje diferencial) o de otra índole (Kramer, Krueger y Hicks, 2008). En todo caso, se requieren baremos diferenciados para hombres y mujeres en la correcta interpretación de ésta y otras pruebas.

La importancia de estas variables queda firmemente sustentada en el hecho de que estas variables muestran correlaciones de gran magnitud con otras referidas a la calidad de vida y el riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Cuando se estudia la capacidad predictiva de las escalas del VIP sobre estar variables externas llama la atención que la que presenta valores más elevados en todos los casos es el optimismo. No está clara la naturaleza de esta variable, que para unos es un sesgo cognitivo, para otros, una actitud disposicional o una creencia y para otros se trata de un juicio probabilístico sobre la ocurrencia de acontecimientos positivos y negativos en el futuro. Resultados metaanalíticos encuentran que los optimistas son más capaces de adaptar sus estrategias de afrontamiento a las necesidades impuestas por el estresor, obteniendo mejores resultados (Nes y Segerstrom, 2006) y es un potente predictor de buenos resultados de salud (Rasmussen, Scheier y Greenhouse, 2009). Probablemente esta sea la variable menos estudiada en el campo de la adicción, aunque puede estar relacionada con otras bien conocidas, como la resiliencia. La otra variable con gran capacidad predictiva es el afrontamiento centrado en la emoción, que se relaciona con altos niveles de estrés percibido, reflejando, probablemente, su inadecuación para la resolución de conflictos.

El presente trabajo presenta limitaciones. Por una parte, el muestreo consecutivo no proporciona resultados que puedan generalizarse. Sin embargo, el objetivo de este trabajo no era el establecimiento de baremos, sino el estudio psicométrico de un cuestionario. En este sentido, se exige un mínimo de 10 sujetos por ítem, algo que se ha superado ampliamente en este trabajo, alcanzando una relación de 15/1, por lo que el estudio factorial debe considerarse adecuado y sus resultados estables. En segundo lugar, de las muestras que han cumplimentado algunos cuestionarios complementarios son excesivamente pequeñas, lo que sugiere estudios con muestras más amplias para dar valor a los resultados obtenidos. Finalmente, se carece de estudios en poblaciones no clínicas que permitan obtener baremos e interpretar adecuadamente los alcanzados por la muestra clínica en tratamiento por adicción.

En definitiva, el VIP parece ser una herramienta útil en la evaluación psicológica, en la medida en que proporciona, en una sola administración, datos sobre un buen número de variables psicológicas críticas relacionadas con la adquisición, el mantenimiento y el abandono de la adicción. Su uso puede permitir el diseño individualizado de programas de tratamiento enfocados a las variables más relacionadas con la salud física y mental de quienes inician un tratamiento y puede ser utilizada como medida de cambio tras el tratamiento. Esta prueba ha mostrado adecuada validez de constructo, fiabilidad en sus escalas y validez predictiva sobre indicadores de salud. Es, por otra parte, una prueba gratuita, de libre disposición para los clínicos y fácil corrección e interpretación.

## Referencias

- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. T. (Eds.). (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en*

- adicciones. Guías clínicas socidrogalcohol basadas en la evidencia científica.* Barcelona, España: Socodrogalcohol.
- Beardslee, W. R., Chien, P. L. y Bell, C. C. (2014). Prevention of mental disorders, substance abuse, and problem behaviors: A developmental perspective. *Psychiatric Services*, 62(3), 247-254 <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.62.3.247>.
- Calderón, D. (2008). *Programa para mejorar las habilidades psicosociales con técnicas creativas. Intervención para jóvenes en tratamiento por drogadependencia* (Tesis Doctoral). Recuperado de [https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/234/Dr.\\_Calderon\\_Diana.pdf?sequence=1](https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/234/Dr._Calderon_Diana.pdf?sequence=1).
- Carreras, A., Almendros, C. y Carrobles, J. A. (2015). Variables predictoras del tratamiento de retirada de metadona en pacientes ambulatorios. *Psicología Conductual*, 23(1), 85-106.
- Chicharro Romero, J., Pedrero Pérez, E. J. y Pérez López, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19(2), 141-151. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/artic le/view/312>
- Cohen, J. (1973). Eta-squared and partial eta-squared in fixed factor ANOVA designs. *Educational and Psychological Measurement*, 33, 107-112. <http://dx.doi.org/10.1177/001316447303300111>
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Corbin, W. R., Farmer, N. M. y Nolen-Hoekesma, S. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: A mediated moderation model. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1912-1919. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.005>
- Cortés, M. T., Espejo, B., Dolz, L., Giménez, J. A. y Belda, L. (2009). *Desarrollo de un programa de prevención selectiva dirigido a jóvenes menores de 25 años sancionados por tenencia-consumo de drogas en la vía pública. Programa Mira'T.* Valencia, España: Universitat de València.
- De Ena de la Cuesta, S. y Pedrero Pérez, E. J. (2004). Diferencias de género en personalidad en consumidores de drogas en tratamiento: rasgos, trastornos y variables interaccionales ¿se justifican tratamientos diferentes? *Libro de Ponencias y Comunicaciones. Encuentro de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones. Género y Adicciones* (pp. 209-223). Chiclana de la Frontera, España: Diputación de Cádiz.
- De Ridder, D. T., Lensvelt-Mulders, G., Finkenauer, C., Stok, F. M. y Baumeister, R. F. (2012). Taking stock of self-control. A meta-analysis of how trait self-control relates to a wide range of behaviors. *Personality and Social Psychology Review*, 16(1), 76-99. <http://dx.doi.org/10.1177/1088868311418749>
- Ersche, K. D., Turton, A. J., Croudace, T. y Štochl, J. (2012). Who do you think is in control in addiction? a pilot study on drug-related locus of control beliefs. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 11(4), 173-223. <http://dx.doi.org/10.1097/ADT.0b013e31823da151>
- Gifford, E. y Humphreys, K. (2007). The psychological science of addiction. *Addiction*, 102(3), 352-361. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01706.x>
- Goldberg, D. y Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire.* Windsor, UK: NFER-Nelson.

- Kadden, R. M. y Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1120-1126. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032>
- Kramer, M. D., Krueger, R. F. y Hicks, B. M. (2008). The role of internalizing and externalizing liability factors in accounting for gender differences in the prevalence of common psychopathological syndromes. *Psychological Medicine*, 38, 51-61. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291707001572>
- Lizán L. y Reig A. (1999). Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Atención Primaria*, 24, 75-82.
- Mardia, K. V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*, 57, 519-530. <http://dx.doi.org/10.2307/2334770>
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Martínez-González, J. M., Albein-Urios, N., Lozano-Rojas, O. y Verdejo-García, A. (2015). Variables de interés clínico en el tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a la cocaína: Especificidad de los trastornos de la personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 115-123.
- Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J. y Tonigan, J. S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91(Suppl.1), S155-S172. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.91.12s1.7.x>
- Nes, L. S. y Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 235-251. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327957pspr1003\\_3](http://dx.doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_3)
- Pedrero Pérez, E. J. (2006). TCI-140: propiedades psicométricas, relación con el TCI-R y con variables de personalidad. Estudio de una muestra de adictos en tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 8(3), 155-167.
- Pedrero Pérez, E. J. (2007). El modelo de cinco factores y la estructura dimensional de los trastornos de la personalidad: estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI-II. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 116-125.
- Pedrero Pérez, E. J. (2008a). Personalidad y adicciones: relaciones empíricas desde diversos modelos teóricos e implicaciones para el tratamiento. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 6(1), 9-54.
- Pedrero Pérez, E. J. (2008b). El tratamiento de la dependencia de la cocaína «guiado por la personalidad». *Trastornos Adictivos*, 10(4), 226-241.
- Pedrero Pérez, E. J. (2010). Detección de adicciones comportamentales en adictos a sustancias en tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 12(1), 13-18.
- Pedrero-Pérez, E. J. y Díaz-Olalla, J. M. (2014). COOP/WONCA: fiabilidad y validez de la prueba administrada telefónicamente. *Atención Primaria*, avance online. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.010>
- Pedrero Pérez, E. J., López-Durán, A. y Olivar Arroyo, A. (2006). El trastorno negativista de la personalidad y su relación con el abuso de sustancias. *Trastornos Adictivos*, 8(1), 22-41.
- Pedrero-Pérez, E. J., López-Durán, A. y Olivar-Arroyo, A. (2011). Addiction: frontal personality change but not personality disorder comorbidity. Implications for treatment of addictive disorders. En M. E. Jordan (Ed.), *Personality Traits: Theory, Testing and Influences* (pp. 1-36). New York: Nova Science Publishers.
- Pedrero Pérez, E. J., Olivar Arroyo, Á. y Chicharro Romero, J. (2008). Cuestionario CAD-4: una

- medida biopsicosocial de la calidad de vida autopercebida en pacientes drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, 10(1), 17-31.
- Pedrero Pérez, E. J., Olivar Arroyo, Á. y Puerta García, C. (2007). El carácter como predictor de trastornos de la personalidad en adictos: la tipología caracterial de Cloninger y su abordaje psicosocial. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(3), 342-369.
- Pedrero Pérez, E. J., Pérez López, M., De Ena de la Cuesta, S y Garrido Caballero, C. (2005). Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas “guiado por la personalidad”. *Trastornos Adictivos*, 7(3), 166-186.
- Pedrero Pérez, E. J., Puerta García, C., Segura López, I. S. y Osorio del Río, S. O. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 176-191.
- Pedrero Pérez, E. J., Rojo Mota, G. y Puerta García, C. (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(4), 256-270.
- Pedrero Pérez, E. J., Rojo Mota, G. y Puerta García, C. (2009). Valores sociales y adicción a la cocaína: diferencias entre adictos en tratamiento y población no clínica. *Revista Española de Drogodependencias*, 34(2), 167-185.
- Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. Lozoya-Delgado, M. P., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M. y Puerta-García, C. (2015). La “Escala de Estrés Percibido”: Estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en tratamiento. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 23(2), 305-324.
- Pfefferbaum, A., Adalsteinsson, E. y Sullivan, E. V. (2006). Supratentorial profile of white matter microstructural integrity in recovering alcoholic men and women. *Biological Psychiatry*, 59(4), 364-372. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.06.025>
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F. y Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239-256. <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-009-9111-x>
- 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.
- Sánchez-López, M. P. y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843.
- Sariyska, R., Reuter, M., Bey, K., Sha, P., Li, M., Chen, Y. F., ... y Montag, C. (2014). Self-esteem, personality and Internet addiction: a cross-cultural comparison study. *Personality and Individual Differences*, 61, 28-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.001>
- Serrano-Gallardo, P., Lizán-Tudela, L., Díaz-Olalla, J. M. y Otero, A. (2009). Valores poblacionales de referencia de la versión española de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida en población adulta urbana. *Medicina Clínica*, 132, 336-343.
- Skevington, S. M., Sartorius, N., Amir, M. y THE WHOQOL Group. (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-004-0700-5>

