

**Construcción del instrumento de evaluación del riesgo de recaída en el consumo de
sustancias psicoactivas (RR-SPA) y pilotaje en una muestra de adolescentes
institucionalizados**

Eliana Vanessa Herrera Ballén

Martha Lorena Morales Villalba

Universidad de Cundinamarca

Facultad de Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias Políticas

Programa de Psicología

Facatativá, Cundinamarca

2019

**Construcción del instrumento de evaluación del riesgo de recaída en el consumo de
sustancias psicoactivas (RR-SPA) y pilotaje en una muestra de adolescentes
institucionalizados**

Eliana Vanessa Herrera Ballén

Martha Lorena Morales Villalba

Monografía para optar al título de Psicóloga

Ricardo Andrés Narváez Rodríguez

Director de monografía

Universidad de Cundinamarca

Facultad De Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias Políticas

Programa de Psicología

Facatativá, Cundinamarca

2019

Tabla de Contenido

Agradecimientos y Dedicatoria 6

Introducción..... 8

Planteamiento del problema..... 10

Indicadores de atención a la problemática de consumo en la institución Terciarios Junior Masculino 13

 Pregunta problema 14

 Objetivo general..... 14

 Objetivos específicos 14

Justificación 15

 Relevancia del problema..... 15

Marco epistemológico y paradigmático..... 20

Marco teórico..... 21

 Contexto histórico de la medición psicológica 21

 Construcción de instrumentos psicométricos..... 22

 Conceptualización de validez y confiabilidad desde la Teoría Clásica de los Tests (TCT).27

 Evaluación y medición del consumo de sustancias psicoactivas 31

 Modelos explicativos de la recaída..... 33

Modelo psicológico-ambiental de Marlatt y Gordon y Modelo de Litman. 34

 Conceptualización de recaída en el consumo de SPA 35

 Disparadores intrapersonales. 37

 Disparadores interpersonales. 41

Marco empírico..... 43

Marco legal	46
Lineamientos éticos	46
Marco metodológico	48
Diseño	48
Fase I. Planeación del instrumento.	49
Fase II. Construcción y revisión de ítems.	52
Fase III. Análisis psicométrico del instrumento.	55
Resultados	59
Fase I. Planeación del instrumento	59
Fase II. Construcción y revisión de ítems	62
Fase III. Análisis psicométrico del instrumento	65
Conclusión	91
Recomendaciones	97
Referencias	99
Apéndice A. Formato de consentimiento y asentimiento informado.....	110
Apéndice B. Ejemplo de formato de juicio de expertos.....	114
Apéndice C. Diagramación del instrumento para el pilotaje.	116
Apéndice D. Estructura final del instrumento RR-SPA.	120
Apéndice E. Diagramación final del instrumento.....	121

Lista de Tablas

Tabla 1. Indicadores de atención a la problemática de consumo en la institución Terciarios Junior	
Masculino.	13
Tabla 2. Instrumentos de evaluación asociados al consumo de SPA.....	32
Tabla 3. Resumen de los factores predisponentes para cada componente asociado a la recaída.	35
Tabla 4. Estructura de la prueba.....	61
Tabla 5. Redacción de ítem según la taxonomía.....	62
Tabla 6. Polarización de la prueba y algunos ejemplos de ítems.	63
Tabla 7. Estructura de la prueba para la fase de pilotaje.....	65
Tabla 8. Datos estadísticos descriptivos de las puntuaciones totales.....	67
Tabla 9. Porcentaje de ítems según los rangos de discriminación obtenidos.....	68
Tabla 10. Relación del rango de discriminación obtenido en cada una de las dimensiones y el porcentaje de ítems con discriminaciones superiores a ,30.	68
Tabla 11. Ítems de autoeficacia ordenados por discriminación.	71
Tabla 12. Ítems de craving ordenados por discriminación.....	73
Tabla 13. Ítems de factores de riesgo psicosocial ordenados por discriminación.....	76
Tabla 14. Ítems Estrategias de Afrontamiento.....	78
Tabla 15. Índice de viabilidad del análisis factorial con 94 ítems.	80
Tabla 16. de viabilidad del análisis factorial.....	81
Tabla 17. Total de varianza explicada con método de extracción por análisis de componentes principales (ACP), sin rotar y con rotación (ortogonal y oblicua).	82
Tabla 18. Total de varianza explicada con método de extracción por factorización de ejes principales (FEP), sin rotar y con rotación (ortogonal y oblicua).	83
Tabla 19. Matrices factoriales de los cuatro primeros componentes (ACP) y factores (FEP) sin rotación, con rotación ortogonal y rotación oblicua.....	87

Lista de figuras

Figura 1. Red Nomológica del instrumento RR-SPA..... 60

Figura 2. Distribución de edades de los participantes 66

Figura 3. Distribución de la edad de inicio de consumo de los participantes..... 66

Figura 4. Relación entre discriminación y dificultad de los ítems del instrumento RR-SPA..... 69

Figura 5. Relación de discriminación y dificultad de los ítems de la dimensión de Autoeficacia para mantener la abstinencia. 70

Figura 6. Relación de discriminación y dificultad de los ítems de la dimensión de craving..... 73

Figura 7. Relación de discriminación y dificultad de los ítems de la dimensión de factores de riesgo psicosocial. 75

Figura 8. Relación de discriminación y dificultad de los ítems de la dimensión de estrategias de afrontamiento..... 78

Figura 9. Comparación del gráfico de sedimentación de Análisis de Componentes Principales (ACP) sin rotar, con rotación ortogonal y rotación oblicua. 84

Figura 10. Comparación del gráfico de sedimentación de Factorización de Ejes Principales (FEP) sin rotar, con rotación ortogonal y rotación oblicua. 85

Agradecimientos y Dedicatoria

Llegar a este punto no fue nada fácil, la vida nos llevó por distintos caminos antes de pisar lo que sería nuestra Alma Mater, cuando llegamos por primera vez la UDEC estábamos llenas de dudas, de temores y con bastantes deseos de conocer lo que nos esperaba en esta carrera, sinceramente no calculamos ni la cuarta parte de lo que en realidad fue la experiencia universitaria. Hoy, con ansiedad y emoción por haber culminado una meta más en nuestras vidas, miramos atrás y decimos *¡Lo logramos!* Vencimos cada obstáculo y nos enfrentamos a nuestros más grandes temores (*malos hábitos e inseguridades*). Hemos terminado, ya estamos a punto de colgar en las paredes de nuestros hogares un título que nos costó gran esfuerzo y dedicación, pero detrás de ese pergamino y esa tinta impresa, están los esfuerzos de nuestros seres queridos. Así que primero que todo debemos agradecer a nuestros padres Sandra, Alberto, Flor y Mario por creer en nosotras, por alentarnos a ser mejores cada día, por decirnos siempre que sí podíamos lograrlo, por manifestarnos su orgullo... ¡POR EXISTIR! Ya fuese en nuestros corazones o estando físicamente, siempre sentimos su apoyo aun cuando no habían palabras pronunciadas; a nuestras hijas Violetha, Celesthe y Wayra, gracias por esperarnos cada día con esa sonrisa, por acompañarnos a clases, por darnos la energía que necesitábamos cuando queríamos dejar todo y estar sólo con ustedes porque sabemos soportaron días y noches enteras sin nuestra presencia o atención plena, todo eso será recompensado; a nuestros esposos Andrès y Mario por ser nuestro apoyo, siempre tan incondicionales y dispuestos a aportar en lo que más pudieran a nuestro proyecto, por ser esa rama que no dejaba que cayéramos cuando fuimos hojas secas; a nuestros compañeros de clase por ayudarnos a vivir este proceso de una forma divertida, cada ocurrencia son recuerdos que quedaran en nuestras memorias.

No cabe duda que para llegar donde estamos se necesitaron bases fuertes en la academia, por eso, este trabajo está dedicado a los que aportaron a formarnos como profesionales y también como personas, a William Celeita, Claudia Cardozo, Adriana Galeano, Marcela Falla, Jenny Bustos, Daniel Bonilla, Rafael Cortés y a los demás docentes que hicieron parte de nuestro proceso (gracias por la paciencia). Siempre, habrá que resaltar la labor de alguien especial y en esta ocasión es la de nuestro director de monografía el docente y amigo Ricardo Narváez, gracias por el acompañamiento y compromiso, por dedicarnos largas horas para orientarnos, por exigirnos, por creer en nuestras ideas y hacernos sentir orgullosas de nuestro propio trabajo, por la paciencia y el acompañamiento hasta el último día ¡Qué gran persona nos presentó la vida! A los jurados que dedicaron su tiempo a leernos y entender nuestras ideas, Rocio Barajas, Camilo Rodríguez, Ana Maria González y Hans Tovar sus criticas lograron su objetivo, construir y aportar conocimiento ¡*Gracias!*

Por último, pero no menos importante queremos agradecer y dedicar esta monografía a las personas que hicieron parte de ella, a la institución que nos acogió y nos brindó apoyo, moldeándonos profesionalmente durante toda nuestra práctica, a nuestros muchachos por dejarnos ser parte de su día a día, por hacernos comprender que la vida tiene pequeños detalles a los que debemos darles gran valor, a Camilo Reyes por enseñarnos que la pasión y la lealtad por nuestra profesión las debemos llevar tatuadas, por enseñarnos con amor y exigencia ¡Monstruo! Lo logramos y tú eres parte de esto. A los que no nombramos, pero hicieron parte de esta ruta mil y mil gracias.

Hoy podemos decir con orgullo ¡Somos psicólogas!

Eliana herrera y Lorena morales.

Introducción

En la actualidad se evidencia un aumento en el número de casos atendidos en la población infanto-juvenil debido al consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Los centros especializados para el manejo de las problemáticas derivadas del consumo (p. ej., abandono, deserción escolar, habitabilidad en calle, entre otros derechos vulnerados) han dado cuenta de que la recaída en el consumo de sustancias psicoactivas es una constante que mantiene los procesos de reinstitucionalización.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2013) o por sus siglas en inglés UNICEF, Colombia se encuentra entre los tres primeros países con mayor número de población infantil institucionalizada y, aunque este proceso permite mejorar las condiciones de vida de los usuarios y reducir la problemática asociada, diferentes estudios aseguran que la institucionalización puede tener repercusiones negativas. Lo anterior se debe a que el menor se encuentra en una restricción temporal de la libertad, aislado de su red familiar y contexto social, generando afectación en el desarrollo físico, cognoscitivo y afectivo que pueden reflejarse en problemas de conducta.

Como medida de contingencia para prevenir este fenómeno de institucionalización, la presente monografía tiene como propósito construir un instrumento que busque evaluar el riesgo de recaída de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes y brindar algunas evidencias empíricas de su funcionamiento psicométrico.

El instrumento (RR-SPA) se construyó para ser contestado usando una escala tipo Likert de cinco niveles de respuestas, que van desde *totalmente en desacuerdo* hasta *totalmente de acuerdo*, evaluando el riesgo de recaída a través de cuatro dimensiones: *craving*, autoeficacia

para mantenerse en abstinencia, estrategias de afrontamiento frente al consumo de sustancias psicoactivas y factores de riesgo psicosocial relacionados al consumo.

Se realizó un pilotaje en una muestra de adolescentes atendidos (en modalidad de internado) en los centros Terciarios junior masculino y Ciudad de la niña. Para tal fin, se establecieron las siguientes fases: 1) planeación del instrumento, 2) construcción y revisión de ítems y 3) análisis psicométrico del instrumento. En esta última fase los ítems fueron revisados en su contenido y analizados psicométricamente, estimando un indicador de confiabilidad por consistencia interna y una evidencia de validez de la estructura interna del instrumento. Finalmente, se establecieron las conclusiones y discusiones encontradas a partir del trabajo realizado.

Planteamiento del problema

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), como entidad pública encargada de la prevención, protección y atención a la primera infancia, tiene como objetivo velar por los derechos de la niñez, la infancia y la adolescencia que se encuentren en condiciones de amenaza, inobservancia o vulneración de sus derechos. El ICBF ha desarrollado diferentes estrategias que buscan mitigar la afectación causada por el consumo de sustancias psicoactivas en la población infantil. Una de estas estrategias es la creación de convenios con diferentes entidades que prestan sus servicios para la atención de niños, niñas y adolescentes que consumen sustancias psicoactivas. En Cundinamarca existen aproximadamente 23 centros de atención en modalidades de internado, externado-semicerrado y centro transitorio y la asignación del menor en cada una de estas modalidades de atención tiene en cuenta variables como: el nivel del consumo previamente evaluado, la identificación de vulneración de los derechos, las características de la red de apoyo, entre otros. Por ejemplo, la modalidad de internado es exclusiva para los adolescentes que son identificados en consumo problemático de SPA (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2018).

El proceso de institucionalización es la modalidad que emplea el ICBF como un modelo de atención externo al ambiente de origen familiar o red vincular, para los adolescentes que se encuentran con un alto grado de afectación en sus áreas de ajuste a causa del consumo de sustancias psicoactivas. La resolución 1518 del ICBF que reglamenta los lineamientos de atención para esta población, define algunos criterios para identificar el grado de afectación en los adolescentes y poder determinar si esta modalidad de atención es adecuada. Algunos de estos criterios están asociados al aumento de la dosis, frecuencia del consumo, presencia del síndrome de abstinencia e intentos fallidos por abandonar el consumo, criterios que se deben haber

presentado en un periodo de 12 meses antes de la evaluación. Luego de esto, los adolescentes que requieran ser atendidos en la modalidad de internado son remitidos, ya sea directamente a un centro especializado para problemáticas de consumo, o a centros de emergencia (mientras se les asigna un cupo). Este proceso podrá tener una duración entre los seis y ocho meses, dependiendo de la evolución del caso, que queda a disposición de la defensora de familia asignada (ICBF, 2011; ICBF, 2016).

Entre las entidades que funcionan como centros especializados para problemáticas de consumo en población infanto-juvenil se encuentran los centros de la *congregación religiosa Terciarios Capuchinos*, quienes están orientados a salvaguardar en diferentes modalidades a la infancia, niñez y adolescencia del país. Varias de estas instituciones se especializan en las problemáticas de consumo de sustancias, albergando niños, niñas y adolescentes a nivel nacional.

Los programas ofertados por estos centros no están enmarcados como programas de rehabilitación y, por ende, su función principal no es garantizar la total recuperación del adolescente, puesto que su objetivo, en principio, es el restablecimiento de los derechos vulnerados. Además, la problemática podría reaparecer cuando el adolescente regrese a su contexto habitual, ya que hay variables que inciden en la recaída y que no pueden ser controladas por el plan de atención de las instituciones. Aun así, este plan entrena al adolescente en el desarrollo de habilidades para la vida (como la toma de decisiones, estrategias de afrontamiento, comunicación asertiva y prácticas de autocuidado) que servirán como factores protectores en el adolescente al momento de la culminación del proceso de institucionalización.

Actualmente, para evaluar las problemáticas asociadas al consumo se utilizan test, escalas, cuestionarios, entrevistas y otros instrumentos cuyo objetivo es evaluar la afectación desde dos

grandes clasificaciones; una de forma general orientada a la identificación del consumo, uso y tipo de sustancias, afectación de áreas de ajuste, comportamientos de riesgo y enfermedades de transmisión sexual e identificación de factores de riesgo y otra que permite evaluar el consumo o predecir el riesgo de forma particular dirigida a dimensiones relacionadas con la problemática como el deseo por consumir (*craving*), autoeficacia, motivación para el cambio, estrategias de afrontamiento, impulsividad y calidad de vida (Beck & Emery, 1977; Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg & Jackson, 1983; Durán y Becoña, 2006).

Existe un gran número de instrumentos para evaluar esta problemática teniendo en cuenta aspectos generales y particulares, aun así, son escasos los instrumentos dirigidos a la evaluación del riesgo de recaída y, aunque las cifras indican una alta tasa de vulnerabilidad en el consumo de sustancias en la población adolescente, la mayoría de los instrumentos se focalizan en la etapa de la adultez. Es por esto que el RR-SPA se enmarca en la línea de investigación del desarrollo humano, ya que considera que la etapa de la adolescencia es un ciclo crucial para trabajar en la prevención, la identificación y el tratamiento de los aspectos relacionados con el consumo, aportando posiblemente a la reducción de los procesos de reinstitucionalización en los centros de protección de derechos especializados en consumo problemático ofertados por el Estado.

Finalmente, es pertinente identificar las características de la población adolescente institucionalizada, así como evaluar la efectividad en los programas implementados en los centros de atención, con el fin de reducir la tasa de reincidencia del menor en la atención para problemáticas de consumo. Esto resulta complejo al no existir documentación oficial que respalde la situación de los adolescentes institucionalizados con indicadores o estadísticas relacionadas (Unicef, 2013).

A pesar de no contar con estas cifras a nivel nacional, los pocos registros que se tienen (p. ej., de la institución Terciarios Junior Masculino, (tabla 1) sugieren un porcentaje considerable de casos de reinstitucionalización, lo que convierte a los adolescentes en usuarios frecuentes del ICBF bajo esta modalidad. Por esta razón, surge la necesidad de evaluar el riesgo de recaída en el consumo de sustancias psicoactivas, en los adolescentes que se encuentran institucionalizados actualmente en estos centros. Para ello, se requiere un instrumento objetivo para la evaluación de este riesgo y proporcionar una primera evidencia de su funcionamiento psicométrico para garantizar la calidad de las inferencias que se hagan sobre él.

Tabla 1.

Indicadores de atención a la problemática de consumo en la institución Terciarios Junior Masculino.

Modalidad	% Población atendida	% Población atendida por proceso único (<i>no hay reinstitucionalización</i>)	% Población atendida por varios procesos (<i>hay reinstitucionalización</i>)
Consumo problemático de SPA	97.7 %	30.5 %	67.2 %

Nota. Indicadores en el periodo febrero/ marzo 2018, con un total de 83 adolescentes institucionalizados.

Se espera que este instrumento permita conocer el riesgo de recaída en el consumo de SPA que presentan los adolescentes institucionalizados y que, a su vez, estos resultados impacten los procesos brindados por las instituciones, otorgando datos objetivos para analizar los planes de trabajo de los centros de atención especializada, identificar las áreas en las que se debe intervenir para mitigar el riesgo de recaída y promover la toma de decisiones en cuanto a los tratamientos y protocolos para la permanencia o egreso de los adolescentes.

Pregunta problema

¿Los indicadores psicométricos hallados en esta investigación sustentan empíricamente el uso del instrumento RR-SPA?

Objetivo general

Brindar las primeras evidencias empíricas del instrumento RR-SPA, que evalúa el riesgo de recaída en el consumo de sustancias psicoactivas en población adolescente institucionalizada, con el fin, de respaldar su uso.

Objetivos específicos

Para lograr el objetivo general, se proponen los siguientes objetivos específicos: 1) suministrar evidencias de validez de contenido del instrumento a través de un juicio de expertos, 2) proporcionar evidencias de confiabilidad por consistencia interna del instrumento y 3) generar evidencias de validez de estructura interna del instrumento a partir de un análisis factorial exploratorio.

Justificación

Relevancia del problema

Con mayor regularidad, los instrumentos de evaluación psicométrica son utilizados hoy en día para varios propósitos, que abarcan (entre otros) la evaluación de competencias en los procesos de selección del personal, la evaluación de satisfacción con la vida y la evaluación del clima escolar en instituciones educativas (González, 2007; Malo, 2008). Cada vez se hace más necesario determinar, de una forma objetiva, los procesos, situaciones o constructos a los que las personas se ven constantemente enfrentadas en la sociedad. En el desarrollo de esta monografía se expondrá la necesidad de evaluar el riesgo de recaída en el consumo de sustancias psicoactivas por medio de un instrumento psicométrico.

Mundialmente, se han reconocido algunas problemáticas asociadas a la producción, comercialización y consumo de SPA y que generan daños a nivel social (inseguridad, aumento de tasa de habitabilidad en calle, aumento de costos económicos para el Estado que conlleva una adicción), a nivel físico (enfermedades como cáncer, cirrosis, enfermedades vasculares, pulmonares, cardíacas, VIH SIDA, e incluso, muerte fetal), a nivel psicológico (pérdida de relaciones familiares o afectivas, aumento de niveles de dependencia, ansiedad, depresión, deterioro del funcionamiento mental, ideación suicida), e inclusive, a nivel ambiental (deforestación, contaminación de los recursos hídricos, daño a los ecosistemas, impacto en la biodiversidad y concentración de metales tóxicos como plomo y cobre en los ríos), y que siguen manteniendo una alta tasa de afectados (Bernex, 2009; Dirección de Antinarcóticos, 2014; Salazar, 2008; Romo-González y Larralde, 2013; Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera, 2017).

El fenómeno de las sustancias psicoactivas genera daños de tal magnitud, que incluso desde el ámbito penal se han implementado medidas drásticas como la pena de muerte por importación,

venta, exportación o posesión de estupefacientes en algunos países como China, Indonesia, Brunet, Siria y Taiwán (Cárdenas, 2017; El Espectador, 2017). Asimismo, varias disciplinas de las ciencias sociales y de la salud trabajan constantemente en el desarrollo de medidas que disminuyan los daños causados por este fenómeno.

Con referencia a estudios epidemiológicos y a las problemáticas asociadas al consumo de SPA, la psicología ha participado en investigaciones que buscan identificar la predisposición genética a las adicciones y su afectación al Sistema Nervioso Central, los efectos psicosociales de su consumo, los factores de riesgo y prevalencia asociados (como conductas delictivas, nivel socioeconómico, entre otros) y los modelos que conlleven a desarrollar estrategias de prevención (Bedoya y Arango, 2012; Castro, Cortés, Gaitán, Orozco, Riaño, Ríos y Soto, 2002; Ugedo y Ruiz, 2000; Salcedo y Pérez, 2007).

La investigación en este campo ha sido amplia y ha otorgado resultados fructíferos para la comprensión de este fenómeno y el desarrollo de programas, tanto de intervención y tratamiento del consumo de SPA, como de evaluación y diagnóstico de la adicción. Para este último, la psicometría ha aportado en la adaptación de test psicológicos, estandarización de pruebas y la construcción de nuevos instrumentos de medición (Ardila, 2004).

Existen escalas de tamizaje y cuestionarios que permiten, por ejemplo, detectar el abuso de SPA (como la DAST-10) o entender los motivos del consumo (como el Marihuana Motives Measure MMM), y que arrojan puntuaciones que se han implementado en investigaciones que buscan explorar las diferencias de niveles de consumo bajo algunas condiciones sociodemográficas (como sexo, edad, nivel socioeconómico, escolaridad) o la relación que tiene el consumo con otros constructos o variables (por ejemplo, la personalidad, tipología familiar, entre otros), permitiendo comprender aspectos diversos de la huella que deja esta problemática

en la sociedad (Matali, Simons, Pardo, Lleras, Pérez & Andión, 2017; Gómez-Maqueo, Gómez, Morales y Pérez, 2009; Calvete y Estévez, 2009; Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino, 2008).

En Colombia, las cifras de personas con problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas son altas; según el último análisis del Suispa (Sistema Único de Indicadores sobre consumo de Sustancias Psicoactivas), para finales del año 2014 se registraron 9.733 casos de atención por drogodependencia en centros y servicios de tratamiento y, resulta alarmante, que el 31% de población atendida para ese año fueran menores de 18 años, con un promedio de edad de iniciación en el consumo de 13, 6 (Observatorio de drogas de Colombia, 2014; Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Junto al reporte estadístico generado por el Suicad (sistema basado en centros y servicios a la persona consumidora de sustancias psicoactivas), subsistema del Suispa que brinda información en tiempo real, para el 23 de enero del 2019 se confirmó que el indicador de casos atendidos aumentó a 41.001 personas, evidenciando que el 43.3% correspondía a menores de edad entre los 6 y los 18 años. Esto evidencia que la población de infancia y adolescencia es una de las más afectadas por el fenómeno de las sustancias psicoactivas y que ha aumentado el número de víctimas con los años.

Debido a la afectación generada por la problemática del consumo a este grupo poblacional (infancia-adolescencia), se han asignado entidades encargadas como el ICBF y el Departamento de policía de infancia y adolescencia para la ejecución de programas y leyes que beneficien a la población, buscando su bienestar con campañas para la prevención o tratamiento del consumo de SPA.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, el ICBF (2016) considera pertinente aplicar instrumentos como el cuestionario AUDIT-10 y el ASSIST (utilizados en la detección de problemas relacionados al consumo de alcohol), o el DAST-10, (utilizado como tamizaje para identificar el abuso de SPA y problemas médicos o psicológicos asociados al consumo), para identificar el grado de afectación generado por estas problemáticas y poder determinar la modalidad de atención requerida para su intervención (p. ej., internado, externado). Aun así, existe la necesidad de evaluar la efectividad de los programas ofertados por el ICBF en cada modalidad, con instrumentos adaptados a la población adolescente institucionalizada y que contemplen un marco teórico lo suficientemente robusto para respaldar los resultados encontrados. Esta necesidad no es ajena al riesgo de recaída, por ser una variable relevante para el tratamiento de la problemática de consumo y no contemplarse en las evaluaciones que tradicionalmente implementa esta institución. Más aún, es necesario que este constructo se evalúe de una manera confiable y válida en una población con las características propias de un proceso de institucionalización y en un ciclo de vida crítico, como lo es la adolescencia.

Pertinencia con el campo disciplinar y línea de investigación del programa

La etapa de la adolescencia es un ciclo importante en el desarrollo del ser humano, caracterizado por diversos cambios a nivel físico y psicológico. Esta transición de la niñez a la adultez genera un alto grado de vulnerabilidad en las personas que se enfrentan a problemáticas que influyen en el contexto en el que se encuentran, como el fenómeno del consumo, por ejemplo, que es amplio y tiende al aumento en la población adolescente. Aspectos como la influencia y la presión social, el *bullying* y algunas características sociodemográficas como la extrema pobreza, el abandono y los bajos niveles de educación, son algunos de los que se pueden ver relacionados con el consumo de sustancias en la adolescencia.

En Colombia existen organizaciones gubernamentales (p. ej., el ICBF) y otras no gubernamentales, con y sin ánimo de lucro, que han sido designadas para abordar la problemática de consumo, entre otras adicciones. Aun así, el aporte institucional a esta problemática se ve limitado pues, el mantenimiento del consumo es tan complejo, que se deben tener en cuenta fenómenos como el narcotráfico, el microtráfico y la delincuencia, al estar relacionados directamente con el consumo de sustancias y, de las cuales, su control o manejo se sale del alcance de los profesionales de la salud.

La zonal ICBF Facatativá es la entidad encargada de proteger la infancia y adolescencia en Cundinamarca y desde allí se asignan algunos de los cupos para adolescentes con consumo problemático a instituciones especializadas. Esto permite que, al estar dentro de la región, la universidad de Cundinamarca logre generar un convenio de prácticas con los centros de protección de la congregación Terciarios Capuchinos, permitiendo que los estudiantes de últimos semestres generen proyectos de práctica o estudios que aporten e impacten desde su quehacer a las poblaciones atendidas en la sabana occidente de este departamento.

El presente estudio está enmarcado desde la línea del desarrollo humano (propuesta por el programa de psicología de la Universidad de Cundinamarca) y podría contribuir a la generación de conocimiento que aporte desde la evidencia empírica a la estructuración de políticas públicas, investigaciones, tratamientos, evaluaciones y seguimiento de los procesos ofertados por el Estado para el manejo de la problemática de consumo en niños, niñas y adolescentes.

Marco epistemológico y paradigmático

La construcción de instrumentos de medición se afianza dentro de una línea de pensamiento positivista, defendiendo el uso del método científico para conocer la realidad y buscando la objetividad y la precisión de lo investigado a través del análisis de sus resultados por medio de procedimientos matemáticos y estadísticos.

El paradigma filosófico empírico-analítico guía la construcción metodológica de la presente monografía, sustentándose en la observación de los hechos y la experiencia, a partir, de técnicas cuantificables. La construcción de un instrumento psicométrico implica una serie de métodos sistemáticos que permiten conocer la realidad o constructo a evaluar. Este paradigma, concibe la existencia de atributos y rasgos del individuo que no se observan de manera directa, pero son susceptibles a ser medidos a través de indicadores, permitiendo evaluar aspectos generales desde una perspectiva nomotética.

Esta construcción se produce en una serie de pasos análogos al método científico; en un principio, se debe definir el objetivo de la evaluación y la variable que se pretende medir (constructo o atributo), se plantean unos indicadores observacionales que permitan evaluar los rasgos o atributos (hipótesis), se realiza el pilotaje del instrumento, con el fin de poner a prueba la presencia de los indicadores y su relación con el constructo, haciendo una aproximación a la realidad (experimentación) y, por último, se realiza el análisis de los indicadores psicométricos para definir la bondad del instrumento (resultados). Siendo la psicometría una disciplina de la psicología, es importante tener en cuenta que en este tipo de investigaciones el objeto de estudio no son directamente los sujetos evaluados, sino el instrumento de evaluación en sí mismo.

Marco teórico

Contexto histórico de la medición psicológica

La psicología ha logrado alcanzar un estatus dentro de las ciencias sociales y de la salud, debido al uso de métodos y herramientas que permiten proporcionar datos empíricos que comprueben sus teorías planteadas. Uno de estos métodos es la medición, en donde se obtienen diferentes grados de la expresión de un fenómeno a partir de la asignación numérica a propiedades o atributos, y que ha sido de gran utilidad para comprender aspectos psicológicos desde una perspectiva objetiva (Stevens, 1946; Barbero, Abad y Holgado 2006; Sulbarán, 2009; Martínez, Hernández y Hernández, 2014).

Durante la primera mitad del siglo XX, la psicología diferencial se interesó por obtener conocimiento a partir de la comparación de las diferencias individuales o grupales, impulsando la creación de instrumentos que permitieran la medición de constructos como la inteligencia y la personalidad (Aragón, 2015; Pérez y Olaz, 2008). La psicometría estuvo influenciada por el interés de evaluar variables psicológicas por medio de instrumentos, posicionándose como la disciplina de la psicología encargada de medir y cuantificar de manera objetiva los atributos psicológicos. Los test psicométricos se han postulado como una herramienta poderosa con la que cuentan los psicólogos para establecer medidas objetivas, apoyándose en las matemáticas para la validación de las inferencias que se realicen a partir de ellos. Estos instrumentos deben ser utilizados de forma ética y profesional, teniendo toda una base teórica que fundamente su aplicación, o de lo contrario, perdería su función evaluativa (Malo, 2008; Muñiz, Hernández y Ponsoda, 2015).

Construcción de instrumentos psicométricos

La construcción de instrumentos psicométricos se ha posicionado como una necesidad de la psicología para realizar evaluaciones, diagnósticos o diseñar posibles tratamientos desde una mirada ecuánime. Los estudiosos del área de la psicometría han dado aportes fundamentales para la evaluación de trastornos psicológicos, la identificación de variaciones a nivel cognitivo y evidenciar las diferentes manifestaciones de los cambios generados en los tratamientos, p. ej. haciendo que la labor de los profesionales y de las evaluaciones realizadas tengan una evidencia teórico-argumentativa y empírica que permitan sustentar de una forma clara y organizada las inferencias que se hagan de sus resultados (Pita y Pértigas, 2009).

Construir un instrumento de evaluación requiere de un trabajo estructurado y minucioso. En primera medida, se debe tener claridad de lo que se pretende evaluar, la población a la cual se dirige el instrumento y la delimitación de su utilidad. Posteriormente, se inicia con la conceptualización teórica del constructo, su operacionalización y la construcción de los ítems. De esta manera, se da paso a la fase de pilotaje y la revisión de la confiabilidad y validez de las inferencias que se hagan del instrumento (Barbero, Abad y Holgado, 2006; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019). Para la construcción de un instrumento de evaluación se debe seguir una secuencia estructurada de procedimientos. Muñiz y Fonseca-Pedrero (2019) sintetizan en diez pasos en la construcción de un instrumento: marco general, definición de variable de medida, especificaciones, construcción de los ítems, edición, estudio piloto, selección de otros instrumentos de medida, aplicación del test, propiedades psicométricas y versión final del test. Estos pueden variar de acuerdo con el modelo psicométrico, el propósito del instrumento, contexto de evaluación, el tipo de respuesta o formato de aplicación. A continuación, se sugieren las principales fases para tener en cuenta en el proceso de construcción de un test: definición de

su finalidad, especificación de las características del test, construcción de los ítems, revisión por un grupo de expertos y planeación de la prueba piloto.

Finalidad del test.

La construcción del instrumento inicia con la delimitación del objetivo del test, especificando cuál es su utilidad y la población a la cual va dirigida, así como el constructo o dominio que se quiere medir. En los test de ejecución típica se evalúan actitudes, creencias, constructos entre otros aspectos psicológicos, mientras que en los test de ejecución máxima se evalúan habilidades, desempeño y dominios. La delimitación del constructo y sus procesos deben contener un respaldo teórico (incluyendo la definición operacional) y se puede hacer uso de una red nomológica, cuyo propósito va orientado a obtener una comprensión detallada sobre el constructo (Abad, Garrido, Olea y Ponsoda, 2006; Pérez y Calleja, 2016).

Especificación de las características del test.

En esta fase se realiza la estructura de la prueba, constituyéndose como la base para la construcción de los ítems. La estructura de la prueba debe contener una estrecha relación con el marco teórico adoptado y la definición conceptual del constructo o dominio. Generalmente se presenta la estructura de la prueba en una tabla con divisiones y subdivisiones, detallando el contenido de la prueba, la categorización de los procesos implicados o la taxonomía desde la cual se va a evaluar el atributo o dominio. También se debe precisar si cada proceso o dimensión presenta el mismo nivel de importancia o si, por el contrario, predomina un proceso frente al otro. De ser así, se establece una ponderación diferencial a cada proceso que permita definir el porcentaje de ítems para cada categoría. Finalmente, se detalla si es una prueba de lápiz y papel o de ejecución, la forma de administración (individual o colectiva) y la extensión de la prueba (teniendo en cuenta los límites de tiempo, nivel de lectura de los examinados y dificultad de los

ítems). Para el número total de ítems que va contener, es recomendable incluir aproximadamente un 20% de reactivos adicionales de los que se han estimado, para tener una cantidad adecuada que posibilite la depuración en la versión final (Aiken, 2003; Herrera, 2008).

Construcción de los ítems.

Culminada la fase anterior, se selecciona el tipo de ítems que se van a emplear en el test. El ítem representaría la unidad de medida dentro del test global y puede presentarse en diferentes formatos. Existen dos categorías en las que se pueden clasificar los ítems de acuerdo con la forma de respuesta que se les exige a los participantes: ítems de elección e ítems de construcción. El primero se caracteriza por contener respuestas cerradas en la que el participante debe elegir una o varias alternativas de respuesta; y en la segunda categoría, el participante debe elaborar su propia respuesta. En cada una de estas categorías hay diferentes tipos de formatos de respuesta (p. ej., las preguntas abiertas comúnmente se utilizan para los ítems de construcción y los formatos de elección múltiple, elección alternativa, emparejamiento, entre otros, se utilizan en ítems de elección). En los tests de ejecución típica usualmente se utiliza el formato con respuestas dicotómicas (acuerdo/desacuerdo), respuestas tipo Likert y lista de adjetivos bipolares, y para los test de ejecución máxima generalmente se usa el formato de ítem abierto y cerrado. (Muñiz, 1996; Osterlind, 1998; Moreno, Martínez y Muñiz, 2014). Luego de haber definido el tipo de formato de respuesta de acuerdo con los objetivos de la prueba, el constructo o dominio a evaluar y la estructura del test, se procede a redactar los ítems. En este procedimiento se ha de tener en cuenta las reglas gramaticales, puesto que afectaría la comprensión del test, alterando las respuestas de los sujetos y, por ende, el objetivo de evaluación. Además, se debe evitar la ambigüedad en los enunciados, el uso de dobles negaciones, los términos de difícil comprensión para la población a la cual va dirigida, encadenar

ítems con otros ítems y utilizar términos peyorativos. Otro elemento que puede incidir negativamente en el test son los enunciados con respuestas sesgadas, las cuales se entienden como aquellas que aumenta la probabilidad de que los sujetos la elijan independientemente de su opinión (Barbero, Abad y Holgado 2006; Abad, Garrido, Olea y Ponsoda, 2006). Los sesgos de respuestas (como la aquiescencia, el sesgo de deseabilidad social, el sesgo de indecisión y el sesgo de respuesta extrema) se deben evitar al máximo en el proceso de construcción de la prueba, ya que este comportamiento no permite discriminar el constructo a evaluar. *La aquiescencia* hace referencia a la tendencia del sujeto a responder de forma indiscriminada o polarizada hacia el acierto o fallo independientemente del contenido; este sesgo se puede minimizar redactando ítems de modo directo e inverso (afirmaciones en sentido positivo y en sentido negativo). El sesgo de *deseabilidad social* indica que el sujeto tiende a responder en función de lo que considera socialmente aceptable y no desde su criterio. El sesgo de *indecisión* se presenta cuando el sujeto busca responder de una forma neutral (es decir, en el punto medio de la escala Likert: ni de acuerdo ni en desacuerdo). Por último, el efecto de *respuesta extrema* indica que el evaluado puede responder de forma independiente al contenido del ítem, puntuando en los extremos de la escala (Meneses, Barrio, Bonillo, Cosulluela, Lozano, Turbany y Valero, 2013; Educational Testing Service, 2014; Martínez, Hernández, y Hernández, 2014).

Revisión por un grupo de expertos.

El proceso de revisión de los ítems se realiza por medio del juicio de expertos, el cual ha sido ampliamente utilizado como técnica de validación de contenido y que consiste en consultar a un grupo de expertos (con conocimiento del constructo o dominio, el campo y la población al que va dirigido el instrumento), con el fin de estimar errores de infra o sobrerrepresentación del constructo, aunque esta estimación puede variar de acuerdo con la relevancia (ponderación)

asignada al proceso descrito en la estructura de la prueba; y por su parte, los expertos en medida realizan revisiones a nivel metodológico. Es pertinente incluir expertos cuyo conocimiento esté orientado a las particularidades de la población, con el fin de evitar sesgos en el test que pueden ocasionarse con la utilización de ciertos términos (Muñiz, 1996).

Planeación de la prueba piloto.

La prueba piloto permite examinar el funcionamiento del instrumento en una muestra de participantes. Para que este funcionamiento sea coherente con los objetivos de la evaluación, se debe estimar aspectos relacionados al tamaño y características de la muestra, así como el tipo de muestreo que se va a utilizar (Herrera, 1998). En esta fase se recomienda considerar las características de la muestra, las instrucciones de administración y el formato de presentación y de registro de respuestas.

En primera medida, la muestra debe ser representativa de la población a la que se le va a aplicar el test. Las instrucciones de administración del test deben ser lo suficientemente claras para que el evaluado comprenda lo que debe hacer y varían de acuerdo con el tipo de prueba que se va a suministrar (p. ej., en una prueba de ejecución máxima de velocidad, en las instrucciones se podría incluir el tiempo que tiene el evaluado para ejecutar la prueba o si el nivel de dificultad va aumentando a medida que va desarrollando el test). En las instrucciones también se puede incluir ejemplos de los ítems, proporcionando información de cómo se puede presentar las respuestas. Es importante incentivar al examinado a responder completo el test. Igualmente, el formato de presentación y registros de respuestas deben ser claros para el participante, evitando que puedan presentarse errores involuntarios (omitir la lectura de una pregunta o confundir las casillas de respuestas). Los datos personales del participante se deben solicitar al comienzo de la prueba y, de ser necesaria la anonimidad del participante, se sugiere emplear una clave de

identificación. Luego de haber culminado las fases de construcción de un instrumento psicométrico, se procede a realizar el estudio piloto de la prueba, el cual permite examinar su funcionamiento en una muestra de participantes (Barbero, Abad y Holgado 2006).

Conceptualización de validez y confiabilidad desde la Teoría Clásica de los Tests (TCT)

Desde su inicio, la construcción de un instrumento de medición psicométrica buscará cumplir con los estándares de validez y confiabilidad, que corresponden a criterios que deben ser juzgados en un instrumento para verificar su solidez psicométrica.

Desde la Teoría Clásica de los Tests (TCT), la confiabilidad se refiere al grado en que las puntuaciones de la prueba son precisas, consistentes y homogéneas; es decir, que las medidas sean estables y minimicen al máximo la variabilidad cada vez que el proceso de medición se repita (Prieto y Lozano, 2015).

Por otro lado, la validez ha venido cambiando en su conceptualización. Tradicionalmente, se ha visto como el grado en que una prueba está midiendo lo que su marco referencial comprende como atributo objetivo. Este concepto se ha ido interpretando desde una fragmentación de la validez, clasificada en validez de contenido, de criterio y de constructo (González, 2007; Alfaro y Montero, 2013). Sin embargo, actualmente se concibe una visión unificada, considerándola como una sola propiedad que no es exclusivamente inherente al instrumento y que está mediada por sus usos, la forma en que se administra el instrumento y el objetivo de la interpretación que se le asigna (Elosua, 2003; AERA, APA & NCME, 2014). En cuanto a este concepto, no se ha llegado a un consenso en si solo está sujeto a las propiedades del instrumento, o si implica también los usos que se le dan y las consecuencias que se puedan derivar de su uso.

Teoría Clásica de los Tests (TCT), Teoría de la Respuesta al Ítem (TRI) y análisis factorial

Los instrumentos psicológicos se han sustentado desde dos grandes teorías para su análisis: la Teoría Clásica de los Test (o TCT), que centra su atención en el error de medida (e), pues afirma que, si la prueba no tuviese un error en la estimación del constructo, se podría concluir que la puntuación obtenida en un test (X) sería igual a la puntuación verdadera (V) de la persona (considerando como fórmula básica $X = V + e$). Siguiendo esta fórmula, se puede decir que, a menor error de medida, mayor semejanza se hallará entre la puntuación verdadera y la observada. Esta teoría puede ser utilizada en los distintos campos de aplicación para la construcción e interpretación de tests psicológicos. Cabe resaltar que la TCT aporta el modelo estadístico que fundamenta las puntuaciones obtenidas en los test, permitiendo estimar los errores de medida asociados a todo proceso de medición (Muñiz, 2010).

Por otra parte, la Teoría de la Respuesta al Ítem (o TRI) es un modelo estructural que relaciona matemáticamente la respuesta de cada ítem del instrumento con el nivel del rasgo o aptitud del evaluado. A diferencia de la TCT (donde sus supuestos son falsables), en la TRI los supuestos planteados pueden comprobarse empíricamente. Un ejemplo de ello es la forma en que se evalúa la precisión de la medida en un test, donde en la TCT se revisa el error típico de la medida para todo el test (sin tener en cuenta la independencia de cada ítem), lo que en la TRI se mitiga, ya que se pueden hacer comparaciones entre sujetos o entre ítem, obteniendo el rasgo latente de cada uno (pues los puntajes obtenidos no dependen del conjunto de ítems del test para describir la habilidad o la presencia del constructo que tiene el evaluado); es decir, que se revisa la medida de precisión de cada índice de habilidad o presencia de constructo del evaluado para lograr el éxito o fallo ante cada ítem (Martínez, Hernández y Hernández, 2014). Finalmente, estas teorías se complementan para analizar las propiedades psicométricas del instrumento: la

primera, considerando el test como una unidad indivisible, y la segunda, permitiendo evaluar la calidad de los ítems de manera independiente entre ellos. El análisis de los ítems desde la TCT se enfoca desde el conjunto de ítems, puesto que la calidad del total de los ítems representará la calidad de la prueba, aunque no se puede desestimar las propiedades del ítem, ya que estos son ejes fundamentales en la prueba misma. Las propiedades de los ítems pueden evaluarse mediante algunos índices estadísticos como la discriminación y la dificultad. La discriminación del ítem proporciona información entre los examinados con altas y bajas características del criterio evaluado; es decir, un ítem eficaz en esta propiedad revelaría que los sujetos que presenten el criterio evaluado tiendan a obtener puntuaciones altas. Este fenómeno sucedería de manera inversa para los examinados que presenten bajas características del criterio; en el caso de que el ítem no permita diferenciar entre los examinados en función del dominio o constructo evaluado, el ítem no estaría discriminando, lo que indica que debe ser eliminado. La discriminación usualmente guarda relación con la dificultad del ítem, ya que los ítems que mejor discriminan se suelen ubicar en dificultad media (Abad, Garrido, Olea y Ponsoda, 2006).

Existen otro tipo de análisis psicométricos que se pueden efectuar desde técnicas estadísticas multivariadas, como el análisis factorial exploratorio (AFE), el cual busca obtener información sobre la estructura interna del instrumento mediante la reducción de ítems que se encuentren altamente correlacionadas, posibilitando la explicación del conjunto de variables en factores o componentes que los agrupan. En el análisis factorial confirmatorio (AFC), el investigador formula hipótesis, evaluando cómo los factores se están organizando desde la teoría. En términos globales, el análisis factorial tiene como objetivo evidenciar las dimensiones de variabilidad o factor común existente (Méndez y Martínez, 2012).

Para realizar un AFE se debe identificar la viabilidad para realizar este procedimiento a partir de la evaluación de la matriz de correlaciones existentes entre los ítems. Si esta matriz presenta pares de ítems con altos valores de correlación entre sí (usualmente, por encima de .30), sería un indicador para realizar este proceso. Otro aspecto que se puede tener en cuenta para determinar su viabilidad es la prueba de esfericidad de Barlett, que consiste en evaluar la ausencia de correlación significativa entre las variables, revisando el ajuste entre la matriz de correlaciones y una matriz identidad. Por último, se puede hacer uso del test Kaiser Meyer Olkin (KMO), que evalúa si la relación parcial entre dos ítems es menor o mayor que las correlaciones totales. Luego de comprobar la aplicabilidad del AFE, se inicia con el proceso, el cual implica el seguimiento de cuatro fases: preparación, factorización, rotación e interpretación (Yela, 1997).

La fase de **preparación** está relacionada con lo mencionado anteriormente en el apartado de la finalidad del test: se debe delimitar el problema y tener claridad de lo que se pretende evaluar. La fase de **factorización** tiene en cuenta la covarianza entre los ítems y, a partir de ella, identifica la varianza que es explicada por las diferentes formas de agrupar o factorizar los ítems. Esta varianza se clasifica en: varianza común o *comunalidad* (compartida con otros ítems), varianza específica o *especificidad* (solo puede explicarse desde la misma variable y no en relación con otras), el *error de varianza* (atribuible al error aleatorio) y, por último, la *varianza total* (la cual corresponde a la sumatoria de las otras varianzas). Para la fase de factorización usualmente se utilizan dos métodos en psicometría: *factorización de ejes principales* (que tiene en cuenta solo la varianza común entre los ítems y es adecuado para estimar nuevos factores) y *análisis de componentes principales* (el cual considera la varianza total y es adecuado para reducir variables). La fase de **rotación** permite establecer un cambio de referencia para la interpretación de las relaciones entre los factores y los ítems. El término *rotación* hace referencia a girar los

ejes factoriales en distintos grados para redistribuir la varianza de las variables originales en los factores. Existen dos tipos de rotación: *ortogonal* (la cual busca maximizar la independencia entre los factores o componentes) y *oblicua* (la cual rompe el supuesto de independencia entre los factores). La última fase es la ***interpretación***, la cual se sugiere realizar bajo los principios de *parsimonia* (grado en que los factores de la matriz se agrupan de una forma homogénea, es decir la mayor cantidad de variables posibles en un número menor de factores) y *verosimilitud teórica* (encontrar un significado teórico a cada factor con relación al constructo definido). En esta fase se identifica la dimensionalidad del instrumento (si es unidimensional o multidimensional). Se puede afirmar unidimensionalidad de acuerdo con la razón de porcentajes de varianza explicada entre el primer y segundo factor: si el porcentaje de varianza explicada del primer factor es significativamente diferente al del segundo factor, correspondería a una matriz unidimensional (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernandez-Baeza y Tomas-Marco, 2014; .

Evaluación y medición del consumo de sustancias psicoactivas

Teniendo en cuenta la necesidad de mitigar el fenómeno de consumo de SPA, los profesionales de la psicología han incluido el uso de instrumentos para la detección del consumo y la orientación un primer diagnóstico clínico para los trastornos relacionados con las sustancias, con el fin de, comprender la adquisición, desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva del paciente, permitiendo, no solo entender la problemática, sino establecer las bases para el tratamiento.

En la tabla 2 se presentan algunos instrumentos de evaluación que permiten explorar, en su mayoría, riesgo de consumo por primera vez o nivel de consumo adictivo de SPA. Los pocos instrumentos que evalúan riesgo de recaída (que solo se podría aplicar a población que haya tenido un consumo problemático en el pasado y un periodo constante de abstinencia en el

presente) suelen estar en formato de entrevista semiestructurada o bitácora de eventos, lo que limita establecer niveles de comparación entre individuos y puntos de corte de riesgo de recaída más objetivos y confiables.

Tabla 2.

Instrumentos de evaluación asociados al consumo de SPA

Instrumento	Autor / Modelo teórico	Objetivo	Características
Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS)	Annis (1988) Se basa en el modelo de Marlatt para prevención de recaídas	Evalúa situaciones en las que la persona consumía sustancias psicoactivas durante el año anterior a la fase de inicio del tratamiento.	50 ítems divididos en dos categorías generales: determinantes interpersonales e intrapersonales.
Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA)	García, Oropeza y Vásquez (2006)	Identificar los disparadores de recaídas en usuarios que asisten a tratamiento en problemáticas de consumo, donde se evalúa contexto, categorías, disparadores, y similitud entre recaídas.	Contiene dos partes: antecedentes del consumo y recaída (10 reactivos) y sección de recaída (47 reactivos).
Self-Statement Record (SSR)	Beck & Emery (1977)	Registro de autoinforme diseñado para evaluar los antecedentes situacionales del uso de sustancias en una amplia gama de drogas.	
Relapse Interview (RI)	Miller y Marlatt (1996)	Indaga sobre la abstinencia, el lugar, día y hora de inicio de la recaída, los factores del contexto y presencia de otras personas, pensamientos, emociones y sentimientos que pudieron disparar el consumo.	Entrevista estructurada con 23 reactivos.
Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble (CRAFT)	Knight, Sherrit, Shrier, Harris & Chang (2002)	Identificar adolescentes en riesgo de abuso de sustancias, evaluando la presencia o ausencia del consumo de alcohol u otras sustancias.	Compuesto por 6 ítems de diagnóstico.

Instrumento	Autor / Modelo teórico	Objetivo	Características
Relapse Precipitants Inventory (RPI)	Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg Jackson, 1983	Identificar diferentes situaciones de riesgo dentro de cuatro categorías: estados de humor negativos, situaciones externas y estados internos eufóricos, estados de reducción de la vigilancia cognitiva y ansiedad social.	Inventario de 25 ítems, en escala tipo Likert.

Modelos explicativos de la recaída

El proceso de abstinencia se ha visto estrechamente relacionado con la comprensión del proceso de recaída, ya que se requiere del primero para que se presente el segundo. Esto implica que es necesario que el sujeto haya tenido un periodo de abstinencia, en el cual se interrumpe el consumo de sustancias lícitas o ilícitas, para que se genere la recaída (Oviedo y Arboleda, 2006). Esta interrupción puede ser evaluada en función del tiempo, frecuencia o intensidad de la dosis. Dentro de los modelos teóricos que han intentado comprender el riesgo de recaída, se encuentran modelos más reduccionistas (como el biológico) y modelos más integradores (como el modelo psicológico-ambiental) (Foote, 1993; Larimer, Palmer & Marlatt, 1999).

Modelo biológico.

El modelo biológico basó su postura en los estudios realizados en la medicina y explica la recaída como una enfermedad, donde los impulsos y las características fisiológicas generan alteraciones en el estado de ánimo e impiden que el individuo tenga control de su adicción (Donovan & Witkiewitz, 2012). Entre los modelos biológicos, resaltan el neuropsicobiológico, que asocia la corteza prefrontal y otras estructuras cerebrales (como los circuitos subcorticales y el sistema de recompensa) con respuestas a estímulos condicionados relacionados con el consumo (p. ej., el estrés), los cuales se asumen que conllevan a la recaída; y, el genético, que hace referencia a los componentes de heredabilidad, como el riesgo de dependencia a algún tipo

de sustancia al existir una influencia genética anclada a factores ambientales (como p. ej., la edad de inicio en el consumo). A su vez, en el modelo biológico se debe tener en cuenta la comorbilidad de algunas enfermedades psiquiátricas asociadas al uso de sustancias. Aunque las investigaciones de tipo clínico y experimental (desde este modelo) han dado resultados que permiten realizar aportes a las teorías ya planteadas, sus conclusiones aún se han visto limitadas debido a su complejidad y a contradicciones en los hallazgos de distintos estudios (Sánchez-Hervas y Llorente del Pozo, 2012; García, 2017).

Modelo psicológico-ambiental de Marlatt y Gordon y Modelo de Litman.

El modelo psicológico-ambiental de Marlatt y Gordon comprende la recaída desde un enfoque cognitivo conductual, teniendo en cuenta las teorías del aprendizaje social y la psicología experimental. Así pues, desde este modelo se entiende la recaída como un proceso donde la conducta adictiva se puede describir, predecir y modificar sin desestimar los factores ambientales, como el contexto y la interacción social (Grau-López et al., 2012).

Las investigaciones de Marlatt y Gordon realizaron aportes significativos para la comprensión de las recaídas, al encontrar que la conducta de consumo se relaciona con la evaluación cognitiva y la respuesta conductual que el sujeto tiene ante una situación determinante (Miller & McLellan, 2011).

Por otra parte, Litman et al. (1983) explican el concepto de recaída desde un modelo de interacción entre el sujeto y la situación, en el que factores como las habilidades de afrontamiento, la autoeficacia para mantenerse en abstinencia o estados emocionales negativos de la persona pueden aumentar o disminuir la percepción de amenaza que tiene ante el mantenimiento de la abstinencia. Este modelo, planteado desde el paradigma cognitivo-conductual, explica como un sujeto pone en práctica sus habilidades o estrategias de

afrontamiento para actuar frente a una situación de riesgo de recaída en el consumo. Los modelos de intervención desarrollados desde este modelo buscan entrenar a los sujetos en habilidades que le ayuden a mantener la abstinencia, este entrenamiento dependerá también del grado de afectación cognitiva que tenga el sujeto generado por el consumo. Además, este modelo tiene en cuenta el compromiso que desarrolla el sujeto con el programa de desintoxicación y el proceso de abstinencia, pues en ocasiones tener la habilidad para afrontar una situación de riesgo no es suficiente para hacer uso de ella, ya que se ha demostrado que algunos sujetos simplemente no las usan por no tener experiencias de éxito previas con este tipo de estrategias (González y Suárez, 2009).

Aunque los diferentes modelos explicativos han aportado a la comprensión de la recaída, es el modelo de Marlatt y Gordon el cual ha permitido – en mayor medida – el desarrollo de nuevas intervenciones, debido a su aplicación en el campo clínico y creación de programas de investigación. Un elemento central en este modelo es la creación de una taxonomía de disparadores de recaída (TDR), entendiendo estos últimos como situaciones de riesgo que precipitan las conductas adictivas y que ocurren justo antes de la recaída (García, Oropeza y Vásquez, 2009; Blanco-Álvarez y Jiménez-Morales, 2015).

En la tabla 3 se presenta los componentes y los factores predisponentes desarrollados a partir de la esta taxonomía, según Larimer, Palmer & Marlatt (1999). Según los componentes explicativos de la recaída, los factores predisponentes permiten identificar las diferentes causalidades de esta y proponer indicadores para evaluar el riesgo de la recaída.

Conceptualización de recaída en el consumo de SPA

La comprensión de la recaída en el consumo de SPA implica la evaluación de una serie de atributos y factores que puedan estar involucrados en la adicción, dada la complejidad y

Tabla 3.

Resumen de los factores predisponentes para cada componente asociado a la recaída.

Componente	Explicación
Fisiológico	Considera la apetencia y el <i>craving</i> como un factor predisponente.
Cognitivo	Los factores predisponentes se relacionan con el estrés, autoeficacia y estados emocionales negativos.
Conductual	Plantea como factor predisponente los estímulos de alto riesgo, que pueden desencadenar en el consumo.
Medioambiental	La disponibilidad de las sustancias y la presión de grupo influyen en el proceso de recaída.

multidimensionalidad de este constructo (Villa, 1997; Marlatt & Donovan, 2005; Lazcano, 2015). En este sentido, se debe considerar un componente psicológico que incluya aspectos conductuales, cognitivos y emocionales, y otros de tipo contextual y social, con el fin de observar, desde una mirada integradora, los múltiples factores asociados a este fenómeno en adolescentes institucionalizados.

Se entiende por recaída el consumo después de un periodo de abstinencia, donde el individuo retorna a la línea base de la conducta adictiva o la incrementa. Para abordar este fenómeno, se deben considerar los pensamientos y emociones implicados en el retorno de la conducta adictiva como respuesta a la interacción de su contexto, las predisposiciones a nivel psicológico y físico que se tengan y la historia de aprendizaje de la persona (Donovan y Witkiewitz, 2012). Existe una diferencia entre una recaída y una caída temporal; esta última se considera como un consumo esporádico de una sustancia y, por lo tanto, la conducta adictiva no asciende significativamente a los niveles de consumo que tenía el individuo antes de estar en abstinencia (Marlatt & Donovan, 2007).

Para la definición de las dimensiones del instrumento, se han identificado las siguientes categorías basadas en los estudios de Litman y en la taxonomía de disparadores (TDR) de Marlatt:

Disparadores intrapersonales.

Autoeficacia para mantenerse en abstinencia. Se entiende como la actitud y creencia que tiene un individuo ante la consecución de una meta utilizando las herramientas y habilidades que posee para enfrentar las situaciones que amenacen su proceso de abstinencia. De acuerdo con el modelo psicológico-ambiental de Marlatt, si un individuo tiene la capacidad de responder de forma efectiva ante una situación amenazante, la recaída será menos probable debido al aumento de su nivel de autoeficacia con relación al reforzador obtenido luego de superar la situación (Annis & Davis, 1988; Romero, Pérez, y López, 2007; Saravia y Frech, 2012; Velicer, DiClemente, Rossi, & Prochaska, 1990).

El modelo de Litman apoya sus investigaciones en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, explicando que los individuos construyen una creencia de la relación entre las acciones y el ambiente, influenciada por la eficacia y la percepción sobre sus propias capacidades. Entonces, la autoeficacia se puede considerar como la expectativa que tiene un sujeto de los resultados que obtendrá al implementar sus habilidades, enmarcada dentro de una relación acción-resultado. Las expectativas de autoeficacia pueden variar debido a la dificultad percibida de la tarea (magnitud), las expectativas que el sujeto tiene de sus capacidades (generalidad) y el número de estrategias empleadas para resolver la situación (fuerza en la ejecución). La magnitud implica que, a medida que la dificultad de la tarea aumenta, la autoeficacia decrementa; la generalidad conlleva a que las expectativas del sujeto se puedan extrapolar a múltiples situaciones similares; y la fuerza en la ejecución de la tarea define que los esfuerzos

implementados estarán influenciados por las experiencias anteriores (Blanco-Álvarez y Jiménez-Morales, 2015; Gaspar y Martínez, 2008; Torrecillas, Del Mar, García, y Cobo, 2002; Torrecillas, Peralta, Rivas, y Godoy, 2003).

El craving. Es un concepto que surge aproximadamente a finales de los años 70 y su definición conceptual aún no presenta consenso por parte de la comunidad científica. Algunas conceptualizaciones han estado orientadas a definirlo como un pensamiento obsesivo en la búsqueda de alivio ante la experimentación del síndrome de abstinencia, como una necesidad o apetencia por re-experimentar los efectos de las sustancias psicoactivas. Otras definiciones lo conciben como un fuerte deseo subjetivo ante el consumo, una respuesta a estímulos medioambientales que lo inciten o el ansia por consumir sustancias psicoactivas.

Existen diferentes modelos explicativos que atribuyen el *craving* como un componente importante en la comprensión, valoración y tratamiento de las adicciones, además de considerarlo como un factor precipitante en el retorno de la conducta adictiva (De Arce, De Quirós, y Labrador, 1994; González, Gómez, y Mendoza, 2011; Kharb, Shekhawat, Beniwal, Bhatia, & Deshpande, 2018).

Las diversas explicaciones para el deseo del consumo (*craving*) se enmarcan en dos modelos explicativos: el físico, caracterizado por la manifestación de síntomas de abstinencia y atribuido a alteraciones fisiológicas, y el psicológico, que hace referencia a las expectativas que el sujeto tiene del consumo, en el cual se considera a la memoria como una fuente de estímulos condicionados que podrían disparar los deseos por consumir. Por ello, la relación entre el deseo y la recaída determina el impulso por consumir la sustancia, ya que la necesidad psicológica y física estimula la aparición del *craving*, llevando al sujeto a interrumpir la abstinencia (Chesa,

Izquierdo, Fernández, Elías, y Sitjas, 2004; González y García, 2011; Kräplin, Scherbaum, Bühringer, & Gosrochke, 2018).

En la clasificación según su origen, el *craving* puede concebirse como una *respuesta a los síntomas de abstinencia* (cuando la persona ha mantenido una alta tasa y frecuencia en el consumo de sustancias psicoactivas y experimenta sensaciones de malestar ocasionadas por la ruptura en el hábito del consumo), como una *respuesta alterna a una situación anhedónica* (cuando la persona no encuentra estímulos en su ambiente que le generen placer y el consumo puede contrarrestar el aburrimiento) o como una *respuesta condicionada* «donde la persona que presenta un consumo frecuente ha asociado estímulos en relación con la sustancia y estos pueden inducir al *craving* de manera automática» (Chesa et al., 2004; Earley, 1991).

En la clasificación según su función, el *craving* puede aparecer como un *uso reforzado* «presente en la fase de consumo y que desaparece inmediatamente después de iniciar la fase de abstinencia»; como un *uso interoceptivo* «que aparece un mes después de abandonar el consumo, con presencia de síntomas corporales», como un *uso encubierto* «que se manifiesta dos meses después del cese del consumo y que genera un falso deseo por abandonar la sustancia» o como un *uso condicionado* «que puede reaparecer hasta dos años después del cese del consumo y que está relacionado por estímulos externos, como señales visuales, olfativas y sonidos, e internos, como pensamientos y sensaciones».

En resumen, el *craving* se puede evidenciar a través de cogniciones, comportamientos, emociones y motivaciones mediadas por las experiencias, la frecuencia de consumo, la tolerancia a estas, el reforzamiento para mantener o incrementar la conducta adictiva y la exposición a estímulos previamente asociados con el consumo, así como los síntomas fisiológicos experimentados en el proceso de abstinencia que pueden ser desencadenados ante la presencia

real o imaginaria de la sustancia. Cabe anotar que el deseo por consumir puede generarse, aún si el individuo ha consumido por largos periodos de tiempo, o si ha tenido poca experiencia con las sustancias psicoactivas (Cervantes, Serrano y Ortiz, 2011).

Estrategias de afrontamiento. Lazarus & Folkman (1984) definen las estrategias de afrontamiento como las respuestas que realiza el sujeto ante situaciones que percibe como estresantes. En la valoración de estas situaciones, los pensamientos, sentimientos y acciones interactúan con el objetivo de dar respuesta a las demandas del ambiente y reducir el malestar emocional. Esta valoración dependerá de la historia de vida, las relaciones actuales y la posición social del individuo. Cuando la persona encuentra resultados positivos en su proceso de afrontamiento al problema, tendrá más probabilidad de usar dicho repertorio conductual ante situaciones semejantes. No obstante, si no alcanza el éxito esperado, su conducta decrementa y buscará emplear otro tipo de estrategias de afrontamiento.

Los estilos de afrontamiento se pueden clasificar desde: el modelo *centrado al problema* «que expone cómo el sujeto implementa estrategias de solución de conflictos, toma de decisiones y búsqueda de apoyo social» o desde el modelo *orientado a la emoción* «donde el sujeto trata de reducir el malestar emocional y asume que la situación amenazante es inmodificable.

Estos dos modelos de afrontamiento poseen una función adaptativa; por ejemplo, es más funcional usar un afrontamiento centrado en el problema cuando la situación puede ser modificada por el sujeto, mientras que el estilo centrado en la emoción es más apropiado utilizarlo cuando la situación está fuera del control del sujeto (Ruiz, Maldonado, Valero, Rodríguez, y Escobar, 2014; Solís y Vidal, 2006).

En otra clasificación de las estrategias de afrontamiento, se pueden encontrar aquellas enfocadas en *resolver el problema* «donde el sujeto tiene en cuenta los diferentes puntos de vista

u opciones para desarrollar múltiples alternativas», con *referencia a otros* «donde el sujeto busca obtener ayuda de los demás, ya sea de tipo emocional, espiritual o profesional, para compartir el problema y así disminuir la tensión generada por la situación» o *afrontamientos no productivos* «caracterizados por una baja participación del sujeto en la solución del problema, donde se pueden presentar preocupaciones excesivas, construcción de ilusiones, incertidumbres ante la falta de control o conductas evitativas, evidenciando dificultad para enfrentarse ante situaciones que percibe como estresantes» (Solís y Vidal, 2006).

Disparadores interpersonales.

Factores de riesgo psicosocial en el consumo de SPA. En el contexto al que pertenece el individuo se encuentran variables como la escolaridad, la tipología y relaciones familiares y las condiciones económicas, que pueden operar como factores de riesgo que posiblemente, influyen en el desarrollo de conductas adictivas. Sin embargo, las variables sociodemográficas asociadas a este fenómeno no inciden de manera independiente (p, e., el fácil acceso a las sustancias) y podrían operar como elementos multicausales en la comprensión de esta problemática.

La escolaridad hace referencia a las actividades que realiza el sujeto en su entorno educativo, las relaciones interpersonales establecidas con sus pares académicos y el uso de su tiempo libre, aspectos que podrían estar involucrados en el inicio del consumo. Distintas investigaciones afirman que un adolescente desescolarizado tiene más probabilidad de riesgo en la experimentación con el uso de SPA y que la percepción que tenga la familia acerca del uso de sustancias psicoactivas también podrá influir en la orientación que el adolescente reciba frente a este tema (Crespo, Rodríguez, Villa, Hermida, Cueto, Pérez y Díaz, 2004).

La tipología y relaciones familiares también pueden disparar, mitigar o prevenir el consumo de SPA en sus integrantes. Por ejemplo, se ha encontrado que una tipología familiar

monoparental (en la que se presenta ausencia o abandono por parte de uno de los padres) favorece la soledad (aumentando el sentimiento de desamparo en el caso de los menores) y la dificultad para establecer reglas en el hogar. Por otro lado, dinámicas familiares conflictivos (con problemas de comunicación y presencia de abuso físico, psicológico e inestabilidad emocional) pueden activar al sujeto a la búsqueda de la reducción de malestar mediante el consumo de SPA; incluso los problemas de pareja y desequilibrio marital tienen un impacto negativo en las pautas de crianza (p, e., baja supervisión o exceso de disciplina). Por último, familiares con problemáticas de consumo y el bajo nivel académico de los padres son algunas variables que pueden influir en el consumo (Muñoz y Graña, 2001; Sanz, Iraurgi, Martínez-Pampliega, y Cosgaya, 2006 Arévalo; Prieto-Montoya, Cardona-Castañeda, y Vélez-Álvarez, 2016).

Las *condiciones económicas* del sujeto han sido consideradas como un factor relevante para la explicación del fenómeno del consumo de SPA, aunque ha sido difusa la relación entre ambas variables. Se ha encontrado que las condiciones económicas aún no tienen un poder predictivo o explicativo sobre el consumo de SPA, al encontrarse grados de vulnerabilidad iguales hacia el consumo de sustancias psicoactivas, aun así, cuando un sujeto presenta una posición económica favorable o no. Lo que sí se ha encontrado es una relación entre esta variable y el tipo de sustancias que el sujeto preferiblemente consume (Abeldaño, Fernández, Arena-Ventura, y Estario, 2013).

Marco empírico

El marco empírico se sustenta desde los resultados obtenidos en diferentes investigaciones recientes a nivel internacional, nacional y local. Estas investigaciones estudiaron los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas y evaluaron variables como el *craving*, estrategias de afrontamiento, estilos parentales, entre otros, a través de la aplicación de instrumentos psicométricos y el análisis de la relación de estas con el riesgo de recaída; a su vez, se incluyeron estudios comparativos del riesgo de recaída y factores asociados al consumo entre población institucionalizada y no institucionalizada.

Un ejemplo de las investigaciones realizadas con relación al riesgo de recaída es un estudio realizado por Durán y Becoña (2006), en el cual se evaluó *el craving* en 115 sujetos dependientes a la cocaína que estuvieran recibiendo tratamiento para desintoxicación, los cuales debían estar tres semanas como mínimo en abstinencia a la sustancia y un máximo de seis semanas. Este estudio encontró que los niveles de *craving* son mayores a las tres semanas de abstinencia, en comparación con los niveles a las seis semanas. Por otro lado, al analizar la evolución del *craving*, se encontró que los niveles entre la tercera y la quinta semana van decreciendo, pero al llegar a la sexta semana, los niveles incrementan, aunque no alcanzan los niveles obtenidos en la tercera semana.

En cuanto a los estilos de afrontamiento, Solano (2017) identificó que existe una relación inversa entre el estilo orientado a la tarea y el riesgo de recaída, así como una relación directa entre el riesgo de recaída y el estilo de afrontamiento evitativo. Para esta investigación se aplicaron el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE y el Cuestionario del Riesgo de Recaída AWARE 3.0 en una muestra de 240 sujetos entre hombres y mujeres con

problemáticas de consumo; a su vez, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a variables como la edad y sexo.

En la ciudad de Lima se realizó un estudio con 129 personas entre los 14 y los 67 años de edad pacientes con problemáticas de consumo internadas en cinco comunidades terapéuticas. Se evaluaron los niveles de autoeficacia con la escala EAG y el riesgo de recaída con el cuestionario AWARE 3.0 y se encontró que los pacientes no internados tuvieron niveles de autoeficacia inferiores a los pacientes de las comunidades; también se encontró que los pacientes internados tenían mayor probabilidad de recaída en comparación con los no internados, aunque cabe resaltar que los pacientes de las comunidades llevaban un proceso de tratamiento de dos meses aproximadamente (Valles, 2016).

En otra investigación, Valencia, Lopera, Motatto, y Klimenko (2017) estudiaron las actitudes de favorabilidad hacia la conducta adictiva en una muestra de 92 estudiantes de algunas instituciones de Medellín y Riosucio. La muestra estuvo conformada por adolescentes en edades entre los 12 y 18 años y se empleó una escala Likert diseñada para este estudio. Los resultados arrojaron porcentajes elevados en las actitudes favorables hacia el consumo de sustancias, lo cual indicó una necesidad en el diseño e implementación de intervenciones psicoeducativas.

Prieto-Montoya et al., (2016) estudiaron la relación entre los estilos parentales y el consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de 13.029 estudiantes de grado octavo a décimo pertenecientes a instituciones educativas de la ciudad de Manizales. Se aplicaron la escala de estilos de socialización parental de adolescentes (Espa29) y un instrumento basado en el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de la Organización de Estados Americanos. Los resultados estadísticos indicaron que los estilos autoritarios y negligentes suelen ser un factor de riesgo en el consumo de SPA, así como un facilitador al acceso de sustancias.

Medina y Rubio (2012) caracterizaron a la población farmacodependiente en instituciones de rehabilitación para adolescentes del departamento del Quindío, en un periodo comprendido del 2006 al 2009 y para ello, utilizaron el formulario VESPA (Vigilancia Epidemiológica para uso indebido de Sustancias Psicoactivas). Los datos indicaron que los hombres iniciaron el consumo de sustancias a una edad promedio de 12 años y las mujeres a los 11 años; además, el 31,2% de la población poseen únicamente estudios primarios.

Estas investigaciones permitieron realizar una aproximación en la comprensión metodológica relacionada con la evaluación del consumo de sustancias psicoactivas y el riesgo de recaída. Se evidencia el uso de diferentes instrumentos, test y entrevistas, en las que se miden y correlacionan variables como: estrategias de afrontamiento, *craving*, estilos parentales y escolaridad, denotando la complejidad que implica medir un constructo como el riesgo de recaída, además de tener en cuenta las particularidades propias de la población objeto de estudio en la presente monografía.

Marco legal

Lineamientos éticos

En el ejercicio profesional y en cualquiera de las actuaciones en las que intervengan o participen personas, es indispensable el actuar del profesional bajo principios éticos. Para el desarrollo de la presente monografía se toma en consideración el respeto, beneficio y justicia en las diferentes fases del procedimiento, teniendo en cuenta las disposiciones generales título II de la Ley 1090 del 2006 (Código Bioético y Deontológico del Psicólogo). A su vez, se aseguraron aspectos como la confidencialidad promulgada en el consentimiento y asentimiento informado de los participantes y se comunicaron oportunamente los riesgos, beneficios, validez y el manejo de los datos, enmarcados desde los siguientes artículos:

Artículo 46. “Cuando el psicólogo construye o estandariza test psicológicos, inventarios, listados de chequeo, u otros instrumentos técnicos, debe utilizar los procedimientos científicos debidamente comprobados. Dichos tests deben cumplir con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización, validez y confiabilidad” (Ley 1090, 2006, p. 10). Para esta monografía se utilizó la Teoría Clásica de los Tests para reportar los indicadores psicométricos del instrumento, ya que esta teoría tiene un amplio reconocimiento y aceptación dentro de la comunidad científica.

Artículo 48. Los test psicológicos que se encuentren en su fase de experimentación deben utilizarse con las debidas precauciones. Es preciso hacer conocer a los usuarios sus alcances y limitaciones (Ley 1090 2006, p. 10). En la presente monografía es importante hacer explícito que el instrumento RR-SPA se encuentra en la fase de experimentación y, por este motivo, se indica en el consentimiento informado que no es posible hacer entrega de los resultados de los instrumentos por no contar con evidencias suficientes para garantizar su validez.

Artículo 52. En los casos de menores de edad, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante (Ley 1090, 2006, p. 11). Para todos los participantes se garantizó la autorización de los padres o acudientes para la aplicación del instrumento RR-SPA, por ser adolescentes institucionalizados que no han cumplido la mayoría de edad.

Así mismo, esta investigación se rige bajo la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se consideraron aspectos como el anonimato (contemplado en el artículo 8 del capítulo II) al no incluir preguntas relacionadas a datos personales que permitieran la identificación directa de los participantes y al codificar las respuestas usando un número consecutivo asignado por los investigadores. Teniendo en cuenta lo referido en el artículo 11, esta investigación se enmarca como de *riesgo mínimo*, ya que no se modificará intencionalmente variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Igualmente, los participantes fueron informados de su posibilidad de interrumpir la aplicación del instrumento en caso de que así lo desearan y de que esta actuación no generaría en ellos repercusión alguna. En el Apéndice A se podrá consultar el formato de consentimiento informado implementado en la investigación.

Marco metodológico

Diseño

La presente monografía se sustenta desde un diseño instrumental, teniendo en cuenta la clasificación propuesta por Montero y León (2005), por ser un estudio orientado al desarrollo de pruebas o diseño y adaptación de instrumentos, así como el análisis de sus propiedades psicométricas. Para lograr los objetivos propuestos, el instrumento RR-SPA arroja puntuaciones que miden el nivel de presencia de riesgo de recaída de consumo de SPA en adolescentes institucionalizados por problemáticas de consumo. Se realizó el análisis de los datos a partir de técnicas matemáticas y estadísticas para la obtención de los indicadores psicométricos que respaldan la calidad del instrumento construido.

Fases metodológicas

El procedimiento se abordó en las siguientes fases:

Fase I. Planeación del instrumento: diseño del instrumento a construir (objetivos, utilidad, población objetivo y estructura de la prueba) y operacionalización del constructo (construcción de la red nomológica y de los indicadores que permitirían evaluar el constructo).

Fase II. Construcción y revisión de ítems: redacción de los ítems, valoración de la calidad del contenido de los ítems mediante un juicio de expertos, modificación del contenido de los ítems, diagramación del instrumento y planeación de la fase de pilotaje.

Fase III. Análisis psicométrico del instrumento: aplicación piloto del instrumento, estimación de coeficiente de consistencia interna, análisis de dificultad y discriminación de los ítems, análisis factorial exploratorio para evaluar la dimensionalidad y diagramación final del instrumento.

Fase I. Planeación del instrumento.

Para la planeación del instrumento RR-SPA se tuvo en cuenta las siguientes actividades: delimitación del objetivo del instrumento, operacionalización del constructo, elaboración de una red nomológica y de una estructura de la prueba (Meneses, Barrio, Bonillo, Cosulluela, Lozano, Turbany y Valero, 2013; Educational Testing Service, 2014; Hernández y Hernández, 2014).

Delimitación del objetivo del instrumento. Mediante el abordaje teórico y conceptual en temas relacionados al consumo desde la psicología, se estableció que el objetivo del instrumento será la evaluación del riesgo de recaída en el consumo de SPA en adolescentes institucionalizados. Es fundamental evaluar este constructo con el fin de aportar a la disminución de las tasas de reinstitucionalización y posiblemente a los tratamientos de intervención que se realizan desde los centros de protección que atienden este tipo de problemáticas.

Este instrumento busca obtener indicadores confiables en la evaluación del riesgo de recaída en el consumo de SPA y de ser así, podría aplicarse a una población más amplia permitiendo una mejor comprensión del fenómeno y una reducción en los procesos de reinstitucionalización a los que se ven enfrentados los adolescentes. Con relación a la base teórica de este instrumento, los modelos de Litman y de Marlatt y Gordon servirán como guía para evaluar el riesgo de recaída en el consumo de SPA desde una concepción multidimensional, que considere aspectos tanto internos como externos al sujeto, se decidió tomarlos como base por su carácter integrador.

Estructura de la prueba. Se planeó la construcción de un instrumento de evaluación con ítems de ejecución típica, los cuales evalúan pensamientos, emociones y conductas asociadas al riesgo de recaída en el consumo de SPA desde cuatro dimensiones: *craving*, autoeficacia para mantenerse en abstinencia, estrategias de afrontamiento frente al consumo de sustancias y

factores de riesgo psicosocial relacionados al consumo de SPA. Se propuso la puntuación para cada ítem mediante una escala Likert con cinco alternativas de respuesta, reflejando el nivel de acuerdo del participante para cada afirmación (“1- totalmente en desacuerdo”, “2- algo en desacuerdo”, “3- ni en desacuerdo, ni de acuerdo”, “4- algo de acuerdo” y “5- totalmente de acuerdo”). Para el desarrollo de la estructura de la prueba, se buscó que hubiera una misma representatividad de la cantidad de ítems en las cuatro dimensiones establecidas y que se construyeran tanto ítems inversos como directos. Por otro lado, se considera que el instrumento sea de aplicación individual o grupal, sin un límite de tiempo establecido para contestarse y calificado con referencia a la norma.

Operacionalización del constructo.

Definición de los términos clave y el string de búsqueda. Para la construcción del instrumento de medición RR-SPA se realizó una búsqueda estructurada de las fuentes de información que permitirían operacionalizar el constructo. Inicialmente, se establecieron palabras claves (o *keywords*) reconocidas por la comunidad científica y avaladas para los descriptores lingüísticos (DeCS y Tesoros). Estos descriptores facilitaron el uso y búsqueda de artículos que estuvieran incluidos en revistas indexadas en bases de datos reconocidas en psicología. Para este proceso se construyó un *string de búsqueda* (entendiéndose como la secuencia lógica de un grupo de palabras), usando los operadores lógicos OR, AND y NOT. Cabe anotar que estos operadores lógicos (o booleanos) son palabras o símbolos que conectan de manera lógica los conceptos o un grupo de información (Pizzani, Silva, Bello, y Hayashi, 2012), para así discriminar los resultados encontrados, evitando la pérdida de información relevante o posibilitando la delimitación de información en las bases de datos consultadas.

Bases de datos. Las bases de datos comprenden colecciones estructuradas de información en las que se encuentran documentos de estudios e investigaciones avaladas por pares académicos y que son publicados por revistas científicas (Codina, 2005). Así pues, las bases de datos permiten acceder a información científica, constituyéndose como recursos esenciales para realizar aproximaciones teóricas y metodológicas en la investigación. Para este estudio se establecieron los siguientes criterios de búsqueda de la información: bases de datos con acceso gratuito, consulta en revistas científicas del área de la psicología y la salud, estudios cuantitativos y epidemiológicos, así, como libros especializados en el tema. Como criterio adicional se tuvo en cuenta el número de citas del material consultado,

Almacenamiento de la información. El almacenamiento de la información constituye una etapa sustancial al momento de realizar una investigación. Para que este proceso se realice de manera organizada y sistemática, se empleó el software Zotero, el cual es una plataforma especializada que facilita la automatización de tareas de búsqueda, visualización de los contenidos científicos, análisis y recuperación de la información, a modo de gestor documental (Gómez-Luna, Fernando-Navas, Aponte-Mayor, y Betancourt-Buitrago, 2014).

Red nomológica. La operacionalización del constructo se realizó con base en la literatura consultada sobre el modelo psicológico-ambiental de Marlatt y Gordon y el modelo de Litman para el riesgo de recaída de SPA y se construyó una red nomológica que ilustrara la dimensionalidad del constructo y permitiera realizar definiciones detalladas y diferenciales de este y establecer sus relaciones con otros constructos o variables. A su vez, se indicaron algunos de los instrumentos o técnicas usualmente implementadas para la evaluación de este constructo.

Fase II. Construcción y revisión de ítems.

Redacción de los ítems. Se realizó la construcción de los ítems de acuerdo con la conceptualización teórica y la estructura de la prueba planteada en la fase anterior, evitando el uso de dobles negaciones, afirmaciones con contenido estereotipado, ambigüedad en las oraciones o afirmaciones que no discriminaran el constructo, procurando un lenguaje claro y adaptado al ciclo vital de la población y sus características. Para este proceso fue de gran utilidad el contacto previo con la población objetivo del instrumento, obtenido a partir de la práctica profesional en la institución Junior Masculino de la congregación religiosa Terciarios Capuchinos. Tanto la coordinación del centro como los demás profesionales del equipo de trabajo de la institución brindaron aportes significativos en la construcción de algunos ítems pertenecientes a las dimensiones de *craving* y de factores de riesgo psicosocial en el consumo de SPA.

Durante la redacción de los ítems se tuvo en cuenta la taxonomía propuesta, en la cual se evaluó el constructo desde aspectos cognitivos, conductuales y emocionales. Además, se tuvo en consideración los sesgos de respuesta que se pudieran presentar (aquiescencia, deseabilidad social, indecisión y respuesta extrema). Para evitar el efecto de aquiescencia, se construyeron ítems directos e inversos; es decir, unos ítems reflejan la presencia del constructo (directos) y otros la ausencia del mismo (inversos); para mitigar el sesgo de *deseabilidad social* en la construcción de los ítems no se incorporaron aspectos éticos o morales; en cuanto al sesgo de *indecisión* durante la construcción del RR-SPA se establecieron cinco puntos de la escala, para tener un punto medio donde el evaluado pudiese movilizar sus respuestas evitando las polarizaciones y en el efecto de respuesta extrema este sesgo no se contempló, ya que las respuestas polarizadas darían un indicador del nivel de presencia del constructo.

Juicio de expertos. Luego de compilar los ítems construidos, se dio paso a una primera revisión de la validez de contenido con base en el formato propuesto por Escobar y Cuervo (2008), quienes plantean una estructura para el método de validación por jueces. Inicialmente, se estableció el objetivo del juicio de expertos, que consistía en recopilar valoraciones de la calidad los ítems construidos a partir del análisis de un grupo de profesionales que evaluarían su contenido. Posteriormente, se seleccionaron los jueces teniendo en cuenta los criterios de formación académica y experiencia con población institucionalizada. Para ello, se contó con la participación de tres jueces: una psicóloga con experiencia en construcción y aplicación de pruebas, una psicóloga con experiencia en el trabajo con población institucionalizada y especialización en psicología clínica y una profesional con formación técnica en asistencia social en servicios de rehabilitación y experiencia en el trabajo con población institucionalizada por problemáticas de consumo.

Para dar continuidad al proceso de validación de contenido, se construyó el formato para el juicio de expertos (ver apéndice B), tomando como guía la plantilla propuesta por Escobar y Cuervo (2008). En este formato se incluyó el instructivo para la calificación de los ítems de acuerdo con los criterios de claridad, coherencia, relevancia (para cada uno de los ítems) y suficiencia (para el conjunto de ítems por cada dimensión). Para fines de facilitar la valoración de los jueces, se implementó una escala dicotómica (cumple el criterio o no lo cumple), se definió el constructo y cada una de las dimensiones y se especificó la forma en que el evaluado responde al instrumento, con el fin de contextualizar a los jueces.

El formato de juicio de expertos fue entregado vía e-mail a cada uno de los profesionales y se estableció un lapso de 5 días para hacer la revisión y enviar el formato diligenciado a los constructores del instrumento. Posteriormente, se recolectó la información suministrada por los

jueces se estimó el índice de concordancia interjueces y se estableció el método de análisis a los comentarios sugeridos. Para ello se tuvo en cuenta las observaciones dadas por los jueces a cada una de las dimensiones, se identificó cual dimensión requería mayores ajustes en los criterios (claridad, coherencia y relevancia), además, se contrastaron las calificaciones de los tres jueces en el criterio de suficiencia, para identificar si el número de ítems propuestos permitía medir el constructo. Por último, los constructores realizaron aportes y modificaciones de acuerdo a la evaluación que obtuvo el instrumento en esta fase.

Diagramación del instrumento. El instrumento RR-SPA se diseñó en formato de lápiz y papel (tamaño oficio con una extensión de 4 págs.). Inicialmente se presenta un apartado para el diligenciamiento de datos generales (edad, número de procesos de institucionalización, edad de inicio en el consumo y sexo), el apartado siguiente contiene el logo institucional, instrucciones para responder la prueba y descripción de la escala Likert. Por último, se encuentra cada uno de los ítems con su respectiva escala. Las características tipográficas son calibri a 12 puntos, en cursiva para el primer apartado, y el texto restante (los ítems) en calibri 11 puntos.

Para el RR-SPA se diseñaron tres formas de prueba, donde se presentaron los ítems aleatoriamente, realizando un contrabalanceo en la aplicación piloto. El contrabalanceo hace referencia al orden en que se presentan los reactivos o ítems en un instrumento de medición, de modo tal que al grupo de participantes del estudio se puede aplicar el mismo instrumento, pero será diferente el orden de presentación de los ítems, permitiendo disminuir un efecto de fatiga en la estimación de los indicadores psicométricos de los ítems, pues la prueba piloto constaba de 94 ítems y el tipo de población al que está dirigido el instrumento podía responder de forma azarosa para culminar rápido la tarea. (Herrero-Fernández, 2015). Finalmente, el instrumento fue impreso para cada uno de los participantes y aplicado mediante la modalidad de lápiz y papel.

Ejecución de la fase de pilotaje. Para iniciar esta fase, se realizó la firma del consentimiento y asentimiento informado, ya que la muestra poblacional correspondía a menores de edad bajo protección del Estado. La recolección de esta información se realizó durante 3 fines de semana, días en que los adolescentes reciben visitas en las instituciones (Terciarios Junior Masculino y Ciudad de la Niña). Luego de obtener los consentimientos informados por parte de los padres o acudientes del menor, en la semana siguiente los adolescentes firmaron los asentimientos informados, con pleno conocimiento de las características del estudio en el que iba participar.

Para el pilotaje el instrumento se aplicó de manera independiente en cada institución. En Terciarios Junior, se realizó una única aplicación a un total de 39 hombres, mientras que, en Ciudad de la Niña se aplicó el instrumento en simultánea a 4 grupos adolescentes para un total de 62 mujeres participantes. Se estimó aproximadamente 1 hora para la ejecución de la prueba.

Fase III. Análisis psicométrico del instrumento.

Aplicación piloto del instrumento. Para llevar a cabo la fase de pilotaje, se realizó un muestreo no probabilístico de carácter intencional de adolescentes adscritos a procesos de institucionalización con el ICBF (en la modalidad de internado) para la atención del consumo problemático y/o abusivo de sustancias psicoactivas. Se consideraron 122 adolescentes entre hombres y mujeres, de los cuales participaron 101 adolescentes institucionalizados con problemáticas de consumo.

Como *criterios de inclusión al estudio* se consideró que fueran adolescentes institucionalizados en la modalidad internado con problemáticas de consumo que hayan formalizado el consentimiento y asentimiento informado. Como *criterios de exclusión* se consideró a adolescentes medicados y que se encontraran bajo los efectos de estos y adolescentes que no supieran leer (a partir de estos criterios, se excluyeron 21 adolescentes en el estudio).

El 25 y 26 de septiembre de 2018 se realizó el pilotaje del test RR-SPA. La primera aplicación se realizó en la institución Terciarios Junior Masculino, donde se ubicaron a los adolescentes en un aula y se realizó una única aplicación, mientras que en la segunda aplicación del instrumento, se organizaron 4 grupos, con un estimado de 12 a 17 adolescentes por cada uno y se contó con la participación de profesionales en formación de la universidad de Cundinamarca (que para dicho periodo se encontraban realizando su práctica profesional en la institución) y de los constructores del instrumento. Para cada participante se verificó que estuviera en la lista de los adolescentes que entregaron el documento de asentimiento y consentimiento informado debidamente diligenciado y se facilitó la entrega del material y la recolección del mismo finalizada su aplicación.

En cuanto a las instrucciones para ser aplicado el test, se inició con la retroalimentación al grupo sobre la información estipulada en el consentimiento y asentimiento, se recordó el objetivo del estudio y se especificó que los resultados obtenidos en el test podrían ser entregados de manera individual, ya que es un instrumento que está en fase de validación y no se puede dar un uso con fines de diagnóstico. Además, se explicó a los evaluados que el manejo de la información y confidencialidad están dentro de los parámetros legales y que podrían suspender la aplicación del instrumento en el momento en que lo desearan, acto que no conllevaría a repercusiones o algún tipo de consecuencias que pudieran afectar el proceso de institucionalización o la permanencia en el mismo.

Finalmente, se leyó el apartado de diligenciamiento de la información que contiene la prueba, como nombre de la institución y edad de inicio del consumo (se enfatiza en no colocar información sensible como nombres y apellidos, para asegurar un manejo confidencial de la información, considerando las características de la población y la problemática abordada), y se

motivó al participante a ser lo más honesto posible ante la ejecución de la prueba. Se realizó la lectura de un ejemplo, explicando la puntuación escalar y la manera de diligenciar el formato y se aclaró que, si llegase a existir alguna duda, podían solicitar orientación al personal encargado.

Digitación de la información. Los datos obtenidos en la fase de pilotaje fueron digitalizados en el programa de Microsoft Office Excel para luego ser analizados. Se realizó un control de calidad de la captura de la información a través de la revisión y contrastación del 10% de las digitaciones seleccionadas al azar, con el fin de identificar posibles errores en el ingreso de la información al software.

Se analizaron los datos desde la Teoría Clásica de los Tests (TCT) por medio del programa psicométrico *Laboratory of Educational Research Test Analysis Program* (o por sus siglas en inglés, Lertap 5.10.7.3), estimando el índice de consistencia interna del instrumento y los índices de dificultad, discriminación y flujo de respuesta para cada ítem. Se decidió realizar los análisis psicométricos sin MDO (*Missing Data Off*) con el fin de tener en cuenta los datos perdidos; en este sentido, si los participantes no respondieron algún ítem, se asignó, por defecto, la puntuación neutral (3- ni de acuerdo ni en desacuerdo). Esta decisión se contempló considerando que la escala Likert implementada tiene dos polarizaciones (de acuerdo y desacuerdo) y, en caso de que un participante no responda a un ítem y puntúe como cero, la calificación tenderá a polarizar erróneamente en el extremo de desacuerdo.

Por otra parte, para analizar la dimensionalidad del instrumento se realizó un análisis factorial exploratorio empleando el paquete estadístico SPSS Statics 2.0, en el que se analizaron las cargas factoriales más significativas (por encima de ,30) para cada uno de los factores; este criterio se estableció para realizar una primera depuración de los ítems del instrumento.

Tomando en consideración los ítems con discriminaciones superiores a ,25 y con la matriz de correlaciones depurada, se volvió a correr un análisis factorial exploratorio para encontrar un modelo más parsimonioso. Se estudió la viabilidad para realizar un análisis factorial mediante los indicadores del Test de Esfericidad de Bartlett y el Índice de adecuación muestral Kaiser Meyer Olkin (KMO); posterior a ello, se empleó el método de extracción de factorización de ejes principales y de componentes principales, con rotación ortogonal y oblicua, para así seleccionar la matriz factorial que cumpliera mayor parsimonia y pudiera asignarse una significación teórica más acorde al modelo teórico planteado.

Cabe anotar que todos estos estadísticos se realizaron tras integrar los resultados obtenidos de las tres formas de prueba y los procedimientos de discriminación y análisis factorial se efectuaron después de hacer una transformación de las puntuaciones de los ítems inversos, según la escala Likert de cinco puntos. Los indicadores de dificultad se analizaron sin hacer una transformación de los datos para poder interpretarlos en función del contenido de los ítems.

Resultados

Fase I. Planeación del instrumento

Búsqueda de información.

Se consultaron 8 bases de datos y se revisó literatura en español, inglés y portugués. La biblioteca de Zotero estuvo conformada inicialmente por 182 artículos científicos, 14 libros y 3 tesis, se hizo necesario delimitar nuevamente la revisión de la literatura teniendo en cuenta: las características de la población participante en las investigaciones (adolescentes o población institucionalizada), abordaje temático de acuerdo con las dimensiones propuestas (artículos que en su abordaje teórico y metodológico trataran variables como el *craving*, estrategias de afrontamiento, autoeficacia en mantenimiento de abstinencia o factores psicosociales asociados a consumo de SPA), abordaje teórico de primera fuente (priorizando artículos seminales) y estudios con diseño instrumental (dirigidos a la construcción, adaptación o validación de instrumentos de evaluación).

Finalmente, se obtuvo una biblioteca con 69 artículos científicos, 8 libros, 2 tesis, 5 informes gubernamentales, 4 decretos y 2 artículos periodísticos para estructurar el marco teórico y metodológico permitiendo realizar la operacionalización e identificación de los indicadores de evaluación del constructo. La literatura y otros documentos utilizados estuvieron comprendidos entre los años 1983 y 2019.

Red nomológica.

Para iniciar la construcción del instrumento se diseñó una red nomológica sustentada en el marco teórico (figura 1), con el objetivo de determinar los aspectos relevantes del constructo: su operacionalización, los aspectos diferenciadores, los componentes o dimensiones mediante las

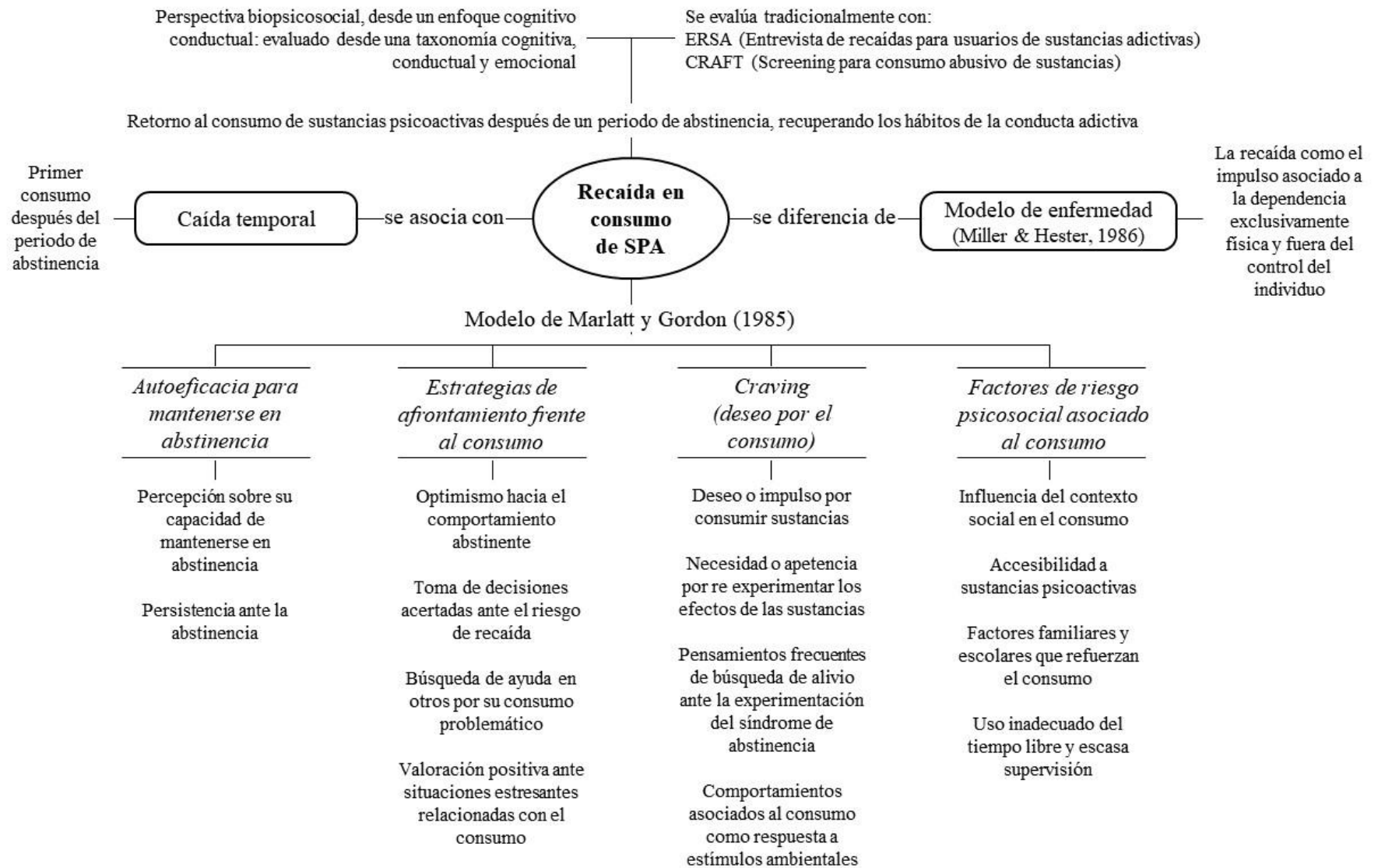


Figura 1. Red Nomológica del instrumento RR-SPA

cuales se evaluaría el constructo y sus indicadores observacionales, así como los instrumentos utilizados actualmente para su evaluación.

Estructura de la prueba.

La estructura de la prueba permitió guiar la construcción de los respectivos ítems por dimensión. Las cuatro dimensiones se consideraron en el mismo nivel de importancia, por tal motivo no se realizaron ponderaciones de una dimensión frente a otra y se planeó la construcción de un número total de ítems equilibrado. Sin embargo, sí se presentaron diferentes ponderaciones de los procesos que estarían implicados en la evaluación de las dimensiones, a partir de la taxonomía implementada: el proceso cognitivo presentó mayor peso en el total de ítems construidos (con un 46.6% sobre el total de la prueba), el proceso conductual estuvo representado en un 32.2% y el proceso emocional constituyó un 21.1% del total (ver tabla 4). Esta ponderación tuvo en cuenta que la institucionalización jugaba un papel determinante, ya que los adolescentes estaban fuera de su contexto habitual y era difícil evaluarlos únicamente con ítems en tiempo presente o desde una sola taxonomía, pues las condiciones dentro de la institución eran controladas.

Tabla 4.

Estructura de la prueba.

DIMENSIONES	PROCESO/TAXONOMÍA			TOTAL
	Cognitivo	Conductual	Emocional	
Autoeficacia	14	4	4	23
Craving	10	6	5	21
Estrategias de afrontamiento	8	8	6	23
Factores psicosociales	10	9	3	23
TOTAL	42	27	18	90

Nota. Estructura para la construcción inicial de ítems.

Los ítems que evaluaban en forma directa el consumo debían ubicar al sujeto en situaciones o afirmaciones redactadas en los tres tiempos (pasado, presente y futuro), haciendo que la taxonomía cognitiva tomará mayor peso dentro del instrumento, pues se debía hacer uso del recuerdo, la imaginación y los pensamientos para evaluar el constructo.

Fase II. Construcción y revisión de ítems

Redacción de los ítems.

Inicialmente, se construyó un total de 90 ítems, conservando la estructura planteada. En la tabla 5 se exponen ejemplos de ítems por cada dimensión asociados a cada taxonomía.

Tabla 5.

Redacción de ítem según la taxonomía.

Dimensión	Taxonomía		
	Cognitivo	Conductual	Emocional
Craving	<i>“Suelo tener pensamientos en los que imagino que he vuelto a consumir”</i>	<i>“He buscado la manera de poder consumir nuevamente”</i>	<i>“Me genera tranquilidad haber dejado de consumir”</i>
Autoeficacia	<i>“Pienso que mi problema de consumo lo puedo solucionar sin la ayuda de los demás”</i>	<i>“Se me facilita más resolver mis problemas bajo el efecto de una sustancia”</i>	<i>“Me siento feliz de estar superando mi problema de consumo”</i>
Estrategias de afrontamiento	<i>“Cuando tengo problemas pienso que se solucionarán”</i>	<i>“Suelo consumir cuando me siento estresado”</i>	<i>“Me alegra saber que puedo resolver mis dificultades”</i>
Factores Psicosociales	<i>“Creo que soy importante para las personas que me rodean”</i>	<i>“Paso más tiempo con amigos que les gusta consumir”</i>	<i>“Me alegra saber que puedo conseguir sustancias psicoactivas cuando salga de aquí”</i>

Para reducir el efecto de aquiescencia, se diseñaron 56 ítems directos y 34 ítems inversos. En la tabla 6 se puede observar la distribución de ítems para cada polarización y dimensión del instrumento, del cual, el 61,7% corresponderían a ítems directos y el 38,2% a ítems inversos, (cabe resaltar que después la etapa final del análisis del juicio de expertos se adicionaron 2 ítems para cada polarización). A su vez, se puede observar un ejemplo de la redacción de algunos de los ítems del instrumento, de acuerdo con la polarización propuesta.

Tabla 6.

Polarización de la prueba y algunos ejemplos de ítems.

DIMENSIÓN	POLARIZACIÓN	TOTAL ÍTEMS	EJEMPLO DE UN ÍTEM
Estrategias de afrontamiento	Directa	10	<i>Soy una persona agresiva cuando tengo problemas</i>
	Inversa	13	<i>El mantenerme ocupado evita que piense en consumir</i>
Craving	Directa	17	<i>Si tuviera la oportunidad de consumir lo haría de inmediato</i>
	Inversa	4	<i>Estoy seguro de que puedo resistirme a la tentación de consumir</i>
Autoeficacia	Directa	11	<i>Se me facilita más resolver mis problemas bajo el efecto de una sustancia</i>
	Inversa	12	<i>Me alegra saber que tengo la capacidad de no volver a consumir</i>
Factores psicosociales	Directa	18	<i>Mis amigos más cercanos consumen sustancias psicoactivas</i>
	Inversa	5	<i>Mis amigos me ayudarán a evitar el consumo</i>

Juicio de expertos.

Los expertos realizaron correcciones en la redacción de algunos ítems, sugiriendo mayor especificidad en la dimensión de *craving*. De acuerdo con la valoración obtenida, los ítems de la dimensión de *autoeficacia para mantenerse en abstinencia* presentaron mayor necesidad de ajuste en el criterio de pertinencia, para lo cual sugirieron focalizar los ítems y encauzarlos al objetivo de evaluación del constructo. Esto también se debe a la misma naturaleza de la

autoeficacia al ser un constructo que se debe delimitar a un contexto en particular para su adecuada evaluación. En cuanto a las dimensiones de *factores de riesgo psicosocial relacionados al consumo y estrategias de afrontamiento*, los jueces propusieron incluir otros contextos y participantes, como las instituciones a las que están vinculados los adolescentes, el equipo psicosocial de estas y la pareja sentimental de los adolescentes como red de apoyo. En esta última observación, se sugirió que la pareja podría influir en la recaída del consumo del adolescente y, aunque se contempló construir un ítem referido a este hecho, se decidió no incluirlo porque la mayor parte de la población con la cual se realizó el pilotaje no se encontraban en una relación de pareja en ese momento.

Finalmente, en cuanto al criterio de suficiencia, los expertos señalaron la necesidad de adicionar ítems para que el instrumento quedara con 94 para el pilotaje: dos ítems en la dimensión autoeficacia para mantenerse en abstinencia (*Me alegra saber que tengo la capacidad de no volver a consumir y El proceso de institucionalización me ha ayuda a dejar el consumo*) y dos ítems para la dimensión de factores de riesgo psicosocial relacionados al consumo de sustancias (*No habría consumido si hubiera nacido en otras condiciones y He sentido el cariño de un hogar*). En términos generales, los ítems obtuvieron valoraciones positivas en los criterios postulados y, en especial, el criterio de coherencia sobresalió, indicando que los ítems contruidos poseen una relación lógica con la dimensión y el constructo a evaluar en el instrumento RR-SPA. Por esta razón los jueces refirieron que no era necesario eliminar ítems, sino realizar ajustes e incluir los propuestos. En la tabla 7 se ilustra la estructura de la prueba modificada a partir de los resultados obtenidos en el proceso de juicio de expertos.

Tabla 7.

Estructura de la prueba para la fase de pilotaje.

DIMENSIONES	PROCESO/TAXONOMÍA			TOTAL
	Cognitivo	Conductual	Emocional	
Autoeficacia	15	4	5	25
Craving	10	8	6	21
Estrategias de afrontamiento	8	8	6	23
Factores psicosociales	11	9	4	25
TOTAL	44	29	21	94

Diagramación del instrumento. Se diseñaron tres formas de prueba (A, B y C) para la fase de pilotaje. Cada una de ellas se diagramó con un orden diferente en la presentación de los ítems, para contrarrestar el efecto de fatiga a modo de contrabalanceo. Para la fase de pilotaje, los participantes aplicaron las distintas formas de prueba de manera aleatoria. Para la forma A y B se imprimieron 39 cuadernillos y para la forma C 23 cuadernillos, para un total de 101 cuadernillos (uno para cada participante), para ver el instrumento final, revisar el apéndice C.

Fase III. Análisis psicométrico del instrumento

Aplicación piloto del instrumento.

El instrumento RR-SPA se aplicó a una muestra de 101 adolescentes en un rango de edad entre 12 y 17 años (la figura 2 ilustra la distribución de edades de la muestra).

La edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas osciló entre los 8 y 16 años (la figura 3 ilustra la distribución de edades de inicio de consumo de SPA de la muestra), con una edad promedio de 12,7 años para el inicio en el consumo.

Análisis psicométricos de los ítems.

La matriz de datos estuvo conformada por 9.430 datos suministrados por los 101 participantes, con respuestas a los noventa y cuatro ítems. Se perdieron sesenta y cuatro datos de

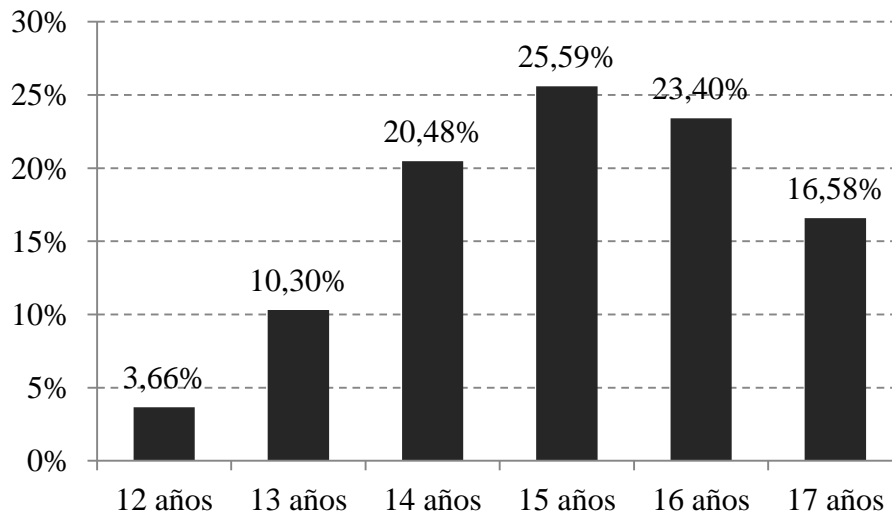


Figura 2. Distribución de edades de los participantes. $\bar{x} = 14,9$; $\sigma = 1,3$

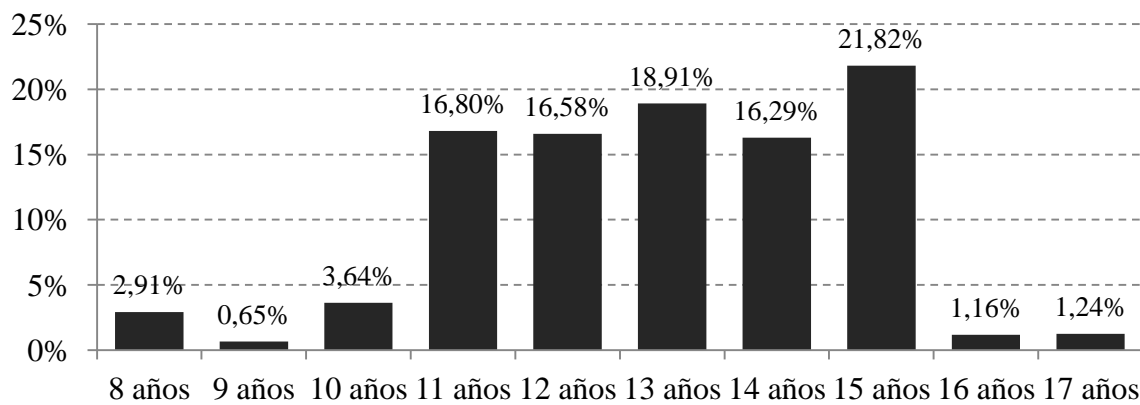


Figura 3. Distribución de la edad de inicio de consumo de los participantes. $\bar{x} = 12,6$; $\sigma = 1,9$

cuatro participantes que contestaron de manera incompleta el instrumento. Para no afectar los indicadores psicométricos y no asumir una polarización en estos casos, se calificaron estos datos perdidos con un puntaje de 3 (punto neutral) en la escala Likert.

La tabla 8 presenta el resumen de las estadísticas descriptivas de las puntuaciones totales del instrumento RR-SPA.

Tabla 8.

Datos estadísticos descriptivos de las puntuaciones totales.

Indicador descriptivo	Valor
Total de participantes	101
Mínima puntuación obtenida	148
Máxima puntuación obtenida	355
Mediana de las puntuaciones	248
Media de las puntuaciones	245,17
Desviación estándar de las puntuaciones	47,30
Varianza de las puntuaciones	2.236,87
Rango de las puntuaciones	207
Mínima puntuación posible	94
Máxima puntuación posible	470
Curtosis de la distribución	-0,65

Como resultado, el instrumento RR-SPA obtuvo un Alfa de Cronbach de ,927 para el total de la prueba, indicando un alto grado de consistencia interna. Esto denota un buen nivel de precisión en las puntuaciones y evidencia un bajo grado de variabilidad en los ítems.

Las discriminaciones de los ítems oscilaron en un rango entre -,28 y ,74. La tabla 9 ilustra el porcentaje de ítems en función de los rangos de discriminaciones obtenidas. Se presentaron seis ítems con discriminación negativa en toda la prueba, de los cuales el ítem que presentó menor discriminación fue “*Ante una situación problemática, prefiero ceder, callarme o irme para evitar problemas con otras personas*”, correspondiente a la dimensión de estrategias de afrontamiento.

Tabla 9.

Porcentaje de ítems según los rangos de discriminación obtenidos.

Rango de discriminación	Porcentaje
Correlaciones inversas y nulas: -.28 a -.01	6.36%
Correlaciones nulas: 0 a .25	27.6%
Correlaciones bajas: .26 a .50	43.6%
Correlaciones medias: .51 a .75	22.3%

De acuerdo con la clasificación de Díaz y Leiva (2013), en la que se postula un estimado de buena correlación superior a .30, se encuentra que el 6.36% de los ítems del instrumento correlacionaron de forma inadecuada, este comportamiento se debió a que la redacción de los ítems presentaba ambigüedades como en el ítem “*dejaría de consumir si me cuidaran más*” o redundancias como “*Me siento muy mal cuando tengo problemas*” que dificultaron su comprensión, posiblemente los adjetivos cantidad (muy o más) generan ruido en la comprensión del ítem, afectando a su vez el índice de dificultad.

La tabla 10 ilustra los rangos de discriminación de los ítems para cada dimensión a la que teóricamente pertenecen y el porcentaje de ítems que obtuvieron discriminaciones superiores a .30.
Tabla 10.

Relación del rango de discriminación obtenido en cada una de las dimensiones y el porcentaje de ítems con discriminaciones superiores a ,30.

DIMENSIÓN	Rango de discriminación de ítems	Porcentaje de ítems con discriminación mayores a ,30
Autoeficacia	-.09 a .6	52%
Craving	.35 a .74	100%
Estrategias de afrontamiento	-.28 a .41	16,6%
Factores de riesgo psicosocial	-.09 a .59	68%

La figura 4 ilustra la relación entre discriminación y dificultad de los ítems del instrumento RR-SPA, categorizados por dimensiones.

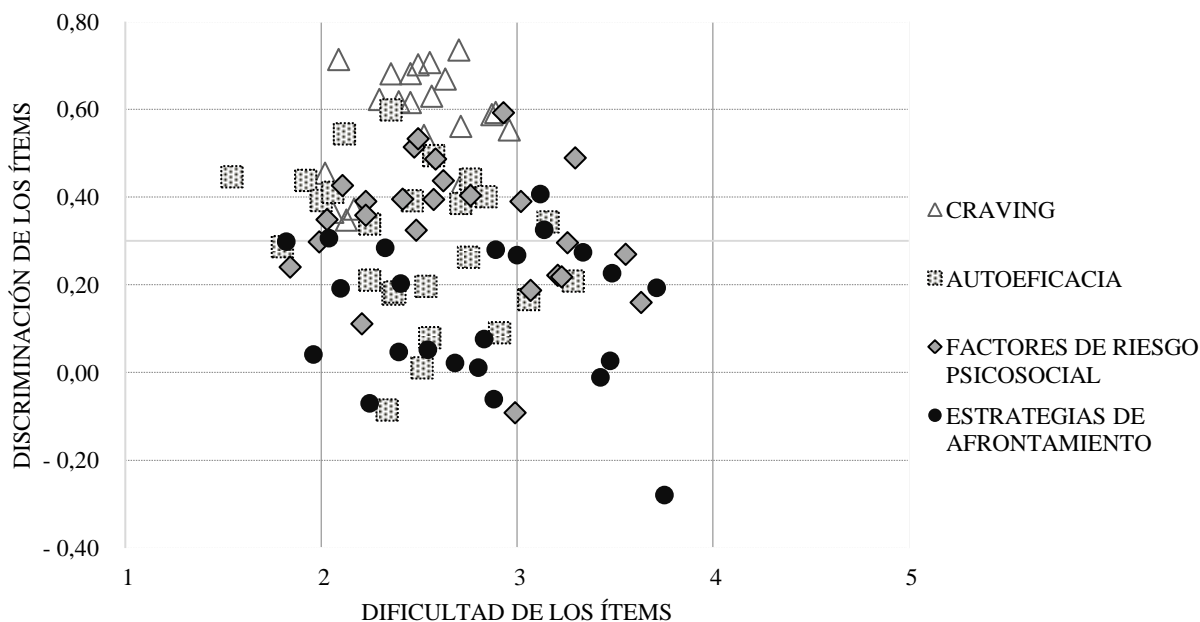


Figura 4. Relación entre discriminación y dificultad de los ítems del instrumento RR-SPA.

La dimensión de *craving* obtuvo un comportamiento homogéneo y con discriminaciones favorables, a diferencia de la dimensión de *estrategias de afrontamiento*, cuyos indicadores se presentaron de manera dispersa y con discriminaciones por debajo de .30 en su mayoría. En términos generales, se evidencia que la mitad de los ítems (aproximadamente) se ubican en discriminaciones superiores a .30 y la otra mitad con discriminaciones bajas o nulas, permitiendo identificar los ítems que podrían ser incluidos (que en su mayoría corresponden a la dimensión de *craving* y de factores psicosociales) y eliminados (que en su mayoría corresponden a estrategias de afrontamiento y autoeficacia) para la diagramación final del instrumento.

A continuación, se grafica para cada dimensión la relación de dificultad y discriminación de cada ítem, con el objetivo de analizar la calidad psicométrica de cada reactivo y señalar cuáles deberían ser eliminados del instrumento. A su vez, se hace un análisis de contenido de los ítems

que presentaron un comportamiento deficiente, para así generar algunas hipótesis de las razones de este comportamiento. También es importante evaluar los indicadores psicométricos de los ítems que fueron diseñados con polarización inversa, para saber si su forma de presentación pudo tener alguna influencia en la comprensión del ítem. En las gráficas, los ítems ilustrados con figura de rombo (♦) corresponden a una polarización directa y los ítems ilustrados con figura de círculo (●) corresponden a una polarización inversa.

Análisis de la subescala de autoeficacia para mantenerse en abstinencia. La figura 5 ilustra los indicadores psicométricos de los ítems de la subescala de autoeficacia para mantenerse en abstinencia, donde se detalla el cruce entre la dificultad (ilustrada sin realizar transformación de la escala) y la discriminación de cada ítem.

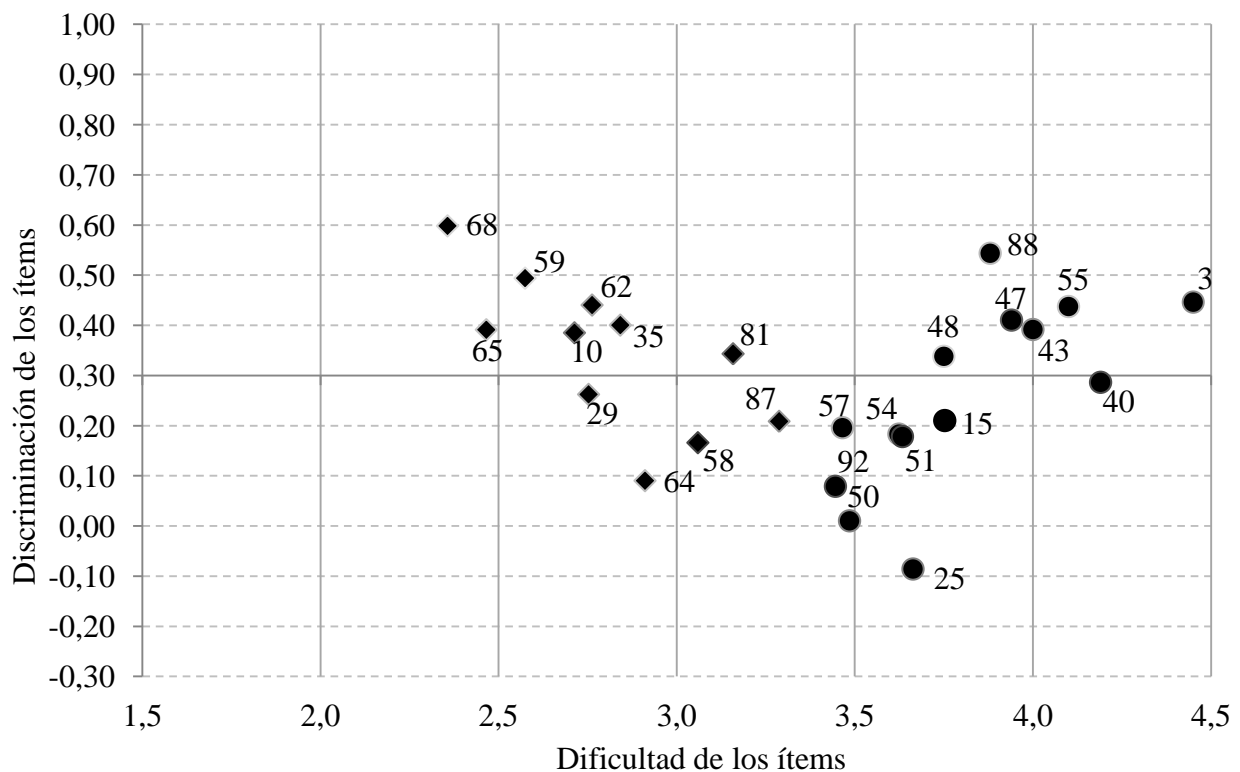


Figura 5. Relación de discriminación y dificultad de los ítems de la dimensión de Autoeficacia para mantener la abstinencia.

La tabla 11 detalla el contenido de cada uno de los ítems de la dimensión de *autoeficacia para mantenerse en abstinencia*, ordenados de mayor a menor discriminación.

Tabla 11.

Ítems de autoeficacia ordenados por discriminación.

#	Contenido	Disc.
68	Se me facilita más resolver mis problemas bajo el efecto de una sustancia	0,60
<u>88</u>	Me alegra saber que tengo la capacidad de no volver a consumir	0,54
59	Evito proponer metas a largo plazo porque sé que no lograré cumplirlas	0,49
<u>3</u>	Me gusta colocarme metas sobre mi proceso de abstinencia	0,45
62	Me da miedo asumir retos que pienso que voy a fracasar	0,44
<u>55</u>	Me siento feliz de estar superando mi problema de consumo	0,44
<u>47</u>	Creo que puedo controlar el consumo de sustancias psicoactivas	0,41
35	Cuando esté con mis amigos será difícil mantener la abstinencia	0,40
<u>43</u>	Tengo la habilidad para mantenerme en abstinencia	0,39
65	Las personas que han dejado de consumir ha sido porque han tenido suerte	0,39
10	Es difícil lograr lo que me propongo	0,39
81	Siento que las personas me exigen más de lo que puedo dar	0,34
<u>48</u>	Mantenerme en abstinencia depende única y exclusivamente de mi	0,34
<u>40</u>	Estoy haciendo planes para dejar de consumir	0,29
29	Mantenerme en abstinencia depende de mí red de apoyo y no de mí	0,26
<u>15</u>	Cuando me propongo retos siempre los alcanzo	0,21
87	El mantenerme en abstinencia es imposible	0,21
<u>57</u>	Soy capaz de manejar las situaciones difíciles por mi cuenta	0,20
<u>54</u>	Tengo habilidades para resolver mis problemas fácilmente	0,18
<u>51</u>	Cuando tengo situaciones difíciles siempre encuentro la solución	0,18
58	A veces creo que es difícil alcanzar las metas	0,17
64	Los logros que he tenido relacionados a mi abstinencia han sido gracias a los demás	0,09
<u>92</u>	El proceso de institucionalización me ha ayudado a dejar el consumo	0,08
<u>50</u>	Pienso que mi problema de consumo lo puedo solucionar sin la ayuda de los demás	0,01
<u>25</u>	Estoy seguro de que soy capaz de finalizar el proceso	-0,09

Nota: El número subrayado corresponde a los ítems con redacción inversa

La dimensión de *autoeficacia para mantenerse en abstinencia* presentó un comportamiento psicométrico aceptable en general. En cuanto a los ítems con polarizaciones inversas y directas, se puede observar que ambos estilos tuvieron diferentes indicadores de discriminación, por lo

cual se puede suponer que los ítems con redacción inversa no tuvieron un efecto en la comprensión de las afirmaciones. En esta dimensión, los ítems obtuvieron dificultades medias-bajas, lo que indica que la población tiene niveles óptimos de autoeficacia o que es común encontrar altas expectativas de sus propias capacidades para mantenerse en abstinencia. Por ejemplo, el ítem “*Me gusta colocarme metas sobre mi proceso de abstinencia*” obtuvo una dificultad de 4,3 (el ítem más fácil), por lo que se puede suponer que los participantes estaban indicando estar de acuerdo con esta afirmación. Revisando la dificultad de todos los ítems, se puede observar que aquellos con redacción directa fueron más difíciles que los de redacción inversa.

En total, doce ítems tuvieron discriminaciones inferiores a .30, y revisando su contenido, no se encuentra una tendencia que busque explicar este comportamiento, pues ítems de distintas dificultades tenían a su vez distintas discriminaciones y tanto ítems inversos como directos tuvieron discriminaciones distintas entre ellos. Revisando los cuatro ítems que tuvieron menor discriminación, una posible hipótesis a este comportamiento se deba a que están relacionados con la autoeficacia en función de otras personas (incluyendo el proceso mismo de institucionalización), por lo cual se puede suponer que esta dimensión se debería evaluar considerando más las capacidades propias del sujeto y no tanto la intervención de otras personas sobre este atributo.

De igual modo, estos ítems también pueden considerarse como estrategias de afrontamiento, lo cual posiblemente llevó a que se presentaran discriminaciones dudosas en este sentido. Por el contrario, los ítems que tuvieron mejores discriminaciones fueron aquellos que hacían referencias a percepciones propias de la capacidad para evitar el consumo.

Análisis de la subescala de craving. La figura 6 ilustra los indicadores psicométricos de los ítems de la subescala de *craving*, donde se detalla el cruce entre la dificultad (ilustrada sin realizar transformación de la escala) y la discriminación de cada ítem.

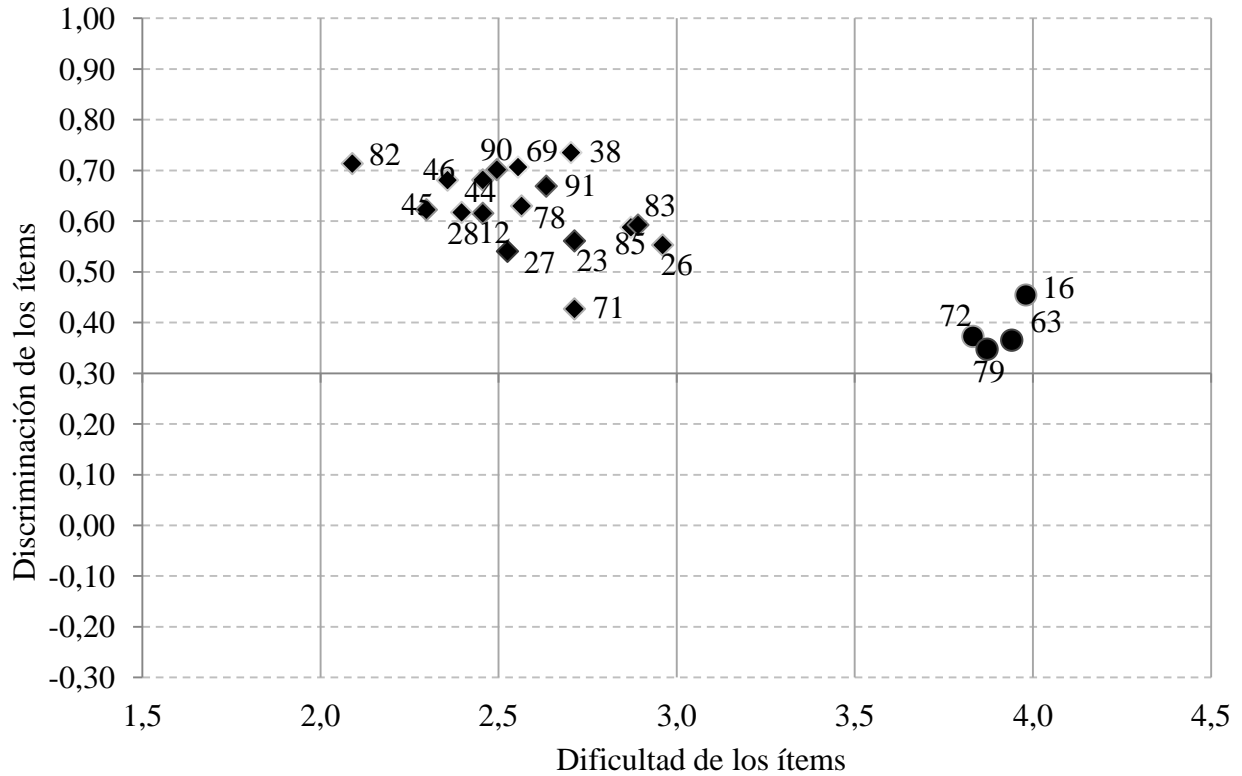


Figura 6. Relación de discriminación y dificultad de los ítems de la dimensión de craving.

La tabla 12 detalla el contenido de cada uno de los ítems de la dimensión de *craving*, ordenados de mayor a menor discriminación.

Tabla 12.

Ítems de craving ordenados por discriminación.

#	Contenido	Dis
38	Me gusta imaginar el olor, la textura y el sabor de alguna sustancia psicoactiva	0,74
82	Quiero consumir otras sustancias que desconozco	0,71
69	Me sentiría menos irritado si pudiera consumir al menos un poco	0,71
90	Quiero volver a sentir los efectos de las sustancias que consumía	0,70

#	Contenido	Dis
44	Mi estado de ánimo es mejor cuando tengo pensamientos relacionados al consumo	0,68
46	Siento un fuerte deseo por consumir ante la presencia de pintura, alcohol, pegante, thinner u otros similares	0,68
91	Siento más ganas de consumir cuando estoy estresado	0,67
78	Mi estado de ánimo sería mejor si consumiera	0,63
45	He buscado la manera de poder consumir nuevamente	0,62
28	En la última semana he tenido deseo por consumir sustancias psicoactivas	0,62
12	Siento deseos de consumir si veo películas, videos o canciones que hablen del consumo	0,62
83	Extraño estar consumiendo	0,59
85	Sé que me pondría ansioso si tuviera contacto con alguna sustancia	0,59
23	Siento deseos de consumir cuando paso por un lugar donde sé que puedo conseguir sustancias psicoactivas	0,56
26	Suelo tener pensamientos en los que imagino que he vuelto a consumir	0,55
27	Me dan deseos de consumir cuando escucho hablar sobre sustancias psicoactivas	0,54
<u>16</u>	Me genera tranquilidad haber dejado de consumir	0,45
71	Si tuviera la oportunidad de consumir lo haría de inmediato	0,43
<u>79</u>	Mis deseos por consumir cada día son menores	0,37
<u>63</u>	Estoy seguro de que puedo resistirme a la tentación de consumir	0,37
<u>72</u>	Cuando tengo deseos de consumir, hago lo posible por evitarlo	0,35

Nota: El número subrayado corresponde a los ítems con redacción inversa

Los 21 ítems que componen la dimensión de *craving* se destacaron favorablemente en sus discriminaciones, ya que fueron explícitos en su contenido con relación al consumo, por ejemplo en los ítems: *“Me gusta imaginar el olor, la textura y el sabor de alguna sustancia psicoactiva”*, *“Siento un fuerte deseo por consumir ante la presencia de pintura, alcohol, pegante, thinner u otros similares”* y *“Siento deseos de consumir si veo películas, videos o canciones que hablen del consumo”*.

En cuanto a la dificultad de los ítems, cabe resaltar que los descritos en forma inversa fueron los más fáciles en comparación con los otros, pero también fueron los de menores discriminaciones. Revisando el contenido de los ítems que tuvieron menores discriminaciones, se encuentra que están relacionados con la respuesta que tienen los sujetos ante la presencia del

deseo de consumo, por lo cual es posible que las diferencias en el tiempo de institucionalización que llevan los participantes hayan generado que los indicadores no sean tan favorables.

En todo caso, es evidente que la dimensión de *craving* es la que más cobra importancia a la hora de evaluar el riesgo de recaída de consumo de SPA, pues sus discriminaciones son superiores en comparación con los ítems de las otras dimensiones.

Análisis de la subescala de factores de riesgo psicosocial. La figura 7 ilustra los indicadores psicométricos de los ítems de la subescala de *factores de riesgo psicosocial*, donde se detalla el cruce entre la dificultad (ilustrada sin realizar transformación de la escala) y la discriminación de cada ítem.

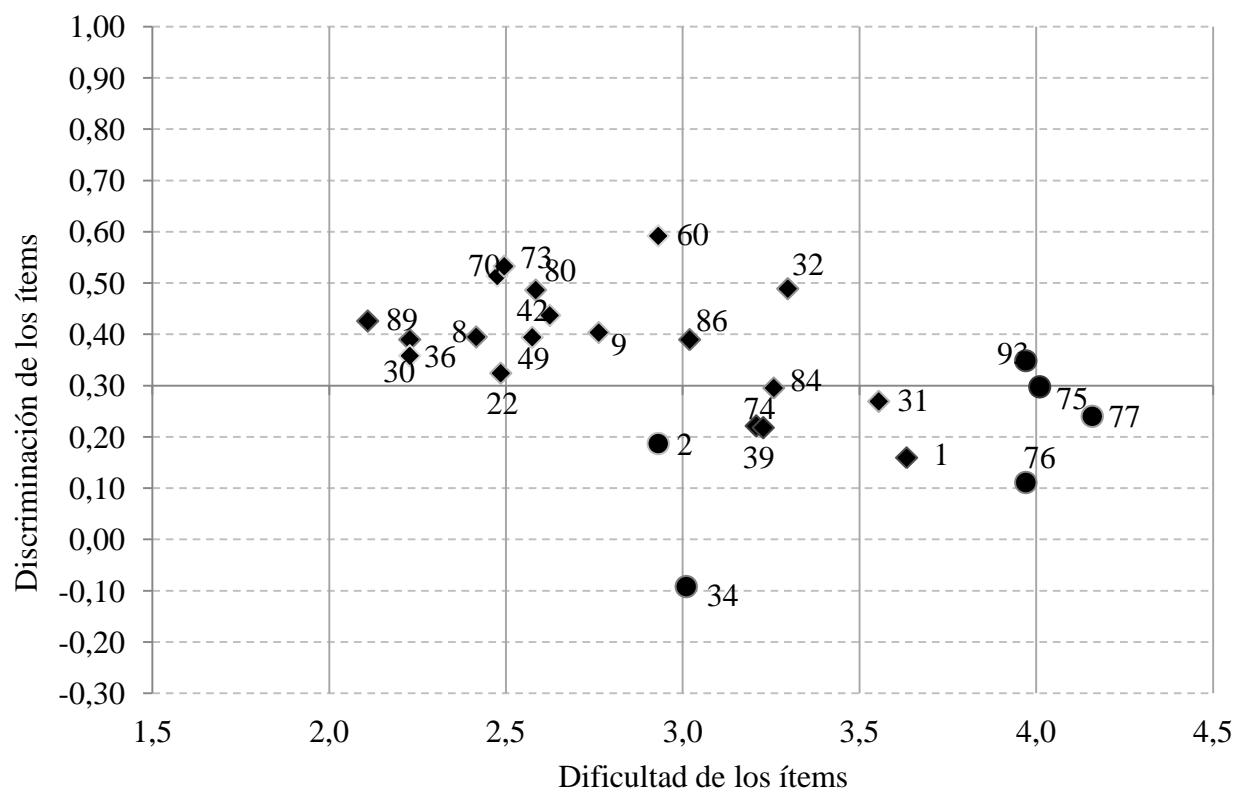


Figura 7. Relación de discriminación y dificultad de los ítems de la dimensión de factores de riesgo psicosocial.

La tabla 13, describe el contenido de cada uno de los ítems de la dimensión de *factores de riesgo psicosocial*, ordenados de mayor a menor discriminación.

Tabla 13.

Ítems de factores de riesgo psicosocial ordenados por discriminación.

#	Contenido	Disc.
60	Paso más tiempo con amigos que les gusta consumir	0,59
73	Me alegra saber que puedo conseguir sustancias psicoactivas cuando salga de aquí	0,53
70	He vivido con diferentes personas o familiares a causa de mi consumo	0,51
32	Se me facilita conseguir sustancias psicoactivas	0,49
80	He consumido sustancias con algún familiar o pariente cercano	0,49
42	No habría consumido si mi familia hubiese sido como la de los demás	0,44
89	No habría consumido si hubiera nacido en otras condiciones	0,43
9	Por lo general hago lo que yo quiero	0,40
8	Me siento más tranquilo cuando estoy fuera de mi hogar	0,40
49	Siento que puedo recaer en el consumo si estoy con otras personas que están consumiendo	0,39
36	Si dejo el consumo perderé a mis amigos	0,39
86	Mis familiares discuten frecuentemente por mi problema de consumo	0,39
30	A mis familiares no les importa si consumo	0,36
<u>93</u>	He sentido el cariño de un hogar	0,35
22	He cambiado varias veces de lugar de residencia a causa de mi consumo	0,32
<u>75</u>	En mi contexto familiar tengo personas que me ayudan a mantenerme en abstinencia	0,30
84	He interrumpido varias veces mis estudios o trabajo a causa de mi consumo	0,30
31	Mis amigos más cercanos consumen sustancias psicoactivas	0,27
<u>77</u>	Tengo a alguien que me apoyaría cuando salga de aquí	0,24
74	Me siento solo, aunque esté rodeado de mucha gente	0,22
39	He influenciado a otras personas a consumir sustancias psicoactivas	0,22
<u>2</u>	Mis amigos me ayudarán a evitar el consumo	0,19
1	La mayoría de los jóvenes de mi barrio consumen sustancias psicoactivas	0,16
<u>76</u>	Creo que soy importante para las personas que me rodean	0,11
<u>34</u>	Dejaría de consumir si me cuidaran más	-0,09

Nota: El número subrayado corresponde a los ítems con redacción inversa

La dimensión de *factores de riesgo psicosocial* presentó un comportamiento muy variado en los indicadores psicométricos, teniendo en cuenta que es una dimensión susceptible a diferentes

variables como la tipología familiar, pautas de crianza, escolaridad, aspectos socioeconómicos, entre otros. De todos los ítems, los de redacción directa tuvieron mejores indicadores de discriminación que los de redacción inversa (en su mayoría), lo cual permite suponer que la forma de redacción del ítem pudo inferir en la comprensión de las afirmaciones para esta dimensión.

Analizando los ítems con mayores discriminaciones, se encuentra que están relacionados con un contexto en el cual los familiares y los amigos también consumen y con la facilidad de conseguir sustancias psicoactivas. Por el contrario, los de menores discriminaciones se deben al estado emocional (incluyendo autoestima) y a la red de apoyo que tienen los adolescentes. En esta última se evidencia que los participantes estaban manifestando tener una red de apoyo, más que todo familiar, pues los indicadores de dificultad para estos ítems fueron superiores a 3,8. Por ejemplo, en el ítem “*En mi contexto familiar tengo personas que me ayudan a mantenerme en abstinencia*”, un 52% de la muestra contestó en el punto 5 (totalmente de acuerdo) de la escala, y en el caso del ítem “*A mis familiares no les importa si consumo*”, el 58% de los evaluados estuvo en total desacuerdo con la afirmación.

Análisis de la subescala de estrategias de afrontamiento. La figura 8 ilustra los indicadores psicométricos de los ítems de la dimensión estrategias de afrontamiento, donde se detalla el cruce entre la dificultad (ilustrada sin realizar transformación de la escala) y la discriminación de cada ítem.

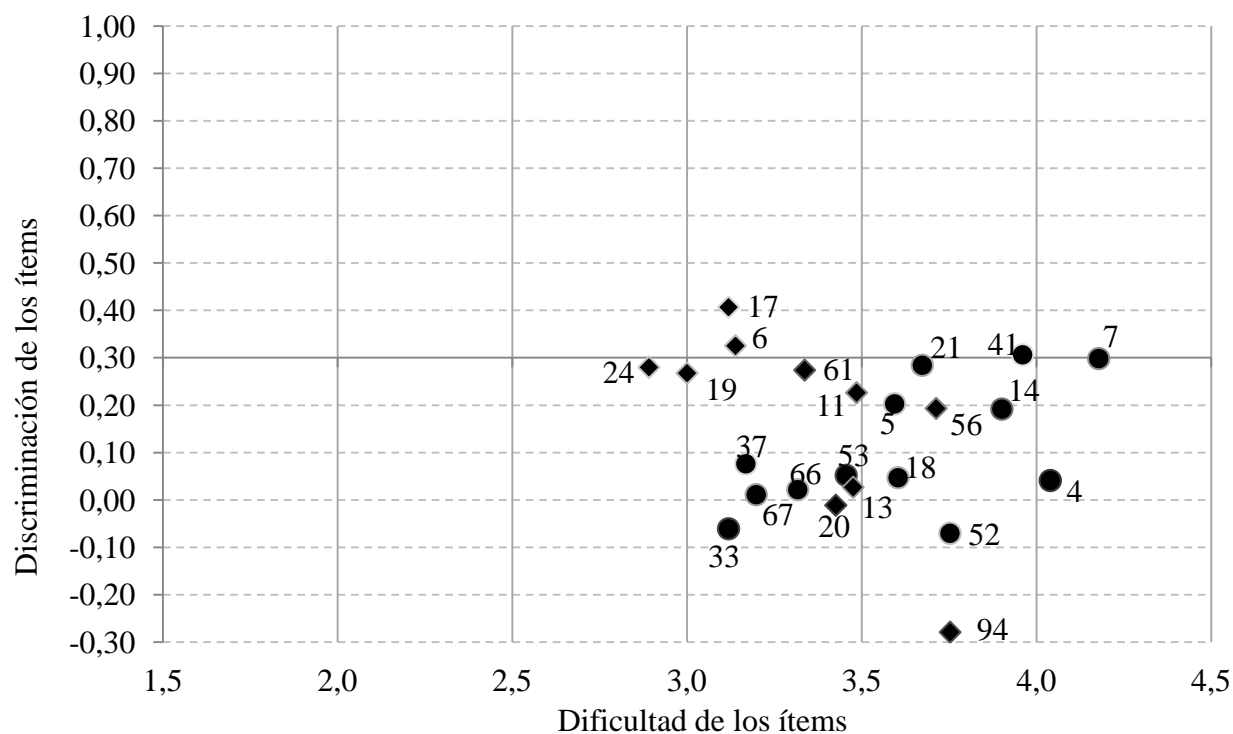


Figura 8. Relación de discriminación y dificultad de los ítems de la dimensión de estrategias de afrontamiento.

En la tabla 14 se expone el contenido de cada uno de los ítems de la escala perteneciente a la dimensión de *estrategias de afrontamiento*, ordenados de mayor a menor discriminación.

Tabla 14.

Ítems Estrategias de Afrontamiento.

#	Contenido	Disc.
17	Suelo consumir cuando me siento estresado	0,41
6	Soy una persona agresiva cuando tengo problemas	0,33
41	El mantenerme ocupado evita que piense en consumir	0,31
7	Me alegra saber que puedo resolver mis dificultades	0,30
21	Ante las dificultades siempre trato de mantener la calma	0,28
24	Pienso que consumir no es un problema para mí	0,28
61	Duro mucho tiempo molesto con las personas con quien he tenido problemas o discusiones	0,27
19	Me resulta más fácil dejar de pensar en mis problemas que afrontarlos	0,27
11	Cuando tengo situaciones que me son estresantes me irrito con las personas así no estén implicadas en la situación	0,23
5	Cuando tengo problemas analizo cuáles fueron las causas	0,20
56	Me enoja cuando no puedo solucionar mis problemas	0,19
14	Cuando estoy en problemas reconozco que también puede ser mi culpa	0,19

<u>37</u>	Le cuento a familiares, amigos, personas cercanas o a un profesional cuando tengo problemas que no puedo resolver	0,08
<u>53</u>	Busco diferentes alternativas para solucionar mis problemas	0,05
<u>18</u>	Cuando tengo problemas pienso que se solucionarán	0,05
<u>4</u>	Es mejor afrontar las situaciones difíciles	0,04
13	Suelo alejarme o realizar otras actividades para evitar mis problemas	0,03
<u>66</u>	Veo el lado bueno de los problemas que se me presentan	0,02
<u>67</u>	Pienso que es mejor buscar ayuda de otros	0,01
20	Me siento muy mal cuando tengo problemas	-0,01
<u>33</u>	Me negaría ante la oportunidad de volver a consumir	-0,06
<u>52</u>	Siempre tengo que buscar solución a mis problemas	-0,07
94	Ante una situación problemática, prefiero ceder, callarme o irme para evitar problemas con otras personas	-0,28

Nota: El número subrayado corresponde a los ítems con redacción inversa

La dimensión de *estrategias de afrontamiento* presentó un comportamiento desfavorable en relación con las otras dimensiones, ya que tan solo 4 de los ítems construidos tuvieron discriminaciones superiores a ,30 y tan solo uno logró superar una discriminación de ,40. Esto puede atribuirse a que los ítems no estuvieron del todo enfocados en la temática de consumo, sino que fueron construidos como estrategias de afrontamiento a situaciones generales. Este caso se evidencia p. ej. En ítems como: “*Siempre tengo que buscar solución a mis problemas*”, “*Me siento muy mal cuando tengo problemas*” o “*Pienso que es mejor buscar ayuda de otros*”. En el caso del ítem que tuvo la menor discriminación: “*Ante una situación problemática, prefiero ceder, callarme o irme para evitar problemas con otras personas*”, se puede observar que la correlación es significativa pero es inversa, por lo cual el estadístico sugiere que debe cambiarse a polarización negativa. Sin embargo, al no superar el coeficiente de ,30, se sugiere eliminar este ítem para la versión final del instrumento y así evitar ambigüedad en cuanto a su polarización.

Por último, para esta dimensión se encontró un uso excesivo de la palabra “*problema*”, la cual fue escrita en 15 de los 21 ítems construidos, lo que posiblemente generó un sesgo de

incertidumbre, pues un 18 % de la población puntuó 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo) en los ítems de esta dimensión.

Análisis factorial exploratorio.

Se revisó la viabilidad de efectuar un análisis factorial exploratorio para los 94 ítems que se construyeron y que pasaron por fase de pilotaje, a partir de un análisis de la matriz de correlaciones de los ítems con el test de esfericidad de Bartlett y de la adecuación muestral Kaiser-Mayer-Olkin (KMO). El test de esfericidad de Bartlett compara la matriz de correlación de los ítems con una matriz identidad, para evaluar si existen correlaciones significativas entre los ítems que merezcan factorizarse. El índice de adecuación muestral (KMO) compara las correlaciones parciales de los ítems con las correlaciones totales, esperando que las primeras sean menores a las segundas y así, confirmando que haya algún grado de comunalidad entre los ítems también para factorizarse.

En la tabla 15 se ilustran los resultados obtenidos de este primer análisis de viabilidad con la totalidad de los ítems.

Tabla 15.

Índice de viabilidad del análisis factorial con 94 ítems.

Prueba estadística	Valor	
Medida de adecuación de muestreo Kaiser-Meyer-Olkin	,157	
Prueba de esfericidad de Bartlett	Ji Cuadrado	7286,914
	Grados de libertad	4371
	Significancia	,000

A partir de los resultados encontrados, se puede afirmar que no es viable realizar un análisis factorial, debido a que las correlaciones parciales entre los ítems resultaron mayores a las correlaciones totales y, por ende, se asume una baja comunalidad entre ellos.

Debido a este hallazgo, se decide considerar únicamente los ítems que tienen discriminaciones superiores a .30 (modificando la estructura de la prueba, ver anexo D). obteniendo como resultado una matriz conformada por 55 ítems y a la cual nuevamente se evaluó la viabilidad de efectuar un análisis factorial y evaluar la dimensionalidad del instrumento.

Viabilidad del análisis factorial. De los 94 ítems construidos y que pasaron por fase de pilotaje, 55 contaron con discriminaciones superiores a .30 y con ellos se evaluó la viabilidad de efectuar el análisis factorial exploratorio.

El indicador de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el índice de esfericidad de Bartlett indican que es viable efectuar un análisis factorial para estos ítems. Estos indicadores se pueden observar en la tabla 16.

Teniendo en cuenta esto, se realizó el análisis factorial exploratorio con los 55 ítems escogidos y se aplicaron los métodos de extracción de análisis por componentes principales (ACP) y factorización de ejes principales (FEP) con rotación ortogonal y no ortogonal, para así buscar la matriz más parsimoniosa y verosímil con los modelos teóricos propuestos.

Tabla 166.

Índice de viabilidad del análisis factorial con 55 ítems.

Prueba estadística	Valor
Medida de adecuación de muestreo Kaiser-Meyer-Olkin	,756
La prueba de esfericidad de Bartlett	Ji Cuadrado
	Grados de libertad
	Significancia
	3220,960
	1485
	,000

Análisis de varianza explicada por el modelo. Los métodos de extracción simplifican la información encontrada mediante la agrupación de los ítems que se encuentren altamente correlacionados entre sí, buscando factores comunes que expliquen la mayor cantidad de varianza encontrada y dando una evidencia de la dimensionalidad del instrumento. Los métodos

de rotación redistribuyen las cargas factoriales de los ítems y buscan un marco de referencia diferente para comprender la relación entre los factores (o componentes) y los ítems, para así lograr una interpretación diferente de las agrupaciones encontradas. Esta rotación puede ser ortogonal (en la que usualmente se utiliza *varimax*) para mantener la independencia entre los factores (o componentes), o puede ser oblicua (en la que usualmente se utiliza *oblimin*) cuando se asume que existe una relación teórica entre los factores (o componentes).

La tabla 17 ilustra los porcentajes de varianza explicados por el método de extracción de Análisis de Componentes Principales (ACP) sin rotar y con rotación ortogonal y oblicua. La tabla 18 ilustra esta misma información, pero para el caso del método de extracción por Factorización de Ejes Principales (FEP).

La extracción por ACP sin rotar obtuvo una varianza total explicada de 28,55% en el primer componente y 6.01% para el segundo componente, lo que permite suponer que la mayor parte de

Tabla 177.

Total de varianza explicada con método de extracción por análisis de componentes principales (ACP), sin rotar y con rotación (ortogonal y oblicua).

Componente	Varianza explicada con método de extracción por ACP sin rotar			Varianza explicada con método de extracción por ACP con rotación <i>varimax</i>			Varianza ACP con rotación <i>oblimin</i>
	Valor propio	% varianza explicada	% varianza Acumulado	Valor propio	% varianza explicada	% varianza acumulado	Valor propio
1	15,702	28,549	28,549	4,180	7,600	7,600	5,691
2	3,306	6,012	34,561	4,153	7,552	15,152	5,194
3	2,202	4,004	38,565	3,555	6,465	21,617	5,335
4	2,016	3,665	42,229	2,941	5,348	26,964	4,821
5	1,971	3,583	45,812	2,803	5,097	32,061	4,344
6	1,835	3,337	49,149	2,543	4,623	36,685	4,187
7	1,721	3,130	52,279	2,462	4,477	41,161	4,678
8	1,632	2,967	55,245	2,438	4,434	45,595	3,524
9	1,544	2,808	58,053	2,438	4,432	50,027	3,656
10	1,393	2,532	60,586	2,383	4,333	54,360	3,369
11	1,375	2,501	63,087	2,274	4,134	58,494	5,359
12	1,314	2,390	65,476	2,186	3,974	62,468	3,515
13	1,244	2,261	67,737	1,779	3,235	65,703	5,720

14	1,179	2,143	69,880	1,764	3,207	68,910	2,897
15	1,034	1,880	71,761	1,568	2,851	71,761	2,684

Tabla 18.

Total de varianza explicada con método de extracción por factorización de ejes principales (FEP), sin rotar y con rotación (ortogonal y oblicua).

Factor	Varianza explicada con método de extracción por FEP sin rotar			Varianza explicada con método de extracción por FEP con rotación <i>varimax</i>			Varianza FEP con rotación <i>oblmin</i>
	Valor propio	% varianza explicada	% varianza Acumulado	Valor propio	% varianza explicada	% varianza acumulado	Valor propio
1	15,357	27,921	27,921	3,955	7,191	7,191	5,627
2	2,907	5,285	33,206	3,940	7,163	14,354	4,653
3	1,803	3,277	36,483	3,073	5,588	19,942	4,363
4	1,610	2,927	39,411	2,353	4,279	24,221	3,640
5	1,569	2,852	42,263	2,307	4,194	28,415	3,769
6	1,420	2,581	44,844	2,254	4,098	32,514	3,672
7	1,326	2,411	47,255	2,119	3,852	36,366	4,946
8	1,246	2,265	49,520	2,067	3,758	40,124	4,953
9	1,151	2,093	51,613	2,009	3,653	43,777	1,165
10	1,008	1,833	53,447	1,993	3,623	47,400	4,650
11	,960	1,746	55,192	1,830	3,327	50,728	2,732
12	,935	1,700	56,892	1,825	3,318	54,046	4,505
13	,879	1,599	58,491	1,395	2,537	56,583	3,371
14	,783	1,424	59,915	1,392	2,530	59,113	5,332
15	,614	1,117	61,032	1,055	1,919	61,032	5,793

Los ítems tienen cargas significativas en el primer componente. Los estadísticos mostraron un comportamiento similar para la extracción por FEP sin rotar, donde el primer factor explica un 27,92% de la varianza y el segundo factor un 5,28%. Para ambos métodos se puede suponer unidimensionalidad del instrumento, utilizando el método de comparación de razones de varianzas explicadas de Spearman, pues en ambos casos el primer factor (o componente) explica cuatro veces más varianza que el segundo.

El porcentaje de varianza explicada por el primer factor con el método de extracción por FEP fue de .628% menor que el explicado con el método de ACP, debido a que el primero estima la

comunalidad tratando de reducir la unicidad del modelo, mientras que el segundo asume que puede explicar toda la varianza encontrada (incluyendo la de la especificidad y la del error).

En cuanto a la varianza explicada por el modelo rotado (tanto ortogonal como no ortogonal), no se puede asumir unidimensionalidad del instrumento con el criterio de Spearman y el porcentaje de varianza explicada en el primer factor (o componente, según el caso) no supera el 8% de la varianza total encontrada.

La figura 9 ilustra la comparación del gráfico de sedimentación para el método de extracción de ACP sin rotar y con rotación ortogonal y no ortogonal. Se puede observar que el porcentaje de varianza del primer factor es ampliamente distante del segundo si no se rota el modelo, mostrando una clara agrupación de los ítems en el primer componente. Sin embargo, en los casos con rotación (tanto ortogonal como oblicua) se puede observar que el porcentaje de varianza explicada es mínimo por cada uno de los componentes y no es muy distante entre ellos. Este mismo comportamiento se puede observar en la figura 10, donde se compara esta misma información, pero en el caso del método de extracción por FEP.

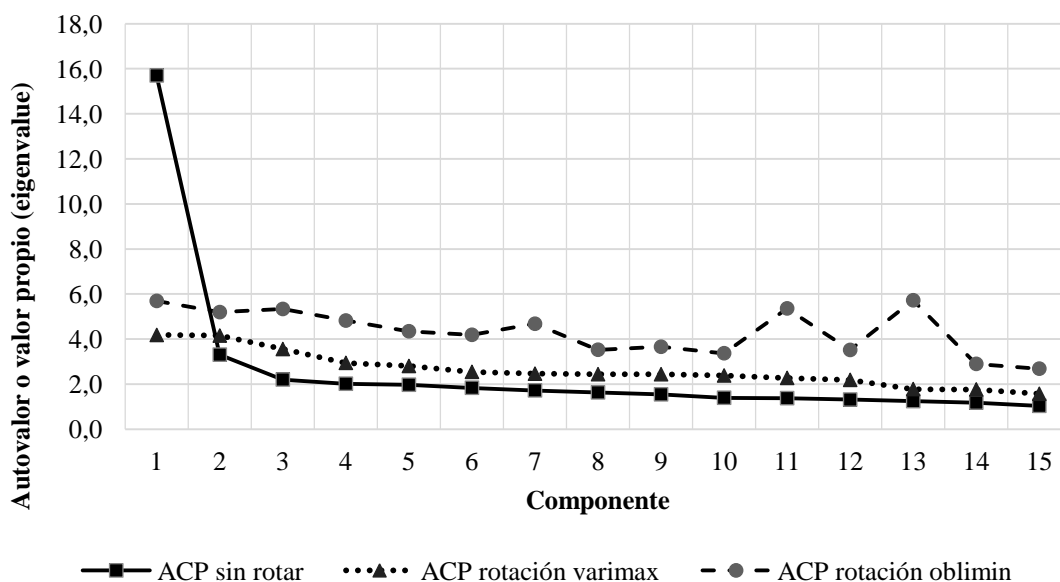


Figura 9. Comparación del gráfico de sedimentación de Análisis de Componentes Principales (ACP) sin rotar, con rotación ortogonal y rotación oblicua.

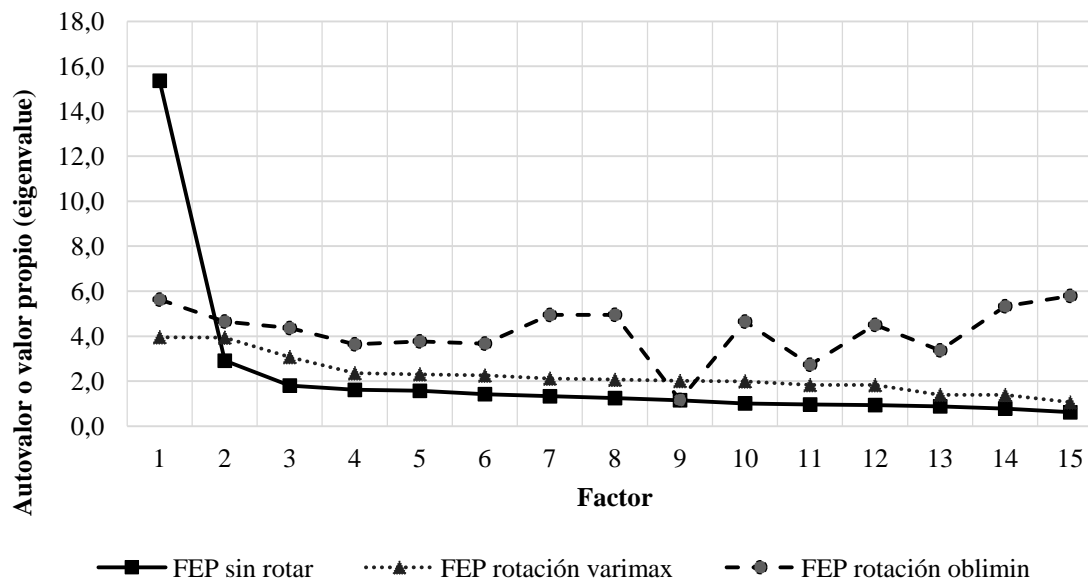


Figura 10. Comparación del gráfico de sedimentación de Factorización de Ejes Principales (FEP) sin rotar, con rotación ortogonal y rotación oblicua.

Para decidir si el modelo de factorización sin rotar es más parsimonioso y verosímil que el modelo rotado (sea el caso del ACP o del FEP), se hace necesario analizar las agrupaciones de los ítems en los factores (o componentes) a través de la información suministrada por las matrices factoriales.

Análisis de las matrices factoriales.

La tabla 19 ilustra la comparación de las matrices factoriales de los métodos de extracción de ACP y de FEP sin rotar y con rotación ortogonal y oblicua, fijando la extracción solamente de los cuatro primeros factores (y componentes), teniendo en cuenta las dimensiones propuestas por la base teórica desde los Modelos de Litman y Marlatt y Gordon.

En las matrices factoriales sin rotar se encontró que en el primer factor (y componente) se agruparon todos ítems seleccionados para este procedimiento, mostrando otra evidencia para la unidimensionalidad del instrumento. También se encontraron dobles cargas para algunos ítems

en los otros factores, aunque son muy distantes estas saturaciones de las encontradas en el primer factor.

En cuanto a las matrices factoriales con rotación (tanto ortogonal como no ortogonal), se encontró una alta redistribución de las cargas en los diferentes factores. Se esperaba encontrar que estas redistribuciones correspondieran con las dimensiones teóricas propuestas, pero en cada uno de los factores se agruparon ítems de las diferentes dimensiones, lo que dificultó establecer una significación teórica clara en función del modelo teórico. En este sentido, todas las matrices rotadas mostraron modelos poco parsimoniosos para los efectos de lo que se quiere evaluar, tanto en el método de extracción por ACP como en el de FEP. Por esta razón, se decidió considerar únicamente el modelo sin rotar para la interpretación de la matriz factorial y asumir la unidimensionalidad del instrumento construido.

Tabla 18.
Matrices factoriales de los cuatro primeros componentes (ACP) y factores (FEP) sin rotación, con rotación ortogonal y rotación oblicua.

Ítem	Matriz factorial FEP sin rotar				Matriz factorial ACP sin rotar				Matriz factorial FEP con rotación varimax				Matriz factorial ACP con rotación varimax				Matriz factorial FEP con rotación oblimin				Matriz factorial ACP con rotación oblimin			
	F1	F2	F3	F4	C1	C2	C3	C4	F1	F2	F3	F4	C1	C2	C3	C4	F1	F2	F3	F4	C1	C2	C3	C4
12CR	,657				,663										,300	,403		,405	,306	,384		,435		
16CR	,482				,495										,365	,407		,355	,301					
23CR	,597				,604				,564				,572	,314	,406							,399		
26CR	,625				,632				,523				,594							,403		,386	,307	
27CR	,654				,655				,421	,559			,433	,542					,455		,318	,320		
28CR	,664				,671			,335				,335					,352		,442	,385		,466		
38CR	,794				,795			,473	,414			,481	,392			,406	,507	,408	,450	,525	,447	,327		
44CR	,740				,742			,321		,410	,544	,334		,448		,359	,400	,359	,706	,420	,364	,358		
45CR	,677				,682						,436				,310	,471			,544					
46CR	,775				,777			,312	,423				,382			,462	,321		,388	,341				
63CR	,353				,364		,422															,728		
69CR	,787			-,304	,787				,514				,468			,398		,424	,456		,445			
71CR	,374				,384						-,376							,340			,301			
72CR	,355				,361		-,332																	
78CR	,689				,691					,500	,469			,520					,627			,350		
79CR	,392				,402																	,753		
82CR	,751				,753			,304		,457	,300		,302	,472		,388	,394		,303	,493	,394	,353		
83CR	,582				,588				,430	,395			,492	,419			,371		,361					
85CR	,643				,645				,302					,745	,808									
90CR	,755				,756			,390	,310	,536		,383	,315	,563		,453	,468	,344		,426	,475	,340		
91CR	,686				,695									,498	,616			,355	,319		,352			
3AU	,416		,307		,421		,308	,370																
10AU	,377			,439	,382														,744			,404		
35AU	,415				,421											,325		,596				,345		
43AU	,407	,537			,414	,579		,675					,745				,639			,726				
47AU	,445				,454			,327					,315				,351			,360				
48AU	,340	,603			,345	,640		,717					,739				,693			,731				
55AU	,438	,433			,444	,456		,409					,397				,434			,446		,335		

Ítem	Matriz factorial FEP sin rotar				Matriz factorial ACP sin rotar				Matriz factorial FEP con rotación varimax				Matriz factorial ACP con rotación varimax				Matriz factorial FEP con rotación oblimin				Matriz factorial ACP con rotación oblimin			
	F1	F2	F3	F4	C1	C2	C3	C4	F1	F2	F3	F4	C1	C2	C3	C4	F1	F2	F3	F4	C1	C2	C3	C4
59AU	,532				,541		,300	,320									,334		,406				,486	,505
62AU	,508				,514			,424							,467	,447							,331	,550
65AU	,433		,419		,437		,429												,731		,392		,664	
68AU	,631				,642										,308				,327				,343	
81AU	,389				,399		,375												,614				,815	
88AU	,554	,392			,563	,420			,606				,666				,401	,613			,309	,675		
8FP	,403		,384		,411		,433				,328					,318	,374					,337		
9FP	,469				,474					,513					,553	,466	,493							
22FP	,368				,374																		,326	
30FP	,361		,312		,369		,385														,440			
32FP	,545				,552	-,318			,698					,748										
36FP	,423		,318		,429		,353				,667								,334		,790			
42FP	,484		,384		,490		,441												,493	,425	,347		,535	
49FP	,423			,301	,427	-,307																		
60FP	,622				,631					,500				,545			,400		,461				,556	
70FP	,549				,559	-,304				,344				,358			,393							
73FP	,546				,557					,313				,381								,372	,373	
75FP	,308	,376			,314	,410			,420				,447					,371				,391		
80FP	,540				,544		-,309										,304							
84FP	,352	-,406			,358	-,436				,477				,478										
86FP	,434	-,339			,440	-,366					,639				,718					,329			,356	
89FP	,457				,467		,325													,420	,435		,452	
93FP	,333	,349			,341	,392			,310							,408	,408				,347			
6EA	,350				,362			,453							,383									,384
7EA	,313				,319		,301																	
17EA	,494				,505					,309														
41EA	,310	,542			,314	,563			,685				,721					,745				,787		

Nota: Se ilustran únicamente las cargas factoriales superiores a ,30. CR corresponde a la dimensión teórica de *craving*, AU a la dimensión teórica de *autoeficacia para mantenerse en abstinencia*, FP a la dimensión de *factores de riesgo psicosociales* y EA a la dimensión de *estrategias de afrontamiento*.

En vista de que las matrices factorial sin rotar de ACP y FEP no fueron muy distintas entre sí, se interpretó la matriz de factorización de ejes principales, para así disminuir la incidencia de la unicidad en la varianza explicada.

Analizando el contenido de los ítems, se encuentran las mayores saturaciones en aquellos que evaluaban de forma directa el deseo o ansia por consumir (*craving*) y que contenían en su redacción afirmaciones detalladas de la sustancia y de la intensidad del deseo (p. ej., *“Me gusta imaginar el olor, la textura y el sabor de alguna sustancia psicoactiva”*, *“Me sentiría menos irritado si pudiera consumir al menos un poco”* o *“Siento un fuerte deseo por consumir ante la presencia de pintura, alcohol, pegante, thinner u otros similares”*).

Las menores saturaciones factoriales se encontraron en ítems que resultaron fáciles para la población (con dificultad superior a 3.7) y que están relacionados con factores protectores de tipo contextual (p. ej. *“En mi contexto familiar tengo personas que me ayudan a mantenerme en abstinencia”*, *“El mantenerme ocupado evita que piense en consumir”*, *“Me alegra saber que puedo resolver mis dificultades”*, *“He sentido el cariño de un hogar”* y *“Mantenerme en abstinencia depende única y exclusivamente de mi”*).

Estos mismos ítems presentaron dobles cargas factoriales, saturando en el segundo factor (con excepción de *“Me alegra saber que puedo resolver mis dificultades”*); además, en este segundo factor cargaron los ítems: *“Me alegra saber que tengo la capacidad de no volver a consumir”*, *“Me siento feliz de estar superando mi problema de consumo”* y *“Tengo la habilidad para mantenerme en abstinencia”*. Una posible hipótesis a esta agrupación es que se evalúa también la manifestación de superación a la problemática de consumo y las expectativas sobre su proceso de abstinencia.

En cuanto a las saturaciones en el tercer factor, se encuentran ítems como: *“No habría consumido si mi familia hubiese sido como la de los demás”*, *“Las personas que han dejado de consumir ha sido porque han tenido suerte”*, *“Si dejo el consumo perderé a mis amigos”*, *“Me gusta colocarme metas sobre mi proceso de abstinencia”*, *“Me siento más tranquilo cuando estoy fuera de mi hogar”* y *“A mis familiares no les importa si consumo”*. Estos ítems se relacionan en que fueron difíciles para la población (con dificultades inferiores a ,27) y que están dirigidos a la evaluación de algunos factores psicosociales y creencias en torno al consumo.

En el cuarto factor únicamente cargaron significativamente dos ítems y explican menos del 4% de la varianza total, por lo cual no se considera pertinente realizar un análisis de esta agrupación en función del contenido.

Conclusión

Para la construcción del instrumento RR-SPA se tuvo en cuenta que el riesgo de recaída en el consumo de sustancias psicoactivas, es un constructo complejo de evaluar, pues existen factores que desencadenan la recaída y que pueden ser evaluados teniendo en cuenta los aspectos en común del sujeto, sin embargo, factores de tipo interpersonal como la dimensión de *factores de riesgo psicosocial* pueden operar de manera distinta dependiendo de las particularidades de los sujetos. Por esta razón, en la construcción del instrumento no fue posible sustentarse en un único modelo que explicara la recaída, siendo necesario la inclusión de un segundo modelo donde se integraran factores internos y externos del sujeto teniendo en cuenta los tres canales de respuesta (cognitivo, conductual y emocional). Las primeras evidencias empíricas sustentaron un comportamiento psicométrico favorable al realizar la evaluación del riesgo de recaída desde un modelo integrador.

Aunque el instrumento RR-SPA obtuvo unas primeras evidencias psicométricas (validez de contenido, consistencia interna y validez de estructura interna), que respaldan su uso y con esto respondiendo al objetivo general de esta monografía, es posible que al ser un instrumento de auto reporte en sus limitaciones se presente la interferencia de intereses personales de los adolescentes a los que se administra, ya que pueden manipular sus respuestas en función de resultados favorables para su proceso de institucionalización, lo que demuestra que para evaluar un constructo no son suficientes los resultados obtenidos por un solo instrumento. Por esta razón en la evaluación del riesgo de recaída, se debe estimar otras fuentes de información como la historia clínica (p. ej., exámenes de toxicología que arroje indicadores del tiempo de consumo y los tipos de sustancias) e informes de hetero reporte. Además, ampliar la base teórica e incluir otros modelos explicativos como el modelo biológico (García, 2017).

Para dar respuesta al primer objetivo específico, se tomaron en cuenta las observaciones realizadas por los expertos, estas aportaron a las modificaciones o ajuste de algunos ítems; sin embargo, no se recibieron observaciones sobre los ítems de la dimensión de estrategias de afrontamiento desde el criterio de pertenencia. En el análisis de los resultados, se observó la falla en la fase de construcción de los ítems de esta dimensión, pues era necesario que los ítems estuviesen encausados al constructo para que la presencia de esta dimensión fuese representativa en el instrumento final.

Si bien es cierto que el RR-SPA fue depurado dejando los ítems que mejor discriminaron el constructo, es necesario evaluar el criterio de suficiencia de los ítems en cada dimensión de la nueva matriz, pues la dimensión de estrategias de afrontamiento no es suficientemente representativa al haber quedado con 4 ítems.

Por otro lado, el segundo objetivo fue resuelto, a partir de la evidencia arrojada por las correlaciones de los ítems, el .927 de consistencia interna obtenido por el alfa de Cronbach, indicó que el error estándar de medición es bajo en la variabilidad de los ítems. La mitigación de los sesgos de respuesta sirvió para controlar la confiabilidad, aún así, es posible que el número de ítems construido haya influido en la inflación del coeficiente de consistencia interna, Sin embargo, el coeficiente obtenido en la matriz depurada no difiere significativamente lo que indica que los ítems de cada dimensión preponderantemente están evaluando el constructo.

Por último, se realizó un contraste de los resultados psicométricos obtenidos por cada dimensión con las propuestas teóricas de cada una, con el fin, de saber si el comportamiento psicométrico de los ítems (y del test mismo) arrojó un sustento de estructura interna para el RR-SPA, dando respuesta al tercer objetivo de esta investigación.

Los estadísticos arrojados por el RR-SPA confirmaron que el *craving* es una dimensión que permite discriminar la presencia del riesgo de recaída y que resulta ser un disparador importante en el mantenimiento de la abstinencia (Chesa y colaboradores, 2004; Sánchez–Hervás, 2004 y González y García, 2011).

A pesar de que los modelos explicativos del *craving* (basados en enfoques cognitivos y conductuales) indican que, ante estímulos internos o externos asociados a las sustancias, el sujeto emite respuestas conductuales que llevan al consumo, en esta población resulta difícil construir ítems desde una taxonomía conductual, en la medida en que ellos no tienen la posibilidad de efectuar el acto de consumo al estar institucionalizados y encontrarse en un periodo de abstinencia forzada por las dinámicas propias del proceso; por tal motivo, se priorizó la evaluación desde lo cognitivo y lo emocional.

Los ítems de esta dimensión presentaron una estrecha relación con los supuestos planteados en los modelos explicativos del *craving*, pues se observó que los ítems que llevaban al sujeto a recordar experiencias con las sustancias psicoactivas tuvieron indicadores de discriminación altos. En vista de que los adolescentes condicionan algunos estímulos con el consumo, la memoria y la historia de aprendizaje jugó un papel determinante en la construcción del instrumento, siguiendo algunas teorías del aprendizaje y de la psicología experimental que hablan de esta temática (Grau-López et al., 2012). Sin embargo, los ítems inversos no discriminaron adecuadamente se hace necesario revisar entonces la redacción de esos ítems para una siguiente aplicación del instrumento.

La dimensión de *autoeficacia para mantenerse en abstinencia* se incorporó en la construcción del instrumento, para evidenciar la capacidad que tiene el sujeto para mantenerse en abstinencia, estimando el riesgo de recaída con aspectos relacionados a creencias que lo lleven a lograr los

objetivos propuestos. Sin embargo, los ítems que estaban enfocados en las redes de apoyo y en los procesos de institucionalización como factores que incrementan la autoeficacia no tuvieron las discriminaciones esperadas, lo que permite concluir que, para esta población, es más adecuado evaluar la autoeficacia desde las capacidades propias y no desde aspectos externos a él. Es posible que el comportamiento de estos últimos ítems podría justificar el fenómeno de reincidencia y reinstitucionalización observado en la institución. Por otro lado, se puede inferir que esta dimensión por sí sola no tiene un respaldo empírico para evaluar el riesgo de recaída (desde el RR-SPA), a diferencia de la dimensión de *craving*, la cual obtuvo saturaciones factoriales muy altas en comparación con los ítems de las demás dimensiones.

Sanz y colaboradores (2006) mencionan la importancia del ambiente familiar y contextual en el riesgo de la recaída. Los *factores psicosociales* como la composición de la familia, la baja supervisión o el exceso de disciplina son algunos de los aspectos que se suelen incluir para la identificación del riesgo de recaída. Sin embargo, los resultados psicométricos encontrados indican que estos aspectos no siempre están relacionados directamente con la recaída (en la población estudiada), y se evidencia en las bajas correlaciones obtenidas. Otros aspectos mencionados también por los autores, como familiares con problemáticas de consumo y la accesibilidad a las sustancias, sí evidenciaron una relación con el constructo, obteniendo una correlación superior a .49.

El análisis de las dimensiones finaliza con las *estrategias de afrontamiento frente al consumo de sustancias* la cual tiene un amplio respaldo en investigaciones realizadas para estudiar la problemática de consumo. Aún así, la evidencia empírica obtenida a través de los ítems de esta dimensión permite suponer que no se logró realizar una evaluación adecuada de estos indicadores. Una hipótesis para este comportamiento es que los ítems tuvieron errores de

construcción debido a su redacción, al no estar encauzados a las particularidades de la población institucionalizada y a la problemática de consumo en sí. Esto se evidencia en que solo el 16,6% de los ítems construidos para esta dimensión tuvieron correlaciones superiores a .30 y que las saturaciones factoriales fueron muy pequeñas en comparación con los ítems de otras dimensiones. De los 23 ítems construidos para esta dimensión, únicamente cuatro presentaron discriminaciones favorables y son los que se incluirán en el instrumento final.

Las teorías propuestas los modelos postulan que la evaluación del riesgo de recaída requiere abordar el constructo desde un modelo psicológico-ambiental, ya que existen variables que están en interacción entre el sujeto y su entorno. Estas teorías fueron el marco referencial de la construcción del RR-SPA y, por ende, la construcción de los ítems se realizó contemplando la multidimensionalidad teórica de este constructo mediante el *craving*, la autoeficacia, los factores de riesgo psicosocial y las estrategias de afrontamiento. Aunque se buscó una significación teórica de las cargas factoriales en las matrices rotadas que logaran verosimilitud con la multidimensionalidad teórica propuesta, no se encontró una relación lógica de estas cargas y, por ende, se decide interpretar la matriz factorial sin rotar. Esta última evidencia la unidimensionalidad del constructo y el instrumento explicando el 27,9% de la varianza total que, aunque no es lo suficientemente representativo, es aceptable para un instrumento experimental que se encuentra en una fase de construcción y que evalúa un constructo poco explorado.

Dando respuesta a la pregunta problema, se concluye que el instrumento RR-SPA cuenta con el aval de jueces expertos en cuanto a su contenido, un alto índice de confiabilidad y adecuados indicadores de estructura interna, pues todos los ítems se agruparon en el primer factor presentando saturaciones entre ,314 y ,777 (a través del análisis factorial exploratorio). Estos indicadores demuestran que el instrumento posee evidencias de bondad psicométrica adecuadas,

aunque se requiere de su validación para ser utilizado en población institucionalizada por consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Adicionalmente, con relación a la población a la que se aplicó el instrumento RR-SPA, se halló que la edad de inicio promedio fue de 12,7. Haciendo una comparación con los resultados arrojados en el último informe de consumo de SPA a población escolarizada (Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) donde indicaron que, para ese año, la edad de inicio en el consumo promedio era de 13,6 años, se puede determinar que efectivamente el rango de edad de inicio en el consumo de SPA de los adolescentes en Colombia está desde los 12 años.

Recomendaciones

El profesional en psicología que decida construir instrumentos de evaluación deberá mediar su ética profesional y los principios bioéticos en este proceso, en la medida en que deberá contemplar los efectos colaterales que pueden conllevar la aplicación de este tipo de instrumentos en las personas y asegurar que cuentan con un *riesgo mínimo* al participar en este tipo de estudios.

En la construcción de RR-SPA se debe considerar que el constructo puede ser sensible a generar efectos colaterales (p. ej., como una activación fisiológica debida a los ítems que podían evocar al *craving*) y, por lo tanto, es necesaria la creación de un protocolo de atención inmediata para las personas que presenten ansiedad o cualquier conducta no premeditada al momento de contestar al instrumento.

Por otra parte, es necesario modificar la redacción de los ítems que no están encauzados al consumo de SPA para continuar con la validación del instrumento buscando una homogeneidad en la representatividad de cada una de las dimensiones. Se recomienda seguir realizando aplicaciones del RR-SPA en una muestra más amplia, manteniendo las características de la población (adolescencia institucionalizada por consumo problemático). A su vez, se plantea la posibilidad de realizar análisis desde la Teoría de la Respuesta al Ítem (TRI) para estimar indicadores psicométricos más centrados en cada ítem y que busque contrarrestar algunas limitaciones que cuenta la Teoría Clásica de los Tests (TCT). Además, es importante tener en cuenta para controlar la confiabilidad del instrumento otras fuentes de error como el tiempo de consumo que lleva el adolescente, el tipo de sustancias y el tiempo que lleva de institucionalización, así como también estimar evidencias de validez concurrente y validez predictiva robusteciendo el sustento empírico del RR-SPA.

Adicionalmente, se sugiere establecer una calificación ponderada que considere la carga factorial de los ítems, en la medida en que no todos evalúan con igual precisión el riesgo de recaída y estas diferencias deben ser contempladas al momento de generar puntuaciones en los individuos. A su vez, otros estudios de análisis factorial podrían enfocarse en encontrar la dimensionalidad propuesta por los modelos teóricos de Litman, Marlatt y Gordon que no pudieron encontrarse en este estudio.

En todo caso, no se sugiere entregar resultados individualizados del riesgo de recaída de consumo de SPA hasta que no se encuentren suficientes evidencias empíricas que respalden su uso y se valide en la población estudiada. Una validación que sería fundamental para este tipo de instrumentos sería encontrar la predicción que existe entre los puntajes obtenidos del instrumento y la recaída del consumo a futuro. También se podrían hacer estudios que permitan correlacionar los puntajes obtenidos por el RR-SPA con puntajes de otros instrumentos que evalúan también el riesgo de recaída, como el Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS) o la Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA).

Referencias

- Abad, F., Garrido, J., Olea, J., y Ponsoda, V. (2006). *Introducción a la Psicometría Teoría Clásica de los Test y Teoría de la Respuesta al Ítem*. Madrid, España.
- Abeldaño, R., Fernández, A., Arena-Ventura, C., y Estario, J. (2013). Consumo de sustancias psicoactivas en dos regiones argentinas y su relación con indicadores de pobreza. *Cadernos de saúde pública reports in public health (CPS)*, 29 (5), 899-908.
- Abeldaño, R., Fernández, A., Arena-Ventura, C., y Estario, J. (2013). Consumo de sustancias psicoactivas en dos regiones argentinas y su relación con indicadores de pobreza. *Cadernos de saúde pública reports in public health (CPS)*, 29 (5), 899-908.
- Aiken, L. (2013). *Tes psicológicos y evaluación*. Mexico: Editorial Pearson.
- Alfaro, K., y Montero, E. (2013). Aplicación del modelo de Rasch, en el análisis psicométrico de una prueba de diagnóstico en matemática. *Revista digital Matemática, Educación e Internet*, 13(1)
- American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education (NCME). (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Annis, H., & Davis, C. S. (1988). *Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial*.
- Aragón, L. (2015). *Evaluación psicológica: Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría*, 2da edición. Sonora, México: Editorial El Manual Moderno.
- Ardila, R. (2004). A Psicología Latinoamericana: El Primer Medio Siglo. *Interamerican Journal of Psychology*, 38(2).

- Barbero, M., Abad, E. y Holgado, F. (2006). *Psicometría*. S.L. Editorial Sanz y Torres.
- Beck., A., & Emery, G. (1977). *Cognitive therapy of substance Abuse*. Philadelphia: A. Beck Ed.
- Bedoya, M. y Arango, P. (2012). Cultura de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la familia. *Trabajo social (Universidad Nacional de Colombia)*, (14), 79-92.
- Bernex, N. (2009). *El mapa del narcotráfico en el Perú*. (1ra ed., p. 90). Lima, Perú: Instituto de estudios internacionales.
- Blanco-Álvarez, T., y Jiménez-Morales, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia / Risk Factors Affecting Relapse of Licit and Illicit Drug Use in Adolescents Assisted by the Institute of Alcoholism and Drug Dependence (IAFA). *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2), 147-157.
- Calvete, E., y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Departamento de Psicología. Universidad de Deusto*, 21(1), 49-66.
- Cárdenas, S. (2017, febrero 28). Países donde el tráfico de drogas se castiga con pena de muerte. Recuperado 23 de enero de 2019, de <http://www.elcolombiano.com/internacional/paises-donde-el-trafico-de-drogas-se-castiga-con-la-pena-de-muerte-EL6049677>
- Castro, L., Cortez, O., Gaitán, J., Orozco, N., Riaño, Y., Ríos, S., y Soto, M. (2002). Consumo de SPA, reflexiones académicas sobre estudios epidemiológicos realizados en Colombia. *Suma psicológica*. 9(2), 215-235.
- Cervantes, G., y Serrano, F., y Ortiz, A. (2011). Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. *Adicciones*, 23 (2), 141-148.

- Chesa, D., Izquierdo, E., Fernández, E., Elías, M., y Sitjas, M. (2004). El craving, un componente esencial en la abstinencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 93-112.
- Codina, L. (2005). *Investigación con bases de datos: Estructura y Funciones de las Bases de Datos Académicas Análisis de Componentes y Estudio de Caso*. Departamento de Comunicación. Universitat Pompeu Fabra.
- Congreso de la República de Colombia (6 de septiembre de 2006). *Ley 1090, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*.
- Crespo, J., Rodríguez, O., Villa, R., Hermida, J., Cueto, E., Pérez, J., y Díaz, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16(4), 674-679.
- De Arce, F., de Quirós, B., y Labrador, F. J. (1994). El concepto de deseo de consumo por la droga. *Psicothema*, 6(3), pp. 367-374
- Dirección de antinarcóticos. (2014). COCA: Deforestación, contaminación y pobreza. (pp. 90-98) [Archivo pdf]. Bogotá. D.C: Imprenta nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/oferta/estudios/OF5022014-coca-deforestacion-contaminacion-pobreza.pdf>
- Donovan, D., & Witkiewitz, K. (2012). Relapse prevention: From radical idea to common practice. *Addiction Research and Theory*, 20(3), 204-217.
- Durán, A. L., y Becoña, E. (2006). El craving en personas dependientes de la cocaína. *Anales de Psicología*, 22(2), 205-211.
- Earley, P. (1991). *The cocaine recovery book*. Londres: Sage Publications. ISBN: 0-8039-4396-2

- Educational testing Service. (2014). E. T. S. Standards for Quality and Fairness 2014, 70.
- Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los test. *Psicothema*, 15 (2).
- Escobar, J. y Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36.
- Foot, A. (1993). Preventing Relapse in the Addictions: A Biopsychosocial Approach. *Journal of Studies on Alcohol*, 54(1), 121-122.
- García. L., Oropeza, R., y Vázquez, F. (2009). Confiabilidad de la Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA). *Psicología Iberoamericana*, 17 (2), 41-48.
- García. N. (2017). *Marcadores biológicos en trastornos por uso de alcohol y comorbilidad psiquiátrica asociada*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense.
- Garmendia, M., Alvarado, M., Montenegro, M. y Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile*, 136(2), 169-178.
- Gómez, O., y Calleja, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117.
- Gómez-Luna, E., Fernando-Navas, D., Aponte-Mayor, G., y Betancourt-Buitrago, L. A. (2014). Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. *Dyna*, 81(184), 158-163.
- Gómez-Maqueo, E., Gómez, H., Morales, B. y Pérez, M. (2009) Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*; Vol. 18, núm. 1 (2009); 9-17 2344-8644 0121-5469.

- González, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. Cuba, La Habana: Editorial ciencias médicas, ECIMED.
- González, J. y García, A. (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23(1), 45-52.
- González, J, Gómez, J. y Mendoza, H. (2011). Estudio longitudinal sobre calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes del alcohol: variaciones en función de los trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 23(3), 227-235.
- González, R. y Suárez, M. (2009). Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol. *Adicciones*, 14(4), 455-463.
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., Egidio, A. y Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 115-122.
- Herrera, N. (1998). *Notas sobre psicometría*. Universidad Nacional de Colombia. Publicación electrónica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) (2018). Entidades contratadas para operar programas de protección en 2018 regional Cundinamarca. [Archivo pdf]. Bogotá, Colombia. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/cundinamarca_eas_proteccion_2018.pdf
- ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). (22 de octubre de 2011). *Ley 1098*. [Resolución 652 de 2011], por la cual se aprueba el estatuto del defensor de familia. DO:

- 48.230. Recuperado de
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_icbf_0652_2011.htm
- ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). (27 de febrero de 2016). *Ley 1098*. [Resolución 1518 del 2016], por la cual se expide el lineamiento técnico para la atención niños, niñas y adolescentes, con sus derechos inobservados, amenazados o vulnerados, con consumo de sustancias psicoactivas. DO: 49.799. Recuperado de
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_icbf_1518_2016.htm
- Kharb, R., Shekhawat, L. S., Beniwal, R. P., Bhatia, T., & Deshpande, S. N. (2018). Relationship between craving and early relapse in alcohol dependence: A short-term follow-up study. *Indian Journal of Psychological Medicine, 40*(4), 315.
- Knight, J., Sherrit, L., Shrier, L., Harris, S., & Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives on Pediatric and Adolescent Medicine, 156* (6), 607-614.
- Kräplin, A., Scherbaum, S., Bühringer, G., & Goschke, T. (2018). Decision-making and inhibitory control after smoking-related priming in nicotine dependent smokers and never-smokers. *Addictive Behaviors, 88*, 114-121.
- Larimer, M., Palmer, R., & Marlatt, G. (1999). Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research y Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 23*(2), 151-160.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping - Richard S. Lazarus, PhD, Susan Folkman, PhD - Google Books*. Springer Publishing Company.
- Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?, 96-104.

- Litman, G., Stapleton, J., Oppenheim, A., Peleg, M., & Jackson, P. (1983). Situations Related to Alcoholism Relapse. *Addiction*, 78(4), 381-389.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernandez-Baeza, A., y Tomas-Marco, I. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30(3), 1151-1169.
- Malo, D. (2008). La medición en psicología como herramienta y como reflexión ética en el ejercicio del psicólogo. *Psicogente*, 11(19), 46-51.
- Marlatt, A., & Donovan, D. (2005). *Relapse Prevention, Second Edition: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press
- Marlatt, A., & Donovan, D. (2007). *Relapse Prevention* (p. 416). New York: Guilford Press.
- Martínez, M., Hernández, M., y Hernández, M. (2014). *Psicometría*. España, Madrid: Alianza Editorial.
- Matali, J., Simons, J., Pardo, M., Lleras, M., Pérez, A. & Andión, A. (2017). Spanish version validation of the Marijuana Motives Measure in a drug-consuming adolescent sample. *Adicciones*, 10(10).
- Medina-Mora, M., Real, T., Villatoro, J. y Natera, G. (2017). Las drogas y la salud pública: ¿Hacia dónde vamos? *Instituto nacional de salud pública*. 55 (1), 67-73.
- Medina, O. y Rubio, L. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(3), 550-561.
- Méndez, C. y Rondón, M. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 197-207.

Meneses, J., Barrio, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., lozano, M., Turbany, J., y Valero, S.

(2013). *Psicometría* (Primera). España, Barcelona: Editorial UOC.

Miller, W. R., & McLellan, A. T. (2011). G. Alan Marlatt: 1941–2011. *Journal of Substance*

Abuse Treatment, 41(4), 331-334. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.06.004>

Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de

Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Estudio Nacional

de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar - Colombia. Bogotá D.C.

[Archivo Pdf]. Recuperado el 24 de octubre del 2018 de

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO0314_2016_estudio_consumo_escolares_2016.pdf

Ministerio de salud y protección. (4 de octubre de 1993). *Ley 10 de 1990*, decreto 8430 de 1993,

Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Montero, I. y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de

investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115-127.

Muñiz, J. (2010). Las teorías de los Tests: Teoría Clásica y Teoría de Respuesta a los Ítems.

Papeles del psicólogo, 31 (1), 57-66.

Muñiz, J., Hernández, A., y Ponsoda, V. (2015). Nuevas directrices sobre el uso de los tests:

investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del Psicólogo*, 36 (3), 161-173.

Muñiz, J., y Fonseca- Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*,

31(1), 7-16.

- Muñoz, M., y Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- Observatorio de drogas de Colombia. (2014). Análisis de la información a partir de la base de datos del SUICAD, [Archivo Pdf]. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/otros/suispa_analisis_diciembre_2014.pdf
- Oviedo, H. y Arboleda, P. (2006). Fisiopatología y tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol. *Universitas Médica*, 47(2), 112-120.
- Pena de muerte, narcotráfico e incentivos perversos. (2017, febrero 28). [Text]. Recuperado 23 de enero de 2019, de <https://www.elespectador.com/opinion/editorial/pena-de-muerte-narcotrafico-e-incentivos-perversos-articulo-682320>
- Pérez, E. y Olaz, F. (2008). *Introducción a la psicometría*. 1era edición, Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Pita, S., y Pértegas, S. (2009). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística* (9),76-78.
- Pizzani, L., Da Silva, R., Bello, S., y Hayashi, M. (2012), A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. *Revista Digital de Bibliotecomania e Ciencia da informação*, 10(1), 53-66.
- Prieto, B y Lozano, E. (2015). Consideraciones sobre las teorías de medición un ejemplo de aplicación bajo la teoría de la respuesta al ítem. *Acta colombiana de psicología*, 87-98.
- Prieto-Montoya, J., Cardona-Castañeda, L., y Vélez-Álvarez, C. (2016). Estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8^o a 10^o. *Revista Latinoamericana En Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 1345-1356.

- Romero, J., Pérez, E., y 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), 141-152.
- Romo-González, T., y Larralde, C. (2013). ¿Cuáles y qué tan graves son los daños a la salud individual y a la sociedad causados por el consumo de drogas lícitas e ilícitas? *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7 (1), 67-80.
- Ruiz, E., Maldonado, S., Valero, C., Rodríguez, A., y Escobar, G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(1), 37-57.
- Salazar, E. (2008). Violencia intrafamiliar y social bajo el consumo del alcohol y drogas. *Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo*, 10 (2), 7-38.
- Sanz, M., Iraurgi, I., Martínez-Pampliega, A., y Cosgaya, L. (2006). Conflicto marital y consumo de drogas en los hijos. *Adicciones*, 18(1), 39-48.
- Sánchez- Hervás, E. y Llorente Del Pozo, J. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones*, 24I(3), 269-280.
- Saravia, J., y Frech, H. (2012). Relación entre autoeficacia, autoestima y el consumo de drogas médicas sin prescripción en escolares s de colegios urbanos de Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 16(3), 01-08.
- Salcedo, J., y Pérez, J. (2007). Intoxicaciones agudas por alcohol, otras drogas y fármacos psicoactivos. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(87), 5592-5601.

- Solano, C. (2017). Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas, de lima. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Solís, C., y Vidal, A. (2006). *Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes*, VII(1), 39.
- Stevens, S. (1946). On the Theory of Scales of Measurement. *Science*, 103 (2684), 677-680.
- SUICAD (sistema basado en centros y servicios a la persona consumidora de sustancias psicoactivas) (2019), “Reporte de usuarios y de sustancias consumidas” [base de datos en línea], <http://www.suicad.com/index> [viernes, 24 de enero de 2019].
- Torrecillas, F., Del Mar, M., García, A., y Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 2(1), 33–51.
- Torrecillas, F., Peralta, I., Rivas, M., y Godoy, J. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15(2), 127-136.
- Ugedo, L., y Ruiz, E. (2000). Influencia de la herencia genética en las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 2(2), 114-121.
- UNICEF (United Nations International Children’s Emergency Fund). (2013). *La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe*. Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia. Recuperado de https://www.unicef.org/ecuador/libro_NNA_REGION.pdf.
- Valencia, J., Lopera, N., Motatto, N. y Klimenko, O. (2017). Actitudes de favorabilidad hacia conductas adictivas prevalentes en una muestra de adolescentes entre 12 y 18 años de algunas instituciones educativas en Medellín y Riosucio. *Psicoespacios*, 11(19), 24-45.
- Vallés, J. (2016). Autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas. *Acta Psicológica Peruana*, 1(1), 67–82.

Vargas, P., Parra, M., Arévalo, C., Cifuentes, L., Valero, J., y Sierra de Jaramillo, M. (2015).

Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 166-176.

Velicer, W., DiClemente, C., Rossi, J., & Prochaska, J. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive behaviors*, 15(3), 271–283.

Villa, R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9(2), 259-270.

Yela, M. (1997). *La técnica del análisis factorial*. Universidad Autónoma de Madrid. Publicación electrónica. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Apéndice A. Formato de consentimiento y asentimiento informado.



Consentimiento informado para participantes de investigación

Actualmente, la Facultad de Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias Políticas de la Universidad de Cundinamarca extensión Facatativá se encuentra adelantando un proyecto titulado "*Construcción de un instrumento de evaluación del riesgo de recaída y pilotaje en una muestra de adolescentes institucionalizados RR-SPA*", el cual tiene como objetivo el diseño y aplicación de un instrumento de evaluación construido por los estudiantes de psicología de la Universidad: Eliana Vanessa Herrera Ballén con código universitario 440214154 y y Martha Lorena morales Villalba con código universitario 440214170.

Este instrumento será aplicado a los adolescentes que estén institucionalizados por problemáticas de consumo, con el fin de recopilar información que permita establecer el riesgo de recaída en el consumo de sustancias psicoactivas luego de finalizar el proceso de intervención.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Toda la información recopilada se manejará de forma anónima y se utilizará exclusivamente para fines académicos. No se usará esta información para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas serán codificadas usando un número consecutivo asignado por los investigadores, para garantizar el anonimato de la información. Si usted o su hijo tienen alguna duda sobre esta investigación, pueden preguntarlas en cualquier momento durante su participación, lo anterior queda enmarcado bajo la normatividad del código bioético y deontológico Título VII, capítulo I, Artículo 27, 30.

Este proyecto se rige bajo el cumplimiento del Código Bioético y Deontológico para el ejercicio de la profesión de Psicología y de la Resolución 8430 de 1993, la cual enmarca esta investigación como de *riesgo mínimo*. Su hijo o usted podrán desistir de la participación en el estudio en cualquiera de las fases previas al informe de resultados de este, sin que ello le cree perjuicio alguno a su hijo, a usted o a la institución. A su vez, los estudiantes investigadores se comprometen a no revelar información a terceros que esté relacionada con la privacidad o permita identificar a alguno de los participantes o a la institución educativa.

Se dará respuesta a cualquier inquietud o aclaración que usted tenga sobre los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con este estudio y el tratamiento de la información, mediante el correo electrónico medición.cundinamarca@gmail.com o de manera presencial con alguno de los estudiantes investigadores. Como el instrumento diseñado está en proceso de construcción y aún no cuenta con evidencias de validez para su adecuado uso, los resultados individuales de los instrumentos no podrán entregarse a los participantes ni a la institución educativa. Sin embargo, los estudiantes investigadores se comprometen a socializar los resultados generales de la investigación a la institución educativa o a los participantes, si así lo solicitan.

Diligenciado por la madre, el padre o responsable:

Por lo anterior, yo _____, padre ____ madre ____ o responsable del adolescente _____ de la institución *TERCIARIOS JUNIOR MASCULINO*, hago constar que he leído y he entendido este documento y ____ autorizo a que mi hijo(a) participe en la aplicación del instrumento previamente descrito. Se diligencia el día ____ del mes de _____ de 2018.



Diligenciado por el estudiante:

Por lo anterior, yo _____, identificado con tarjeta de identidad número _____, ___ acepto participar voluntariamente de esta investigación de la Universidad de Cundinamarca extensión Facatativá. Se diligencia el día ___ del mes de _____ de 2018.

Al diligenciar este consentimiento, admitimos que hemos sido informado(a)s del objetivo del estudio, de su finalidad exclusivamente académica y de la reserva de la información relacionada con la privacidad de sus participantes. Somos conscientes de que no recibiremos los resultados obtenidos por el instrumento de manera individualizada, pero podremos acceder a los resultados generales del estudio, si así lo solicitamos. Finalmente, hemos sido informado(a)s de que recibiremos respuesta ante cualquier inquietud o aclaración sobre los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con el proyecto y que podremos retirar nuestra participación en cualquier fase previa a la elaboración del informe de resultados, sin que esto nos genere perjuicio en algún sentido.

Firma del estudiante participante


Firma del acudiente del estudiante

Número de identificación

Cédula de ciudadanía

Apéndice B. Ejemplo de formato de juicio de expertos

(Para esta ejemplificación se incluyó únicamente la dimensión de estrategias de afrontamiento, las demás dimensiones se presentaron de la misma forma, para que fueran calificadas por el juez).

Plantilla para evaluar la validez de contenido a través del juicio de expertos	
	<p>UDEC <small>UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA</small></p> <p>Seccionado para evaluar el instrumento escala del riesgo de recaída RR-SPA. A continuación le solicitamos diligenciar la siguiente información:</p>
NOMBRE COMPLETO:	
FORMACION ACADEMICA:	
AREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:	
INSTITUCIÓN:	
CARGO ACTUAL:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO:	

Instructivo para la validez de contenido a través del juicio de expertos
<p>Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento RR-SPA. A continuación, se presenta el instrumento motivo de evaluación; el presente formato servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones de cada ítem de este instrumento. Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán obtener información para la validez del instrumento.</p>
<p>A continuación encontrará 90 ítems en escala tipo Likert. Por favor conteste SI O NO de acuerdo con las siguientes categorías:</p>
CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LOS ÍTEMS
<p>CLARIDAD: El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.</p>
<p>COHERENCIA: El ítem tiene relación lógica con la dimensión o Indicador que esta midiendo.</p>
<p>RELEVANCIA: El ítem es esencial e importante para la evaluación objetivo, por lo que debe ser incluido.</p>
<p>SUFICIENCIA: Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta. POR FAVOR JUSTIFIQUE SU RESPUESTA EN LA CELDA DE OBSERVACIONES</p>
Plantilla para evaluar la validez de contenido a través del juicio de expertos
<p>Recaída en el consumo: se entiende como el retorno a la conducta adictiva después de un periodo de abstinencia.</p> <p>Riesgo de recaída: se entiende como un factor propio o externo que puede aumentar la ocurrencia del consumo.</p>
<p>Objetivo del instrumento: Medir el riesgo de recaída en el consumo de sustancias, a partir de 4 dimensiones: estrategias de afrontamiento, craving, autoeficacia en la abstinencia y factores psicosociales asociados al consumo.</p>
<p>Tenga en cuenta que la prueba se contestará con base en la siguiente escala Likert: TOTALMENTE EN DESACUERDO, EN DESACUERDO, NI EN DESACUERDO NI DE ACUERDO, DE ACUERDO, TOTALMENTE DE ACUERDO.</p>
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
<p>Se refieren a las repuestas que el individuo emite ante situaciones que valora como estresantes, con el objetivo de dar respuesta a las demandas del ambiente y reducir el malestar emocional.</p>

ITEM	CL	CO	RE	SU	OBSERVACIONES
Ante una situación problemática, prefiero ceder, callarme o irme para evitar problemas con otras personas					
Cuando tengo deseos de consumir, hago lo posible por evitarlo					
Le cuento a mis familiares o amigos cuando tengo problemas que no puedo resolver					
Me resulta mas fácil dejar de pensar en mis problemas					
Cuando tengo problemas analizo cuáles fueron las causas					
Cuando tengo problemas suelo insultar a alguien					
Me alegra saber que puedo resolver mis dificultades					
Identifico aspectos positivos de las dificultades que se me presentan					
Pienso que es mejor buscar ayuda de otros					
Se me hace fácil descargar mi ira contra los demás					
Cuando tengo situaciones que me son estresantes me irrito con las personas así no estén implicadas en la situación					
Hago todo lo posible para solucionar mis problemas					
Suelo alejarme o realizar otras actividades cuando me encuentro en problemas					
Me ayuda a sentirme mejor pensar en algo agradable cuando estoy ante una situación difícil					
Cuando estoy en problemas reconozco mi responsabilidad					
Me enojo cuando no puedo solucionar mis problemas					
No le doy importancia a los problemas, los ignoro y dejo que no me afecten					
Suelo consumir cuando me siento estresado					
Cuando tengo problemas pienso en que todo se solucionará de alguna forma.					
Es mejor afrontar las situaciones difíciles					
Siempre tengo que buscar solución a mis problemas					
Ante las dificultades siempre trato de mantener la calma					
si					
Observaciones sobre la suficiencia de la dimensión ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO					
se deben ajustar las observaciones y revisar si es necesario dejar esos ítems o eliminarlos, en mi concepto pueden eliminar el ítem 7 y el 17 pues están parecidos a otros .					

Apéndice C. Diagramación del instrumento para el pilotaje (Formato A).

A	RR-SPA				
	Institución: _____ Edad: _____ Edad en la que empezó el consumo: _____ Sexo: (F) (M) Pilotaje realizado el 26 septiembre del 2018				
<p><i>Estimado participante. A continuación, usted encontrará una serie de afirmaciones a las cuales debe contestar rellenoando el círculo a partir de su experiencia. Su participación es importante para nosotros. Agradecemos que responda con total honestidad. No olvide que esta aplicación es totalmente anónima y no interferirá en su proceso dentro de la institución.</i></p>					
<p><i>Para responder a las afirmaciones, tenga en cuenta la siguiente escala de respuesta:</i></p> <p style="text-align: center;"> 1: Totalmente en desacuerdo. 2: Algo en desacuerdo. 3: Ni en desacuerdo, ni de acuerdo. 4: Algo de acuerdo. 5: Totalmente de acuerdo. </p>					
AFIRMACIÓN	1	2	3	4	5
La mayoría de los jóvenes de mi barrio consumen sustancias psicoactivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis amigos me ayudarán a evitar el consumo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me gusta colocarme metas sobre mi proceso de abstinencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es mejor afrontar las situaciones difíciles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando tengo problemas analizó cuáles fueron las causas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy una persona agresiva cuando tengo problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me alegra saber que puedo resolver mis dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento más tranquilo cuando estoy fuera de mi hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por lo general hago lo que yo quiero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es difícil lograr lo que me propongo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando tengo situaciones que me son estresantes me irrito con las personas así no estén implicadas en la situación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento deseos de consumir si veo películas, videos o canciones que hablen del consumo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suelo alejarme o realizar otras actividades para evitar mis problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando estoy en problemas reconozco que también puede ser mi culpa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando me propongo retos siempre los alcanzo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me genera tranquilidad haber dejado de consumir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suelo consumir cuando me siento estresado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando tengo problemas pienso que se solucionarán	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me resulta más fácil dejar de pensar en mis problemas que afrontarlos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Me siento muy mal cuando tengo problemas	○ ○ ○ ○ ○
Ante las dificultades siempre trato de mantener la calma	○ ○ ○ ○ ○
He cambiado varias veces de lugar de residencia a causa de mi consumo	○ ○ ○ ○ ○
Siento deseos de consumir cuando paso por un lugar donde sé que puedo conseguir sustancias psicoactivas	○ ○ ○ ○ ○
Pienso que consumir no es un problema para mí	○ ○ ○ ○ ○
Estoy seguro de que soy capaz de finalizar el proceso	○ ○ ○ ○ ○
Suelo tener pensamientos en los que imagino que he vuelto a consumir	○ ○ ○ ○ ○
Me dan deseos de consumir cuando escucho hablar sobre sustancias psicoactivas	○ ○ ○ ○ ○
En la última semana he tenido deseo por consumir sustancias psicoactivas	○ ○ ○ ○ ○
Mantenerme en abstinencia depende de mi red de apoyo y no de mí	○ ○ ○ ○ ○
A mis familiares no les importa si consumo	○ ○ ○ ○ ○
Mis amigos más cercanos consumen sustancias psicoactivas	○ ○ ○ ○ ○
Se me facilita conseguir sustancias psicoactivas	○ ○ ○ ○ ○
Me negaría ante la oportunidad de volver a consumir	○ ○ ○ ○ ○
Dejaría de consumir si me cuidaran más	○ ○ ○ ○ ○
Cuando esté con mis amigos será difícil mantener la abstinencia	○ ○ ○ ○ ○
Si dejo el consumo perderé a mis amigos	○ ○ ○ ○ ○
Le cuento a familiares, amigos, personas cercanas o a un profesional cuando tengo problemas que no puedo resolver	○ ○ ○ ○ ○
Me gusta imaginar el olor, la textura y el sabor de alguna sustancia psicoactiva	○ ○ ○ ○ ○
He influenciado a otras personas a consumir sustancias psicoactivas	○ ○ ○ ○ ○
Estoy haciendo planes para dejar de consumir	○ ○ ○ ○ ○
El mantenerme ocupado evita que piense en consumir	○ ○ ○ ○ ○
No habría consumido si mi familia hubiese sido como la de los demás	○ ○ ○ ○ ○
Tengo la habilidad para mantenerme en abstinencia	○ ○ ○ ○ ○
Mi estado de ánimo es mejor cuando tengo pensamientos relacionados al consumo	○ ○ ○ ○ ○
He buscado la manera de poder consumir nuevamente	○ ○ ○ ○ ○
Siento un fuerte deseo por consumir ante la presencia de pintura, alcohol, pegante, thinner u otros similares	○ ○ ○ ○ ○
Creo que puedo controlar el consumo de sustancias psicoactivas	○ ○ ○ ○ ○
Mantenerme en abstinencia depende única y exclusivamente de mi	○ ○ ○ ○ ○
Siento que puedo recaer en el consumo si estoy con otras personas que están consumiendo	○ ○ ○ ○ ○
Pienso que mi problema de consumo lo puedo solucionar sin la ayuda de los demás	○ ○ ○ ○ ○

Cuando tengo situaciones difíciles siempre encuentro la solución	○ ○ ○ ○ ○
Siempre tengo que buscar solución a mis problemas	○ ○ ○ ○ ○
Busco diferentes alternativas para solucionar mis problemas	○ ○ ○ ○ ○
Tengo habilidades para resolver mis problemas fácilmente	○ ○ ○ ○ ○
Me siento feliz de estar superando mi problema de consumo	○ ○ ○ ○ ○
Me enoja cuando no puedo solucionar mis problemas	○ ○ ○ ○ ○
Soy capaz de manejar las situaciones difíciles por mi cuenta	○ ○ ○ ○ ○
A veces creo que es difícil alcanzar las metas	○ ○ ○ ○ ○
Evito proponer metas a largo plazo porque sé que no lograré cumplirlas	○ ○ ○ ○ ○
Paso más tiempo con amigos que les gusta consumir	○ ○ ○ ○ ○
Duro mucho tiempo molesto con las personas con quien he tenido problemas o discusiones	○ ○ ○ ○ ○
Me da miedo asumir retos que pienso que voy a fracasar	○ ○ ○ ○ ○
Estoy seguro de que puedo resistirme a la tentación de consumir	○ ○ ○ ○ ○
Los logros que he tenido relacionados a mi abstinencia han sido gracias a los demás	○ ○ ○ ○ ○
Las personas que han dejado de consumir ha sido porque han tenido suerte	○ ○ ○ ○ ○
Veo el lado bueno de los problemas que se me presentan	○ ○ ○ ○ ○
Pienso que es mejor buscar ayuda de otros	○ ○ ○ ○ ○
Se me facilita más resolver mis problemas bajo el efecto de una sustancia	○ ○ ○ ○ ○
Me sentiría menos irritado si pudiera consumir al menos un poco	○ ○ ○ ○ ○
He vivido con diferentes personas o familiares a causa de mi consumo	○ ○ ○ ○ ○
Si tuviera la oportunidad de consumir lo haría de inmediato	○ ○ ○ ○ ○
Cuando tengo deseos de consumir, hago lo posible por evitarlo	○ ○ ○ ○ ○
Me alegra saber que puedo conseguir sustancias psicoactivas cuando salga de aquí	○ ○ ○ ○ ○
Me siento solo, aunque esté rodeado de mucha gente	○ ○ ○ ○ ○
En mi contexto familiar tengo personas que me ayudan a mantenerme en abstinencia	○ ○ ○ ○ ○
Creo que soy importante para las personas que me rodean	○ ○ ○ ○ ○
Tengo a alguien que me apoyaría cuando salga de aquí	○ ○ ○ ○ ○
Mi estado de ánimo sería mejor si consumiera	○ ○ ○ ○ ○
Mis deseos por consumir cada día son menores	○ ○ ○ ○ ○
He consumido sustancias con algún familiar o pariente cercano	○ ○ ○ ○ ○
Siento que las personas me exigen más de lo que puedo dar	○ ○ ○ ○ ○

Quiero consumir otras sustancias que desconozco	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Extraño estar consumiendo	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
He interrumpido varias veces mis estudios o trabajo a causa de mi consumo	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Sé que me pondría ansioso si tuviera contacto con alguna sustancia	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Mis familiares discuten frecuentemente por mi problema de consumo	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
El mantenerme en abstinencia es imposible	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Me alegra saber que tengo la capacidad de no volver a consumir	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
No habría consumido si hubiera nacido en otras condiciones	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Quiero volver a sentir los efectos de las sustancias que consumía	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Siento más ganas de consumir cuando estoy estresado	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
El proceso de institucionalización me ha ayudado a dejar el consumo	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
He sentido el cariño de un hogar	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ante una situación problemática, prefiero ceder, callarme o irme para evitar problemas con otras personas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

FIN DEL CUESTIONARIO


Agradecemos su participación. Por favor, entregue este cuestionario al encargado de realizar su aplicación.

Apéndice D. Estructura final del instrumento RR-SPA.

Estructura de la prueba

DIMENSIONES	PROCESO/TAXONOMÍA			TOTAL
	Cognitivo	Conductual	Emocional	
Autoeficacia	6	3	4	13
Craving	10	6	5	21
Estrategias de afrontamiento	0	3	1	4
Factores psicosociales	5	8	4	17
TOTAL	21	20	14	55

Apéndice E. Diagramación final del instrumento.

RR-SPA					
	<p>Institución: _____ Edad: _____</p> <p>Edad en la que empezó el consumo: _____</p> <p>Sexo: (F) (M) Pilotaje realizado el 26 septiembre del 2018</p>				
<p><i>Estimado participante. A continuación, usted encontrará una serie de afirmaciones a las cuales debe contestar rellenoando el círculo a partir de su experiencia. Su participación es importante para nosotros. Agradecemos que responda con total honestidad. No olvide que esta aplicación es totalmente anónima y no interferirá en su proceso dentro de la institución.</i></p>					
<p><i>Para responder a las afirmaciones, tenga en cuenta la siguiente escala de respuesta:</i></p> <p style="margin-left: 40px;"> 1: Totalmente en desacuerdo. 2: Algo en desacuerdo. 3: Ni en desacuerdo, ni de acuerdo. 4: Algo de acuerdo. 5: Totalmente de acuerdo. </p>					
AFIRMACIÓN	1	2	3	4	5
Me gusta imaginar el olor, la textura y el sabor de alguna sustancia psicoactiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quiero consumir otras sustancias que desconozco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentiría menos irritado si pudiera consumir al menos un poco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quiero volver a sentir los efectos de las sustancias que consumía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi estado de ánimo es mejor cuando tengo pensamientos relacionados al consumo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento un fuerte deseo por consumir ante la presencia de pintura, alcohol, pegante, thinner u otros similares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento más ganas de consumir cuando estoy estresado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi estado de ánimo sería mejor si consumiera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He buscado la manera de poder consumir nuevamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En la última semana he tenido deseo por consumir sustancias psicoactivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento deseos de consumir si veo películas, videos o canciones que hablen del consumo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se me facilita más resolver mis problemas bajo el efecto de una sustancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extraño estar consumiendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paso más tiempo con amigos que les gusta consumir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sé que me pondría ansioso si tuviera contacto con alguna sustancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento deseos de consumir cuando paso por un lugar donde sé que puedo conseguir sustancias psicoactivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suelo tener pensamientos en los que imagino que he vuelto a consumir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me alegra saber que tengo la capacidad de no volver a consumir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Me dan deseos de consumir cuando escucho hablar sobre sustancias psicoactivas	○ ○ ○ ○ ○
Me alegra saber que puedo conseguir sustancias psicoactivas cuando salga de aquí	○ ○ ○ ○ ○
He vivido con diferentes personas o familiares a causa de mi consumo	○ ○ ○ ○ ○
Evito proponer metas a largo plazo porque sé que no lograré cumplirlas	○ ○ ○ ○ ○
Se me facilita conseguir sustancias psicoactivas	○ ○ ○ ○ ○
He consumido sustancias con algún familiar o pariente cercano	○ ○ ○ ○ ○
Me genera tranquilidad haber dejado de consumir	○ ○ ○ ○ ○
Me gusta colocarme metas sobre mi proceso de abstinencia	○ ○ ○ ○ ○
Me da miedo asumir retos que pienso que voy a fracasar	○ ○ ○ ○ ○
Me siento feliz de estar superando mi problema de consumo	○ ○ ○ ○ ○
No habría consumido si mi familia hubiese sido como la de los demás	○ ○ ○ ○ ○
Si tuviera la oportunidad de consumir lo haría de inmediato	○ ○ ○ ○ ○
No habría consumido si hubiera nacido en otras condiciones	○ ○ ○ ○ ○
Creo que puedo controlar el consumo de sustancias psicoactivas	○ ○ ○ ○ ○
Suelo consumir cuando me siento estresado	○ ○ ○ ○ ○
Por lo general hago lo que yo quiero	○ ○ ○ ○ ○
Cuando esté con mis amigos será difícil mantener la abstinencia	○ ○ ○ ○ ○
Me siento más tranquilo cuando estoy fuera de mi hogar	○ ○ ○ ○ ○
Siento que puedo recaer en el consumo si estoy con otras personas que están consumiendo	○ ○ ○ ○ ○
Tengo la habilidad para mantenerme en abstinencia	○ ○ ○ ○ ○
Las personas que han dejado de consumir ha sido porque han tenido suerte	○ ○ ○ ○ ○
Si dejo el consumo perderé a mis amigos	○ ○ ○ ○ ○
Mis familiares discuten frecuentemente por mi problema de consumo	○ ○ ○ ○ ○
Es difícil lograr lo que me propongo	○ ○ ○ ○ ○
Mis deseos por consumir cada día son menores	○ ○ ○ ○ ○
Estoy seguro de que puedo resistirme a la tentación de consumir	○ ○ ○ ○ ○
A mis familiares no les importa si consumo	○ ○ ○ ○ ○
He sentido el cariño de un hogar	○ ○ ○ ○ ○
Cuando tengo deseos de consumir, hago lo posible por evitarlo	○ ○ ○ ○ ○
Siento que las personas me exigen más de lo que puedo dar	○ ○ ○ ○ ○
Mantenerme en abstinencia depende única y exclusivamente de mi	○ ○ ○ ○ ○

Soy una persona agresiva cuando tengo problemas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
He cambiado varias veces de lugar de residencia a causa de mi consumo	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
El mantenerme ocupado evita que piense en consumir	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Me alegra saber que puedo resolver mis dificultades	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
En mi contexto familiar tengo personas que me ayudan a mantenerme en abstinencia	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
He interrumpido varias veces mis estudios o trabajo a causa de mi consumo	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

FIN DEL CUESTIONARIO

Agradecemos su participación. Por favor, entregue este cuestionario al encargado de realizar su aplicación.