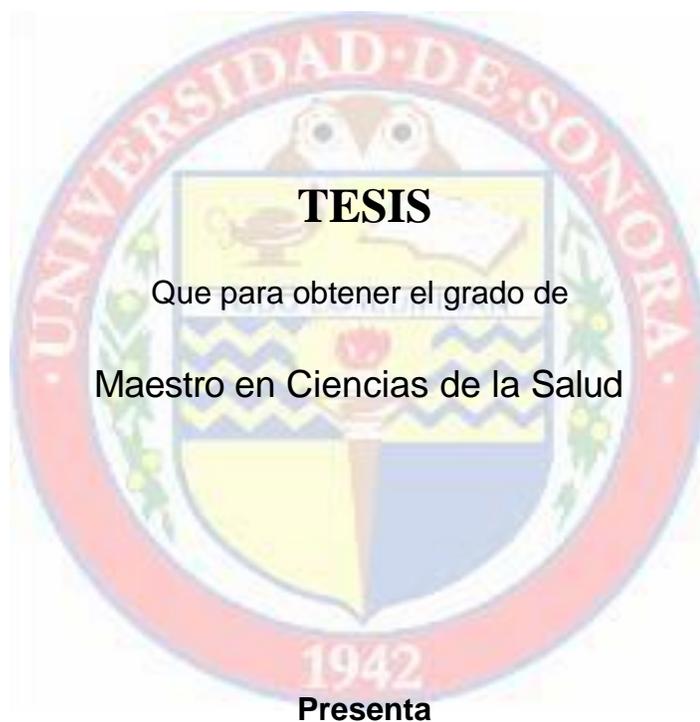


UNIVERSIDAD DE SONORA

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Validación exploratoria del Cuestionario de Autoconfianza para resistir el
Consumo de Drogas y Escala de Apoyo Social en pacientes adictos



TESIS

Que para obtener el grado de
Maestro en Ciencias de la Salud

Presenta

Diana Estefany Cañez Araiza

Hermosillo, Sonora

Octubre del 2017

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



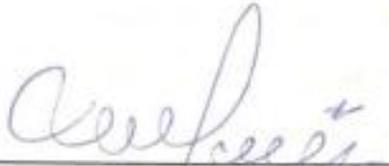
**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



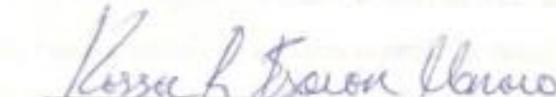
Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

FORMATO DE APROBACION

Los miembros del Jurado Calificador designado para revisar el trabajo de Tesis de **Diana Estefany Cañez Araiza**, lo han encontrado satisfactorio y recomiendan que sea aceptado como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Salud.



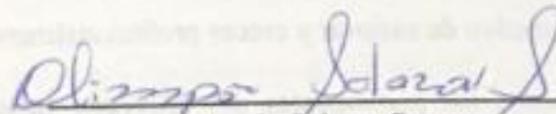
Dra. Miriam Teresa Domínguez Guedea
Directora de tesis



M.T.F. Kessec Roberto Esquer Moreno
Secretario



Dra. María Olga Quintana Zabala
Sinodal



Dra. Olimpia Salazar Serrano
Sinodal

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios, mis padres y a mis hermanas D's porque sin ellos nada de esto hubiera sido posible, siempre apoyándome tanto moral como económicamente, no hay palabras para agradecerles todo lo que hacen por mi...

A mis amigos y por su puesto a mis nutriólogas favoritas Bere Chávez, Jaque Aguilar, Anna Duarte, Teresita Martínez, Vero Varela y mi colega Karem Fuentes, por siempre creer en mí y apoyarme siempre que lo necesito, por levantarme cuando he dudado de mi capacidad para sacar adelante mi proyecto, e incluso ayudarme a resolver todas mis dudas respecto a las materias que llevamos durante estos dos años y una que otra duda nutricional. A mi equipo estrella de META cultura saludable y a mi equipo de trabajo del CIDA Palo Verde, en especial a Vanessa Tapia que también terminó involucrada aun cuando ya no le tocaba.

A mi directora de tesis la Dra. Miriam Domínguez por aceptar el reto de ser mi directora aun cuando teníamos el tiempo encima y siempre hacer un espacio en su agenda para resolver mis dudas y sacar adelante el proyecto.

A mi maestra favorita, Fara Arreola por darme al mejor equipo de investigación y siempre estar dispuesta a guiarnos tanto personal como académicamente, agradezco infinitamente haber terminado en tu cubículo. A Javier Monge y Michelle Quihui por todo el apoyo que me dieron durante el proceso de la colecta de datos y especialmente a mi socia Shadia Mroue ya que sin ti no hubiera sido posible terminar este trabajo a tiempo, muchas gracias por ser el mejor equipo del mundo estoy segura de que haremos grandes cosas en este campo.

A mi comité sinodal el Dr. Kessec Esquer, la Dra. Olimpia Salazar y la Dra. Olga Quintana por tomarse el tiempo de asesorarme cada semestre y darme sus consejos siempre con el objetivo de mejorar y crecer profesionalmente.

Finalmente, a todos los participantes del proyecto, tanto las instituciones como los pacientes que nos apoyaron incondicionalmente siempre con la mejor disposición para que el proyecto saliera adelante.

Atte. Diana Estefany Cañez Araiza

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado especialmente a la personita más especial que la vida me ha regalado, esa persona que me ha enseñado a ver lo más bonito del mundo, mi Kristiansito...

A Shadia que siempre está a mi lado o detrás de mi empujándome para ser una mejor persona, aun cuando yo no creía que podía.

A Dios por permitirme llegar a donde estoy siempre rodeada de la gente que más quiero y poniéndome en el camino un millón de oportunidades para ser más grande.

A mis padres por siempre apoyarme en todo y brindarme su cariño y comprensión, aun cuando no estén de acuerdo con mis decisiones.

A mis hermanas por ser un ejemplo de que siempre se pueden lograr todas las metas con un poco de esfuerzo y la mejor compañía.

A mis amigas siempre están ahí para mi apoyándome y haciéndome sonreír...

... Y sobre todo a todas esas personas que están pasando por un proceso de adicción, sigan luchando aún existimos muchas personas que creemos en ustedes y estamos dispuestos a seguir trabajando día a día para lograr salir de esto juntos.

La voz en tu cabeza que te dice “No Puedes” ¡Te está mintiendo!

- RunFitners

ÍNDICE GENERAL

FORMATO DE APROBACIÓN -----	i
AGRADECIMIENTOS-----	ii
DEDICATORIA -----	iii
INDICE GENERAL -----	iv
LISTA DE TABLAS -----	v
LISTA DE FIGURAS -----	vi
OBJETIVOS (Generales y Específicos) -----	vii
RESUMEN -----	viii
ABSTRACT -----	ix
INTRODUCCIÓN -----	1
ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS -----	3
1. El Trastorno por Consumo de Sustancias -----	3
2. Autoeficacia-----	14
3. Apoyo Social -----	24
4. Análisis Estadísticos de Validez y Constructo -----	28
HIPÓTESIS -----	46
MATERIALES Y MÉTODOS -----	47
RESULTADOS -----	56
LIMITACIONES DEL ESTUDIO-----	73
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN -----	74
BIBLIOGRAFÍA -----	76
ANEXOS -----	87

LISTA DE TABLAS

TABLA		PÁGINA
I	Características metodológicas de los estudios de validación del CACD	21
II	Análisis comparativo de los resultados obtenidos por diferentes Autores	21
III	Características de la muestra	49
IV	Historial de consumo de los participantes	49
V	Primer análisis de factoriabilidad de la matriz de correlaciones del CACD	61
VI	Primeros valores de Alfa de Cronbach para cada factor	61
VII	Primer Análisis Factorial Exploratorio del CACD	62
VIII	Primer Análisis de Modelamiento de Rasch por factores para el CACD	63
IX	Análisis final de factoriabilidad de la matriz de correlaciones del CACD	65
X	Valores finales de Alfa de Cronbach para cada factor	65
XI	Análisis Factorial Exploratorio Final del CACD	66
XII	Análisis Final de Modelamiento de Rasch por factores para el CACD	67
XII	Matriz de Correlaciones de la Escala de Apoyo Social Percibido	71
XIV	Análisis de Clase Latente de la Escala de Apoyo Social Percibido	71
XV	Análisis de Modelamiento de Rasch de la Escala de Apoyo Social Percibido	72

LISTA DE FIGURAS

FIGURA		PÁGINA
1	Modelo “Rompiendo el círculo vicioso de la marginación y los Trastornos asociados al consumo de sustancias”	6
2	Distribución de la población en la Zona Norte en Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales 2015	8
3	Esquema revisión sistemática propiedades de validez y confiabilidad del CACD	18
4	Esquema “Métodos para estimar la confiabilidad”	31
5	Modelo de acuerdo entre calificadores	31
6	Curva Característica del ítem (CCI)	43

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

1. Identificar las propiedades de validez de constructo exploratoria y confiabilidad del Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas en una muestra de pacientes adictos que reciben tratamiento por consumo de sustancias ilegales en Hermosillo, Sonora.
2. Identificar las propiedades de validez de constructo exploratoria y confiabilidad de la Escala de Apoyo Social Percibido en una muestra de pacientes adictos que reciben tratamiento por consumo de sustancias ilegales en Hermosillo, Sonora.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Adaptar y validar de manera exploratoria el Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD) de Annis y Graham (1988) para medir en forma precisa y confiable el constructo de autoeficacia para resistirse al consumo en pacientes adictos que reciben tratamiento por consumo de sustancias ilegales.
2. Diseñar y validar por constructo la Escala de Apoyo Social para medir en forma precisa y confiable la percepción de apoyo formal e informal por pacientes adictos que reciben tratamiento por consumo de sustancias ilegales.

RESUMEN

Introducción: El tratamiento de las adicciones debe ser integral y validado para la población que atiende. **Justificación:** El servicio público en Sonora que actualmente ofrece tratamiento psicológico para el control del consumo de sustancias utiliza instrumentos no validados para la población de referencia; este estudio generará evidencia de validez y confiabilidad de medidas psicológicas clave en el tratamiento de pacientes adictos. **Objetivo:** Identificar las propiedades de validez de constructo exploratoria y confiabilidad del Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas (CACD) y la Escala de Apoyo Social Percibido en una muestra de pacientes adictos que reciben tratamiento por consumo de sustancias. **Metodología:** Se adaptó y validó por jueces el CACD y se diseñó la escala de apoyo social percibido; ambos instrumentos se aplicaron a 144 participantes. **Resultados y Discusión:** Los resultados de análisis factorial exploratorio y del modelo Rasch indicaron que cuatro factores explican en forma válida y confiable 65% la varianza del constructo Autoconfianza para resistirse al consumo de sustancias en situaciones de Malestar emocional (alfa .94), Malestar físico (alfa .96), Bienestar emocional (alfa .93) y Situaciones Interpersonales (alfa .96). Para Apoyo Social se identificó una solución bi-factorial que explica 39% de la varianza del constructo de manera válida y confiable; los factores son: Apoyo de figuras de autoridad (alfa .74) y Apoyo de pares y otros significativos (alfa .76). **Conclusiones:** Los análisis preliminares de ambos instrumentos indican propiedades psicométricas satisfactorias, superando las características técnicas de las medidas que actualmente se aplican en la localidad.

ABSTRACT

Introduction: Multiple science articles have shown that addiction treatment should be comprehensive and validated for the population it serves. **Justification:** Recently the state of Sonora, has reopened substance abuse treatment in the hospital service, so arises the need to assess their effectiveness; however, the measures referred to in the literature for this purpose are not validated for the reference population. **Objective:** Determine the properties of validity and reliability of the Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ), and the Perceived Social Support Scale for addicted patients as measures of psychological aspects related to abstinence in a sample of addicted patients treated for illicit substances use. **Methodology:** The DTCQ was adapted and validated through a team of experts on the subject and the social perceived support scale was designed. These instruments were applied to 144 participants. **Results and discussion:** The results of exploratory factor analysis and Rasch model indicated that four factors validly and reliably explain the 65% variance of the Self-confidence construct to resist substance use in situations of emotional distress (alpha .94), Physical discomfort (alpha .96), Emotional well-being (alpha .93) and Interpersonal Situations (alpha .96). For Social Support a bi-factorial solution was identified that explains validly and reliably of 39% of the variance of the construct; The factors are: authority figures support (alpha .74) and peer and other significant support (alpha .76). **Conclusions:** Preliminary analyzes of both instruments indicate satisfactory psychometric properties, surpassing the technical characteristics of the measures currently applied in the locality

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas constituye un serio problema de salud pública a nivel mundial debido a las implicaciones biológicas, psicológicas y sociales que conlleva, entre las que destacan la aparición de enfermedades crónicas, conductas delictivas y antisociales y marginación social (Cáceres, 2006; Becoña, 2010), convirtiéndolo en un fenómeno de gran relevancia de estudio.

El origen de esta problemática es multifactorial, es decir existen una serie de factores individuales, familiares y sociales que representan un riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, por lo que el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) 2004, recomienda diseñar programas de prevención que consideren estos factores de riesgo enfocándose en el aumento de competencias académicas y sociales que contemplen habilidades como la comunicación, relaciones interpersonales, hábitos de estudio, auto-eficacia, reafirmación personal, habilidades para resistir el consumo, actitudes anti-drogas y el fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de drogas.

Los datos estadísticos mexicanos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones (SISVEA) 2015, muestran que en el periodo de 1994-2014 fueron registrados 816,632 casos de consumo de sustancias, de los cuales el 88% reportó haber tenido hasta 10 intentos de rehabilitarse, dejando en evidencia la necesidad de implementar programas que además de trabajar sobre la prevención del consumo y la rehabilitación, trabajen la prevención de la recaída.

A partir de la necesidad de reducir el alto índice de recaída en México, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), propone que se utilice un programa cognitivo-conductual basado en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura con el objetivo de promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias y mantener la abstinencia. Dentro de las variables consideradas en este programa se contempla el patrón de consumo, problemas asociados, situaciones de consumo, apoyo social, nivel de riesgo y el nivel de autoeficacia percibida (Martínez y col., 2009).

Asimismo, estos programas cuentan con una batería de instrumentos que son utilizados para evaluar a los pacientes, dentro de las cuales se incluye el Cuestionario de Autoconfianza para resistir el Consumo de Drogas diseñado por Annis y Martin en 1985, que se basa en la teoría de Autoeficacia de Bandura y la clasificación de los factores de riesgo para una recaída de Marlatt y Gordon (1978), con el objetivo de evaluar la autoeficacia percibida por el adicto para resistir la necesidad de consumir la sustancia en diferentes situaciones de riesgo (Annis y col., 1997). En cuanto al apoyo social, algunos instrumentos que se utilizan tanto en la investigación como el tratamiento son el Cuestionario MOS, el Cuestionario de Apoyo Social DUKE y el APGAR.

Sin embargo, no se encontró en la literatura evidencia empírica sobre la validación y confiabilidad de estos instrumentos para población adicta mexicana, por lo que se planteó el desarrollo de esta investigación a partir de la siguiente pregunta: ¿Qué propiedades de validez y confiabilidad tienen el Cuestionario de autoconfianza de consumo de drogas como medida de autoeficacia y la Escala de Apoyo Social Percibido para lograr la abstinencia en pacientes que reciben tratamiento por consumo de sustancias ilegales en Hermosillo, Sonora?

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

El Trastorno por Consumo de Sustancias

Descripción y Clasificación en el DSM-V

El concepto de adicción es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994, como el consumo repetido de una o más sustancias psicoactivas, hasta el punto de intoxicación periódica o continuada, generando en el consumidor o adicto un deseo compulsivo de consumir la sustancia(s) y la dificultad para interrumpir voluntariamente su consumo haciendo todo lo posible por conseguirla.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta edición (DSM-V) en el apartado de trastornos relacionados con sustancias, hace mención de 10 clases diferentes de drogas clasificándolas en alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias. Dentro de este trastorno, los autores hacen la aclaración de que todas estas sustancias consumidas en exceso producen una activación directa del sistema de recompensa cerebral produciendo sentimientos de placer y son los individuos con menores niveles de autocontrol los que están más propensos a desarrollarlo.

Asimismo, el DSM-V menciona que el consumo de sustancias tiene como principal característica la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos como indicativo de que la persona sigue consumiendo la sustancia a pesar de los problemas que se derivan de su consumo. Este trastorno puede ser diagnosticado a partir de la expresión de 3 o más de los siguientes criterios en algún momento de un periodo continuo de 12 meses:

- 1) “Tolerancia”, definida por una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2) “Abstinencia”, Definida por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o si se toma la misma sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3) La sustancia es tomada frecuentemente en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en su consumo o en la recuperación de los efectos de la misma.
- 6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- 7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Epidemiología del Consumo de Sustancias

Los datos mundiales indicaron que, en el año 2014 aproximadamente 1 de cada 20 adultos con edades entre 15 y 64 años consumieron alguna droga ilícita, y a partir de este consumo se calcularon alrededor de 43.5 muertes por cada millón de personas en el mundo dentro de este rango de edad (UNODC, 2016).

Asimismo, aun cuando se calcula que 29 millones de personas en el mundo padecen algún trastorno relacionado con las drogas, se encontró que solo 1 de cada 6 personas logra recibir un tratamiento, siendo los grupos de mayor nivel socioeconómico los mayores consumidores y los de menor nivel los que pagan un mayor precio por el consumo y los más propensos a desarrollar una adicción.

Finalmente, el Informe Mundial sobre las Drogas plantea un modelo para romper el círculo vicioso de la marginación y los trastornos relacionados con el uso de sustancias (Figura 1). En él se mencionan el desempleo, bajo nivel educativo, falta de hogar, migración, violencia, trabajo sexual y encarcelamiento como factores de riesgo, así como el VIH/sida, hepatitis C, y otras enfermedades combinadas con comportamiento de alto riesgo como riesgos adicionales que llevan a las personas a padecer algún trastorno relacionado con el consumo de sustancias, la exclusión social y la estigmatización.

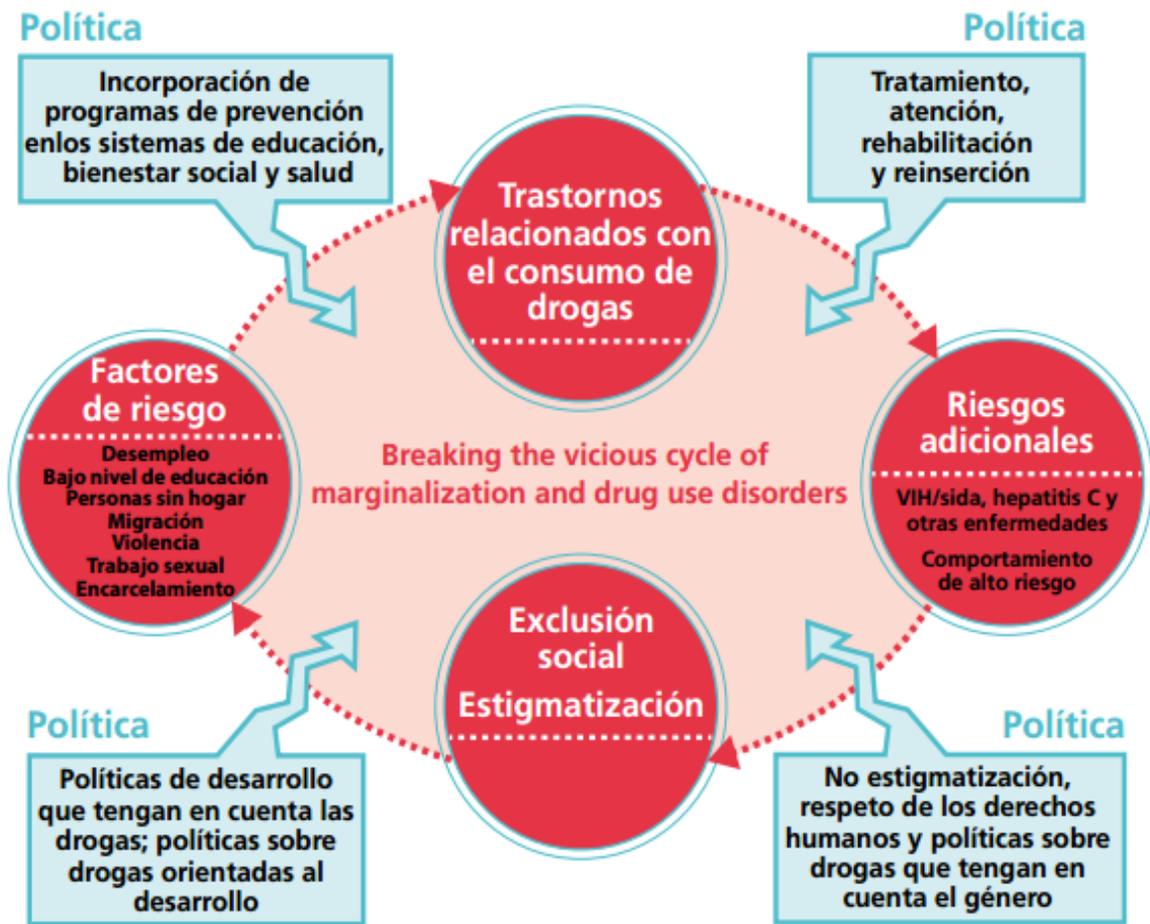


Figura 1. Modelo “Rompiendo el ciclo vicioso de la marginación y los trastornos asociados al consumo de sustancias”.

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) Informe Mundial Sobre las Drogas 2016.

Por su parte en México, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones (SISVEA), en su último informe mostró que en el año 2015 se registraron 56,767 casos de adicciones en centros de tratamiento no gubernamentales de todo el país. De estos casos registrados el 88.7% corresponden a hombres con una media de edad de 30.8 años y con un mayor porcentaje de nivel de escolaridad básica (65.9%).

En cuanto a las sustancias consumidas en México, los datos estadísticos mostraron que la droga de inicio mayormente reportada fue el alcohol (46%), seguida por el tabaco (27.5) y la marihuana (14.9%). De forma similar, se encontró que el alcohol fue la droga de mayor impacto (39.5%), seguida por el cristal (20.6%) y la marihuana (16%) y el 56.5% de los consumidores refirió un consumo diario de tres o más veces.

Actualmente la zona norte del país, constituida por diez estados, representa el 25.9% del total nacional con 14,654 casos registrados y se encuentra encabezada por el estado de Sonora (48.3%) que muestra un porcentaje 3 veces mayor al resto de los estados que conforman esta zona (Figura 2).

De forma similar al resto del país, en esta zona se encontró que el tabaco y el alcohol fueron las principales drogas de inicio, seguidas por la marihuana el cristal y la cocaína, sin embargo, los datos de droga de impacto muestran un porcentaje 2 veces mayor de consumo de cristal (51.8%) en comparación con el resto del país (20.6), dejando en evidencia la urgente necesidad de implementar medidas para reducir el impacto de esta sustancia en esta zona.

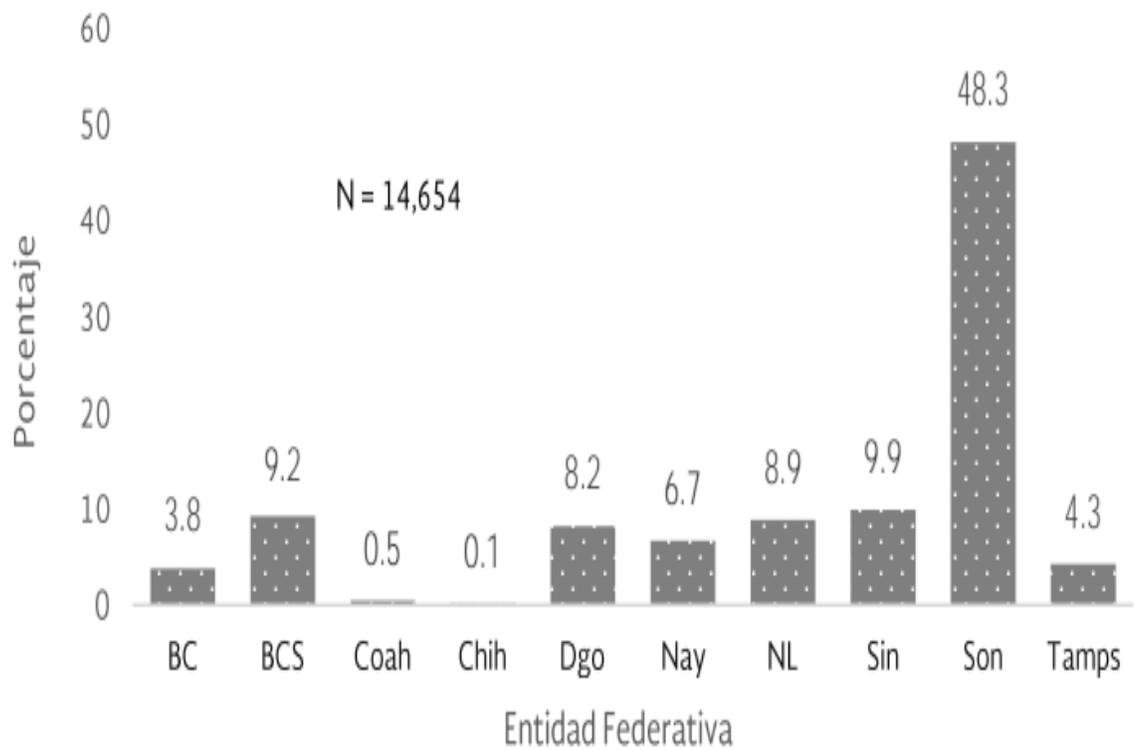


Figura 2. Distribución de la población en la zona norte en centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales México 2015.

Fuente: Secretaría de Salud/ DGE/ DGE/ DGAE/DIE/SISVEA/ centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales 2015.

Factores Relacionados con el Consumo de Sustancias.

El consumo de sustancias es un fenómeno que ha existido desde el inicio de la humanidad. A lo largo de los años ha sido utilizado con fines distintos. En un inicio, las drogas eran utilizadas con fines medicinales y en rituales espirituales. Posteriormente, en las antiguas civilizaciones, se inició con el uso de sustancias alucinógenas durante las orgías sagradas celebradas por la alta sociedad (Corrêa de Carvalho, 2007).

Aun cuando ya existía el conocimiento sobre ciertas plantas que causaban un efecto psicoactivo en el cuerpo, el alcohol representa la droga más utilizada a lo largo de los años por las diferentes civilizaciones y es una sustancia que a pesar de sus efectos, ha sido socialmente aceptada y adoptada por los seres humanos como una sustancia digna de estar presente en todo tipo de eventos sociales (Gabantxo, 2001).

Durante la primera guerra mundial, se desató el consumo de drogas a tal grado que gobiernos como el de Estados Unidos comenzaron a implementar medidas restrictivas desatando un enorme crecimiento en el mercado negro que continúa en ascenso hasta la actualidad con el tráfico de drogas ilegales entre las que destacan la marihuana y la cocaína además de las drogas de diseño o sintéticas como los estimulantes y psicoactivos (Martins, 2008).

Debido a los problemas que se han derivado en las últimas décadas a partir del consumo de sustancias, diversos investigadores han tratado de identificar los factores de riesgo que llevan a una persona al consumo para poder intervenir sobre ellos y diseñar programas de promoción, prevención y rehabilitación que sean efectivos para disminuir la problemática.

Luego de varios años de investigación, algunos estudios han logrado identificar una serie de factores de riesgo que se presentan en el ámbito personal, familiar, el grupo de pares y en el entorno escolar, de trabajo o comunitario (Vera, 2004).

Algunos factores de riesgo para el consumo de sustancias que se proponen en la literatura son (López y col., 2010; Catalano y col., 1996):

- a) **Factores familiares:** comportamiento antisocial por parte de los familiares, conflictos familiares, actitudes favorables a la conducta antisocial por parte de los padres, actitudes favorables al consumo de sustancias por parte de los padres, escasa disciplina y supervisión y escaso apego familiar.
- b) **Factores sociales:** transiciones y movilidad personal y en la comunidad, desorganización comunitaria, escaso apego al vecindario, leyes y normas favorables al consumo de drogas, disponibilidad percibida de drogas y armas, deprivación económica y publicidad.
- c) **Factores escolares/laborales:** fracaso escolar y escaso compromiso con la escuela /trabajo.
- d) **Factores individuales y de pares:** actitudes favorables al comportamiento antisocial y al consumo de drogas, comienzo temprano de conductas problemáticas, consumo por parte de los amigos, interacción con amigos antisociales, escasa percepción de riesgo al consumir, recompensas por el comportamiento antisocial, rebeldía, búsqueda de sensaciones, actitudes creencias y valores, habilidades sociales, autoconcepto y autoestima, estrés e impulsividad, resiliencia, tiempo de ocio y dinero disponible.

Tratamiento del Trastorno por Consumo de Sustancias.

La Organización Centros de Integración Juvenil en el 2003 planteó una definición de psicoterapia bajo el marco conceptual de las teorías cognitivo-conductual, el modelo sistémico y psicodinámico que resulta apropiada dentro del tratamiento de las adicciones. Dicha definición propone que la psicoterapia es “un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, establece deliberadamente una relación profesional con un paciente, con el objetivo de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, cambiar patrones alterados de conducta y promover el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad” (Becoña, 2010).

En una revisión de la literatura realizada por Sánchez y Villarreal (2010), se encontró que los modelos explicativos más efectivos que buscan expresar el trastorno por consumo de sustancias son: el Modelo de Desarrollo Social, el Modelo Integrador, la Teoría de la Conducta Problema, la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría del Aprendizaje Social y el Modelo de Creencias de Salud.

De igual manera, el Instituto Nacional para el Consumo de Drogas (NIDA, 2010), refiere que el modelo más apto para abordar el consumo de sustancias es el de la Teoría Social Interaccionista Ecosistémico de Bronfenbrenner, en el cual se postula que la conducta del individuo esta mediada por su interacción con el medio ambiente en el que se desenvuelve, mismo que está organizado en 4 sistemas: Microsistema, Mesosistema, Exosistema y Macrosistema, y la interacción del individuo con estos sistemas se logra explicar a través de factores de riesgo y protección.

Por su parte, existen diversos enfoques de intervención psicológica para el tratamiento del consumo de sustancias, haciendo una combinación entre el ambiente, la intervención y los servicios de tratamiento individual adaptados a las necesidades y problemáticas que enfrenta el paciente para lograr una readaptación funcional a nivel familiar, laboral y social. Este tratamiento debe ser integral y validado para la población a la que va dirigido y debe abordar además del consumo, cualquier otra problemática ya sea de salud, psicológica, social, vocacional o legal que presente el paciente (UNODC, 2003; NIDA, 2010).

En una revisión sistemática realizada por Rojas y col., 2011, con el fin de evaluar el impacto de los tratamientos en adicciones, se encontró que el enfoque psicológico más utilizado en la literatura para el consumo de sustancias fue el cognitivo-conductual de intervención breve combinado con otro tipo de terapia, como la de reemplazo, farmacológica y/o psicoterapia familiar, terapia centrada en soluciones y el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon.

En concordancia con los resultados de Rojas y col., la Secretaría de Salud en su Guía de Práctica Clínica 2015, propone utilizar el tratamiento cognitivo-conductual de

intervención breve, tomando en cuenta que el profesional debe brindar al usuario una retroalimentación personalizada sobre los riesgos y consecuencias del consumo, comparaciones contra el consumo estándar de la población, estrategias de moderación, cuestionamiento de las expectativas positivas sobre el alcohol y la educación sobre los niveles de alcohol en la sangre.

Debido a la naturaleza crónica del trastorno por consumo de sustancias, los pacientes tienen una mayor probabilidad de que exista una recaída después del tratamiento, por lo que es necesario considerar esta variable a la hora de diseñar un plan de intervención. El término recaída se deriva del modelo médico e indica que el paciente retomó su consumo después de un periodo de remisión (Marlatt y col., 2005; Sánchez y col., 2010).

Uno de los modelos de prevención de recaídas más completos, es el de Marlatt y Gordon, ya que brinda un esquema completo para describir, comprender, predecir y prevenir las recaídas. Este modelo está basado en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura y plantea que la recaída se da por problemas de autocontrol ante determinadas situaciones consideradas como de riesgo. También, señala que las personas que tienen autocontrol, es porque han desarrollado elementos cognitivos y habilidades de afrontamiento para superar exitosamente las diferentes exigencias y amenazas que surgen en su vida diaria (Chávez y col., 2010).

Este modelo surge a partir de un análisis de contenido de las respuestas de 48 pacientes que recibieron tratamiento por consumo de sustancias, del cual se derivaron las siguientes categorías: frustración y enfado, presión social, tentaciones interpersonales, estado emocional negativo y otras situaciones (Luengo y col., 2001).

Por su parte, el CONADIC en el año 2009, propuso un programa de intervención breve basado en la teoría del aprendizaje social de Bandura, con el objetivo de promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias y el mantenimiento de la abstinencia. Este programa contempla el patrón de consumo, problemas asociados, situaciones de consumo, nivel de riesgo y nivel de autoeficacia percibido.

Evaluación de los Tratamientos para el Consumo de Sustancias.

Para que un profesional de la salud pueda tomar decisiones que le permitan mejorar la calidad de sus intervenciones y garantizar a sus pacientes un tratamiento de calidad, es necesario que se realice una evaluación. Dicha evaluación busca medir el proceso, el desempeño de un programa, comparar lo programado con lo realizado y establecer un juicio sobre esta diferencia, además de determinar si se cubren las necesidades de la población objetivo mediante la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios que están recibiendo en función de sus necesidades (Alvira, 2000 y Tiburcio, s.f.).

En nuestro país, la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, establece que es necesario orientar la evaluación y el seguimiento de los tratamientos de prevención, rehabilitación, participación comunitaria, enseñanza, capacitación e investigación, hacia la estructura, proceso, resultado e impacto, y todo servicio que se enfoque en el consumo de sustancias debe reportar sus actividades y resultados a la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) de manera periódica cada 3 meses, conforme a los procedimientos establecidos (Secretaría de Salud, 2009).

Con el objetivo de identificar los instrumentos que se utilizan para evaluar la efectividad de los programas de tratamiento para el consumo de sustancias, se realizó una revisión de la literatura siguiendo las recomendaciones de la guía PRISMA, en las bases de datos SCOPUS, EBSCOhost, PubMed, Web of Science y Scholar Google (Moher y col., 2009). Como palabras clave se utilizaron “Addiction treatment”, “Evaluation” y México, incluyendo todos aquellos artículos que estuvieron disponibles en texto completo, indexados en una revista científica, realizados en México con población de género masculino, mayores de 18 años y que evaluaron la efectividad de los programas de tratamiento psicológico ofrecido a pacientes adictos internos en una institución del servicio público.

Se encontraron 4 artículos que cumplían con los criterios de inclusión de la revisión, de los cuales uno tuvo una muestra de adictos al tabaco, 1 al alcohol y 2 con consumidores de sustancias ilegales. Los tratamientos que se utilizaron en los artículos fueron de tipo cognitivo conductual y de ayuda mutua con base al programa de los 12 pasos.

Los instrumentos que utilizaron los autores de los artículos fueron la entrevista, el Cuestionario Fagerström de Dependencia a la Nicotina, la Línea Base Retrospectiva (LIBARE), el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS) y el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD) (Lira y col., 2008; Velásquez y col., 2015; Medina y col., 2007; Pavón y col., 2014).

Adicionalmente se encontró que en México el CONADIC propone utilizar el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), el Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD) y el Instrumento de Apoyo Social y Estrés de DUKE dentro de la batería de instrumentos que se utilizan en el tratamiento del consumo de sustancias (Tiburcio, s.f.)

A continuación se aborda en el capítulo 2...

Autoeficacia

Modelo de Autoeficacia de Bandura.

La teoría de la autoeficacia surge a finales de la década de los setenta, derivada de la teoría del aprendizaje social de Bandura a partir de la idea de que las intervenciones que modifican el ambiente son efectivas para modificar la conducta y que la intervención cognitiva de sujeto es imprescindible (Velásquez, 2012).

Este concepto es definido por Bandura como “el juicio personal sobre las propias capacidades para organizar y ejecutar las líneas de conducta requeridas para obtener determinados resultados” (López y col., 2002).

La autoeficacia está relacionada con diferentes situaciones de logro, donde la autoeficacia de cada uno para realizar algo, se da a partir de la experiencia que el individuo tenga con ese u otro propósito parecido y de las características personales como sus capacidades y actitudes. De igual manera la autoeficacia se relaciona en gran medida con el apoyo social que reciba el individuo por parte de las personas significativas que lo rodean (Schunk, 2012).

La Autoeficacia en Consumidores de Sustancias.

Las teorías basadas en el Aprendizaje Social han servido como base para el desarrollo de intervenciones que buscan la prevención de recaídas en el consumo de sustancias, mismas que tienen una mayor probabilidad de éxito cuando aumenta la percepción de una situación psicológica favorable al cambio, las expectativas de control sobre la conducta de resistencia al deseo de consumo, de resultados positivos en relación al cambio y la valoración positiva de las consecuencias de dejar de consumir (Fernández y col., 2006)

Todas estas variables que se utilizan en la prevención se relacionan en gran medida con el concepto de Autoeficacia, que es definido en el marco de las adicciones como la confianza que tiene un individuo en su capacidad para resistir la necesidad de consumo en situaciones de alto riesgo y esta capacidad de resistencia está relacionada con estrategias de afrontamiento efectivas (Chicharro y col., 2007).

Como se mencionaba en el capítulo anterior, las autoridades sanitarias en México exigen a los responsables del tratamiento del consumo de sustancias la evaluación de los aspectos psicológicos que se trabajan en el paciente. En relación con la autoeficacia, un instrumento debe ser capaz de establecer una clasificación evolutiva y tipológica de los

adictos e identificar la capacidad de resistencia al deseo o impulso de consumir del paciente (Becoña y col., 1999).

Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas (CACD)

El Cuestionario de Autoeficacia en el Consumo de Drogas (CACD) es un instrumento diseñado por Annis y Martín en 1985, basado en la teoría de Autoeficacia de Bandura y la clasificación de los factores de riesgo para una recaída de Marlatt y tiene como objetivo evaluar la autoconfianza en la habilidad que tiene el individuo para resistir la necesidad de consumir drogas en diferentes situaciones de riesgo (Annis y col., 1997).

Para la validación de este instrumento, los autores utilizaron una muestra mixta de 713 adictos. Los resultados estadísticos mostraron una alta consistencia interna con un alfa de .94 y tras realizar un análisis factorial exploratorio, se agruparon los 50 reactivos en 8 dimensiones que miden la autoeficacia percibida por el adicto en la habilidad que tiene para resistir la necesidad de consumir en diferentes situaciones de riesgo (De León y col., 2001).

Revisión Sistemática de Propiedades de Validez y Confiabilidad del Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas

Se realizó una revisión sistemática siguiendo con las recomendaciones de la guía PRISMA (Moher y col., 2009), en las bases de datos: EBSCO, Web of Science, GALE CENGAGE, DIALNET, SCOPUS y PubMed, con el fin de analizar en forma crítica la evidencia sobre las propiedades de validez y confiabilidad del Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas. Para ello se utilizaron las siguientes combinaciones clave: “Drug Taking Confidence Questionnaire” AND “Reliability” AND “Validation Studies” AND “Drug Addiction”.

Como criterios de inclusión se estableció que se utilizarían todos los artículos que fueron escritos a partir del año 1985 a 2016, en el idioma inglés o español, que tuvieran la característica de ser estudios de validación del CACD y que los participantes fueran hombres o mujeres de cualquier edad, que recibieran tratamiento por consumo de sustancias; Se excluyeron aquellos artículos que fueran opiniones de expertos, memorias de congresos, que tuvieran algún costo o que fueran identificados como literatura gris; y se eliminaron los artículos repetidos en las bases de datos.

El proceso de la búsqueda dio como resultado cinco registros, de los cuales fueron eliminados tres durante la fase de cribado siguiendo el criterio de eliminación de artículos repetidos, dejando un total de dos artículos. Sin embargo, se decidió incluir como resultado adicional la tesis de validación en población mexicana referida por la Secretaría de Salud en el 2015, aun cuando no fue localizada en la revisión (Figura 3).

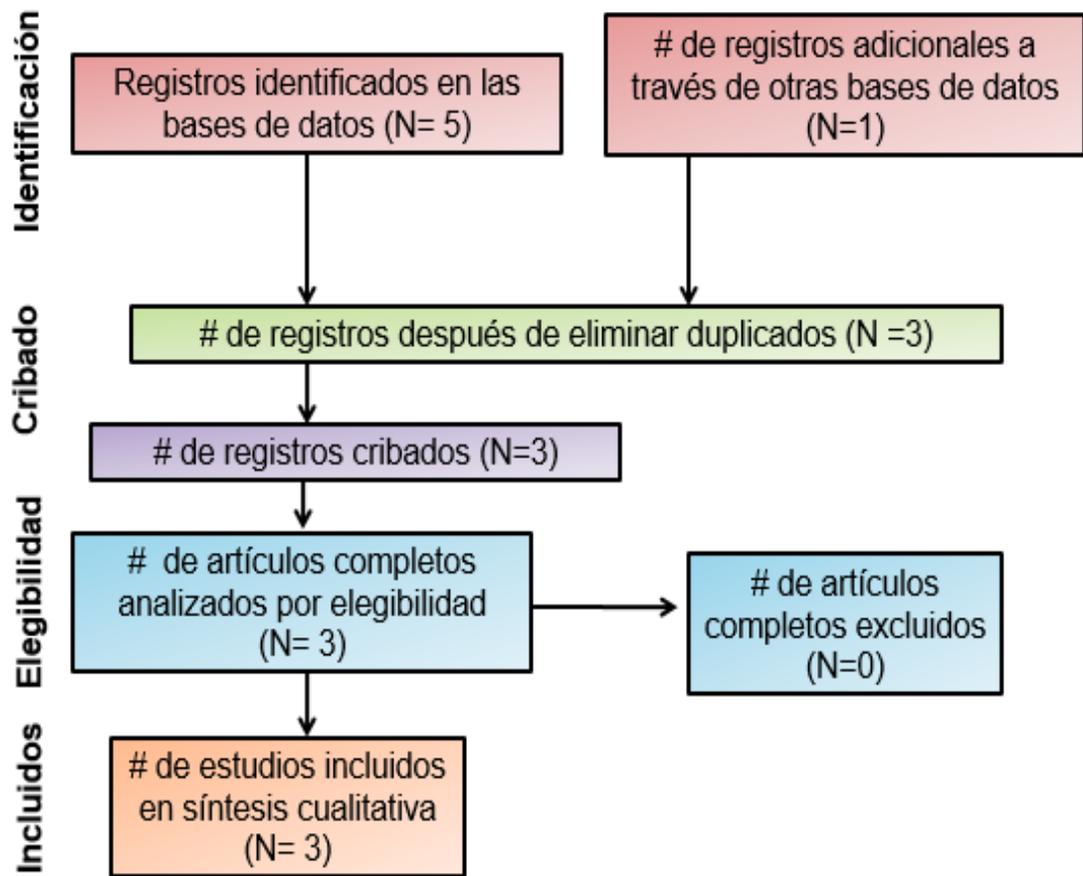


Figura 3. Esquema Revisión Sistemática propiedades de validez y confiabilidad del CACD.

Los artículos encontrados en la revisión utilizaron una muestra mixta no proporcional de hombres y mujeres; dos de ellos utilizaron participantes que habían recibido tratamiento mínimo de un mes y uno no especificó las condiciones de su muestra (Tabla I).

Con relación al procedimiento, dos de los artículos hicieron una adaptación del instrumento y posteriormente realizaron un análisis de validez de contenido a partir de cuatro jueces expertos en el tema. Después hicieron un pilotaje y finalmente se aplicó el instrumento a los participantes. Por su parte, los autores canadienses realizaron una adaptación del instrumento a una versión computarizada (Sklar y col., 1997).

En todos los estudios revisados se reporta un índice de consistencia interna de la escala a través del Coeficiente Alfa de Cronbach $\geq .80$ que resulta ser el mínimo aceptable recomendado por los expertos (Frías, 2014).

Los autores de las adaptaciones en México y Brasil realizaron un análisis de validez de contenido para la adaptación del instrumento a sus respectivas poblaciones, por su parte los autores canadienses no reportaron resultados de validez de contenido.

De León utilizó 4 jueces expertos en idiomas para validar la traducción del instrumento al español y 3 expertos en el idioma inglés y español realizaron una retro-traducción para determinar la equivalencia entre los reactivos de ambas versiones. Una vez realizado este procedimiento, se aplicó el instrumento a cuatro jueces expertos en el área de las adicciones dando como resultado un 100% de acuerdo en cuanto al objetivo del instrumento y un 83.30% de acuerdo en las dimensiones que evalúa el instrumento.

Para su análisis de validez de contenido, Cordeiro y col. utilizaron un equipo de nueve jueces expertos en el área. Los expertos analizaron tres aspectos: equivalencia entre los idiomas, equivalencia experiencial y equivalencia conceptual, obteniendo un índice de concordancia de .778 para la equivalencia entre idiomas y un índice $\geq .95$ para los otros dos.

Siguiendo con el análisis estadístico, los autores de México y Canadá reportaron los resultados del análisis factorial para cada uno de sus instrumentos, el artículo realizado en Brasil muestra los resultados de la primera etapa del estudio de validación que se está llevando a cabo actualmente, por lo que aún no cuenta con resultados de análisis factorial.

Sklar y col. realizaron un análisis factorial confirmatorio de primer y segundo orden para obtener validez de constructo dando como resultado los ocho factores de primer orden originales: emociones agradables, malestar físico, emociones desagradables, probando autocontrol, necesidad y tentación de consumo, conflicto con otras personas, presión social y situaciones agradables; así como tres factores de segundo orden: negativo, positivo y tentación (Tabla II).

De León y Pérez por su parte realizaron un análisis factorial confirmatorio con rotación varimax que dio como resultado un factor que explica el 45% de la varianza a través de 60 ítems con cargas factoriales $\geq .76$ (Tabla II).

Finalmente, los autores mexicanos realizaron un análisis de validez convergente y divergente que mostró una correlación negativa con el Inventario de Situaciones de Consumo y las variables “Depresión” y “Desesperanza”, y se hizo un análisis de sensibilidad y especificidad mediante la prueba estadística t de Student para muestras independientes, dando como resultado una $p < .0001$.

Tabla I. Características metodológicas de los estudios de validación del CACD.

Primer Autor (año)	Participantes	Procedimiento
Sklar (1997) Toronto, Canadá	713 adictos hombres y mujeres, que recibieron tratamiento por un periodo mayor a 24 meses en la fundación de investigación en adicciones, en Toronto, Ontario.	Se aplicó la versión computarizada interactiva del Drug-Taking Confidence Questionnaire.
De León (2001) México, D.F.	300 hombres y mujeres, 150 consumidores y 150 no consumidores, entre 14 y 64 años.	<ul style="list-style-type: none"> - Traducción y re-traducción del instrumento. - Se hizo un análisis de validez de contenido y aparente a partir de un jueceo de 4 expertos en el área. - Pilotaje en población de referencia. - Aplicación del instrumento en una muestra de 300 adictos.
Cordeiro (2016) Brasil	40 adictos, 20 hombres y 20 mujeres, entre 18 y 65 años que recibieron tratamiento en CAPSad por un periodo mínimo de un mes.	<ul style="list-style-type: none"> - Traducción y re-traducción del instrumento. - Se hizo un análisis de validez a partir de un jueceo de 3 expertos en el área. - Pilotaje en población de referencia. - Aplicación del CACD-8 en una muestra de 40 adictos adultos.

Tabla II. Análisis comparativo de los resultados obtenidos por los diferentes autores.

Primer Autor (año)	Análisis Estadístico	Resultados
Sklar (1997) Toronto, Canadá	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis Factorial Confirmatorio de primer y segundo orden, para obtener validez de constructo - Análisis para establecer validez convergente y discriminante. 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>8 factores de primer orden</u> ($= x^2$ 4007.89 (1147 gl), GFI=.80, AGFI= .78, RMR=.05, NFI=.87, NNFI=.90 y $x^2/df= 3.5$; $p \leq .001$) - <u>3 factores de segundo orden</u> - $x^2= 4157.52$ (1165 gl), GFI=.79, AGFI= .77, RMR=.05, NFI=.87, NNFI=.90, $x^2/df= 3.6$. y T .96; $p < .001$.
De León (2001) México, D.F.	<ul style="list-style-type: none"> - Validez de contenido y aparente. - Análisis factorial con rotación varimax. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se obtuvo un Alfa de Cronbach de .9941 de consistencia interna en sus reactivos. - Todos los ítems obtuvieron valores de t de Student con un valor de $p < .0001$. - El análisis factorial indicó un factor que explica el 45% de la varianza con 60 ítems con cargas factoriales con valores $\geq .76$.
Cordeiro (2016) Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - Validez de contenido - Análisis de confiabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - El Índice de concordancia para la equivalencia del idioma fue de 0.778 - El Índice de concordancia para claridad del lenguaje fue de 0.972 - El índice de concordancia para relevancia practica fue de 0.958 - El índice de concordancia para relevancia teórica fue de 0.958. - El Alfa de Cronbach para el instrumento total fue de 0.889

De acuerdo con Gregory (2011), el procedimiento que siguieron De León y Cordeiro en población mexicana y brasileña, es el apropiado para realizar una validez de jueces y los resultados expuestos son satisfactorios para decir que el instrumento cuenta con los valores apropiados para tener validez de contenido.

En su estudio de validación confirmatoria del CACD, Sklar et al. señalan que el valor de .80 obtenido de bondad de ajuste es estadísticamente significativo, sin embargo, la literatura actual indica que los valores de GFI, AGFI, NFI y NNFI, deben estar por encima de .95, que la X^2/DF debe ser menor a tres y que el valor de la raíz del residuo cuadrático promedio (RMR) debe ser próximo al valor de cero, por lo tanto, se puede afirmar que los resultados reportados por Sklar no evidencian un buen ajuste del modelo confirmatorio del CACD (Lloret y col., 2010).

Por su parte, en el estudio realizado por De León los resultados del análisis factorial exploratorio arrojaron un modelo de un solo factor, sin embargo tal estructura resulta incongruente teóricamente, ya que el instrumento cuenta con preguntas de las dimensiones “Emociones Desagradables” y “Malestar Físico” que conceptualmente son contrarias a las de “Emociones Agradables” y “Momentos Agradables con Otros”; en los resultados de cargas factoriales por ítem, los valores de al menos éstos casos, deberían mostrar una carga negativa para que teóricamente tuviera claridad de acuerdo a la propuesta original del instrumento, no obstante; De León presenta una estructura factorial de 60 ítems con carga factorial positiva.

Una posibilidad que podría explicar esa incongruencia teórica es que los autores hayan efectuado un mecanismo de recodificación de ítems antes de someterlos al análisis factorial y análisis de confiabilidad, pero tal proceder debió ser aclarado en la descripción de los procedimientos de análisis, paso fundamental que no fue declarado en el trabajo de tesis.

En este estudio, se realizó además un análisis de sensibilidad y especificidad para determinar si el instrumento podía discriminar entre casos y no casos de consumo de drogas, sin embargo, la muestra utilizada para este propósito no fue la adecuada, ya

que las preguntas del cuestionario están relacionadas al consumo de drogas, por lo que no tiene sentido aplicárselo a personas que no han consumido la sustancia.

En suma, los resultados obtenidos en la revisión de la literatura rechazan la hipótesis propuesta para la revisión sistemática, ya que el único estudio realizado en México muestra propiedades de validez y confiabilidad que no confirman la estructura teórica del instrumento original, ni ofrece explicaciones procedimentales ni teóricas para los hallazgos reportados.

Además, dicho estudio no resulta representativo para ser utilizado en toda la república mexicana, pues su muestra de participantes se limitó a 150 consumidores que residían en la ciudad de México y 150 personas que utilizaban el servicio psicológico de la Universidad Autónoma de México.

Se concluye entonces que, a la fecha, el CACD no tiene evidencias de validez ni confiabilidad satisfactorias para ser empleado en población mexicana. A pesar de ello, dicho instrumento está indicado por el Consejo Nacional contra las Adicciones como medida para evaluar la autoeficacia en el proceso de rehabilitación en los centros de adicciones en México.

En virtud de lo anterior, se recomienda realizar nuevos estudios de validación que superen las limitaciones metodológicas y teóricas identificadas en la presente revisión sistemática. En la consideración de quien esto escribe, son necesarios programas de investigación que permanentemente generen y apliquen conocimiento actualizado para fortalecer las intervenciones para limitar los daños relacionados con el consumo de sustancias, los cuales han demostrado ser una gran preocupación de salud pública y orden social en nuestro país.

A continuación...

Apoyo Social

Aproximaciones Teóricas al Concepto de Apoyo Social

El concepto de apoyo social es un constructo complejo que debe ser definido a partir de múltiples dimensiones. En este contexto, el apoyo social se define como “todas aquellas provisiones instrumentales y expresivas, reales y percibidas, dadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos en situaciones cotidianas o de crisis” (Lin y col., 1986 en Navas y col., 2016)

A partir de diversos autores como Cassel, Caplan y Cobb, surge la investigación de los efectos del apoyo social sobre la salud y el bienestar de distintos tipos de relaciones. En el campo de la salud, los investigadores buscan descubrir hasta qué punto el apoyo social se convierte en un efecto protector de la salud y como deben ser estructuradas las relaciones interpersonales que pueden proporcionar apoyo. Algunas de las conductas que se han incorporado a este concepto son escuchar, demostrar cariño o interés, prestar objetos materiales, ayudar a alguien económicamente, casarse, visitar amigos, pertenecer a grupos comunitarios, sentirse amado, dar consejos, orientar sobre cómo se debe actuar y expresar aceptación y empatía (Martos y col., 2010).

Este tipo de prácticas que constituyen el apoyo social se pueden presentar en diferentes contextos. Existen algunos autores que clasifican el apoyo social en los siguientes tres niveles de análisis en función del ámbito o contexto en el que se proporcione (Estrella, 1991):

Nivel macro o comunitario. Este nivel de apoyo puede evaluarse desde el aspecto individual o desde el comunitario. A nivel individual evalúa el grado de integración,

rol activo y recursos de apoyo disponibles en la comunidad a la que se pertenece y los efectos de estas percepciones en el ajuste y bienestar individual (Gracia y col., 2006).

Por su parte el apoyo comunitario es entendido como el resultado de las características particulares de una comunidad determinada que refleja las diferencias individuales de las personas que residen en dicha comunidad.

Nivel meso o de redes sociales. Las redes sociales se definen como el conjunto de contactos que el sujeto establece con otras personas creando vínculos sentimentales y de unión con ellos de forma directa o indirecta (Martos, 2009)

Nivel micro o de relaciones íntimas. Este nivel está constituido por las relaciones más íntimas que se ven directamente involucradas en el bienestar y la salud de la persona (Martos y col., 2011).

Por su parte, la literatura ha mostrado que existe una diferencia entre el apoyo percibido, la disponibilidad de apoyo y el apoyo real que recibe la persona (Terol, 1999).

- El término **Apoyo Percibido** hace referencia a la percepción que tiene el receptor o el proveedor acerca del apoyo que recibe u ofrece, mediada por los procesos cognitivos y la subjetividad de quien informa.
- El término **Disponibilidad de Apoyo** de igual manera está mediado por la percepción de quien informa y evalúa la cantidad y calidad del apoyo social poniendo de manifiesto la evaluación de quien provee el apoyo, el contenido y acciones de apoyo, así como la satisfacción con el mismo.
- El término **Apoyo Real** evalúa el análisis de las transacciones que se producen entre la persona-entorno y el apoyo que realmente se da. Este aspecto es medido mediante el cuestionamiento a la persona de sus últimos acontecimientos estresantes y el apoyo que recibió, situándolo en el momento en que vivió dichas situaciones. A diferencia de los otros tipos de apoyo, en este se son planteadas situaciones reales a la persona y en los otros se preguntan situaciones hipotéticas que son mediadas por su percepción.

El Apoyo Social en Consumidores de Sustancias

Existen diversos modelos que buscan explicar el origen de la conducta adictiva y antisocial como el modelo de desarrollo social de Catalano, el modelo de Gilbert Botvin y el modelo evolutivo de Candel, entre otros. Estos modelos coinciden en que el proceso de desarrollo de una conducta antisocial es muy similar al que se da para llevar a cabo conductas prosociales y que para ello existen factores predictivos que son considerados de riesgo y/o de protección (Martínez, 2011).

Así como existen diversos factores de riesgo para el consumo de drogas, en la literatura también se han encontrado una serie de factores que funguen un papel protector para apoyar al individuo tanto en la prevención, como en la rehabilitación y el mantenimiento de la abstinencia en el consumo de drogas.

Estos factores pueden ser vinculados al individuo como los valores ligados al cuidado personal y de otras personas, habilidades sociales, control de emociones, autocontrol, capacidad para tomar decisiones, y psicoeducación relacionada con las consecuencias del consumo, o bien, pueden estar vinculados a la familia y la escuela como el establecimiento de normas claras de convivencia, tolerancia frente a las demás personas, apego y cohesión familiar, el difícil acceso a las sustancias y las redes sociales y de apoyo con las que cuenta el individuo (Yarúa, 2005; Arana y col., 2016).

En un estudio realizado por Garmendia y Cols. en el 2008, se encontró que el apoyo social es un factor protector importante para evitar una recaída en el consumo luego de llevar un tratamiento efectivo.

Con base en esta información, se hace evidente la necesidad de incluir a las personas que representen una fuente de apoyo social para el adicto dentro de los programas de intervención, sin embargo, se han desarrollado muy pocos planes de intervención que busquen cubrir este aspecto y solo algunos de ellos han sido evaluados

empíricamente dando resultados poco concluyentes debido a las fallas metodológicas que se dan durante el proceso de investigación (López, 2008).

Medidas de Apoyo Social

Como se ha venido mencionando, el apoyo social es una medida multidimensional, por lo tanto, antes de diseñar una escala de apoyo social se debe tener muy claro que aspectos se desean medir, ya sea el tipo de apoyo funcional o emocional; cual es la naturaleza del problema que se está analizando, ya que se ha demostrado que el apoyo percibido es diferente para distintas problemáticas; cual es la fuente de apoyo, se puede analizar desde una perspectiva micro como por parte de familiares o amigos, o bien macro como apoyo familiar, escolar, político, comunitario, etc.; quien recibe el apoyo, se ha encontrado en la literatura que el sexo, la edad, el locus de control y la autoestima son factores que marcan una diferencia en la percepción de apoyo (Buendía, 1991).

A partir de estos aspectos básicos del constructo “apoyo social”, algunos autores recomiendan tomar en cuenta los siguientes aspectos a la hora de diseñar una escala que lo mida: se debe hacer una distinción entre aspectos estructurales y funcionales del constructo; debe procurarse medir dos o más aspectos implicados en el constructo; se debe limitar el número de personas evaluadas entre 5-10; y se debe evaluar la calidad y cantidad de apoyo brindado y/o recibido, dándole prioridad al apoyo emocional ya que es el que más ha demostrado estar relacionado con la salud (Terol y col., 2004)

En el 2004, Terol y col. realizaron una revisión sistemática con el propósito de identificar los instrumentos que se utilizan para evaluar el constructo de apoyo social y revisar sus características incluyendo únicamente aquellos instrumentos que estaban validados para la población española y encontraron que debido a la complejidad que representa el constructo es difícil crear un instrumento unificado conceptualmente. Los resultados arrojaron un total de 25 instrumentos que fueron evaluados por los autores llevándolos a la conclusión de que el constructo de apoyo social se ha venido evaluando

a partir de diferentes aspectos y niveles de análisis que resultan muy variados dificultando su unificación conceptual. En consecuencia, cuando se diseña o valida una escala de apoyo social el investigador debe dejar claras las bases conceptuales y metodológicas que fundamentan su instrumento y definirlo desde el marco teórico que concreta la evaluación del apoyo social.

Posteriormente se presenta...

Análisis Estadísticos de Validez y Constructo

Confiabilidad y Validez

Dentro del campo de la psicometría existen diversos aspectos que deben ser tomados en cuenta para diseñar o validar un instrumento. Entre los aspectos más importantes a considerar, se encuentran las propiedades de confiabilidad y validez del instrumento para ser aplicados en una población específica. Estos factores sirven como recursos para obtener las medidas de puntuación que permiten estimar el nivel de las personas dentro de un constructo (Autoeficacia, Apoyo Social, Impulsividad...) evaluar competencias adquiridas, clasificar y diagnosticar (Prieto y col., 2010)

La confiabilidad de un cuestionario indica la consistencia de las puntuaciones de los sujetos evaluados, cuando se aplican los mismos cuestionarios en diferente momento. Cuando un instrumento arroja los mismos resultados o bien muy similares, el autor puede decir que su instrumento presenta propiedades de confiabilidad adecuadas. Este factor es medido mediante un coeficiente de confiabilidad que va de 0 a 1, donde el 1 indica que la prueba es 100% confiable (Bernal, 2006). Existen diversos autores que sugieren utilizar un valor de confiabilidad de por lo menos .90 para poder tomar decisiones sobre individuos (Gregory, 2011).

La validez por su parte se refiere al grado en el que una prueba tiene la capacidad para medir lo que dice medir. Esta se mide mediante un coeficiente de correlación que

va de 0 a 1 donde 0 significa que no hay correlación y 1 significa correlación perfecta. Cuando una prueba no cuenta con un valor significativo de validez, no puede ser utilizado para tomar decisiones ya que los resultados que arroje no están certificados para evaluar el constructo que se quiere medir (Mondy y col., 2005).

Existen algunos factores que pueden afectar las propiedades de validez y confiabilidad de un instrumento como la falta de claridad del instrumento, una mala elección del instrumento donde no se tenga un análisis ni preparación, el desconocimiento de las variables que se deben considerar, el uso inadecuado del instrumento durante la recolección de datos, la elección inadecuada de los individuos a los que se les aplica, el descuido de las condiciones en las que se aplica el instrumento y la presencia de pormenores de tipo mecánico. Para cuidar que estos factores no afecten de forma negativa los resultados es necesario utilizar procedimientos que hayan sido desarrollados con la finalidad de determinar las propiedades de validez y confiabilidad con las que cuenta el instrumento (Landeau, 2007).

La confiabilidad se puede estimar como estabilidad temporal, o como consistencia interna (Gregory, 2011). En los esquemas presentados en las figuras 4 y 5 se indican los diferentes métodos para estimar la confiabilidad de una prueba, los diferentes tipos de validez y como estimarla.

La validación de las pruebas psicológicas tiene como objetivo fortalecer la orientación teórica, vincular la teoría y la verificación psicológica a través de la comprobación empírica y experimental de las hipótesis y finalmente identificar constructos que ayuden a describir y comprender la conducta humana (Anastasi y col., 1998).

En la literatura se señalan 3 tipos de estudios para validar las pruebas psicométricas (Wayne y col., 2005; Aragón y col., 2002; Gregory, 2011):

Validez relacionada con el criterio. Esta se determina a partir de la comparación de los puntajes de las pruebas de selección con alguna variable externa denominada criterio. Este tipo de validez puede ser:

Concurrente. Determinada cuando se obtienen los puntajes de las pruebas y los datos de criterio al mismo tiempo.

Predictiva. En este procedimiento primero se aplica la prueba y posteriormente se obtiene la información del criterio.

Validez del contenido Evalúa que tan válido es el contenido del test en una muestra representativa de la clase de situaciones o problemas que se están estudiando. Este tipo de validez se da a partir del juicio de expertos que evalúan el contenido global de la prueba.

Para determinar este tipo de validez, se utiliza el modelo de acuerdo entre calificadores (figura 5). Se dice que una prueba tiene validez aparente cuando parece válida ante los ojos de los usuarios de la prueba, los examinadores y los examinados.

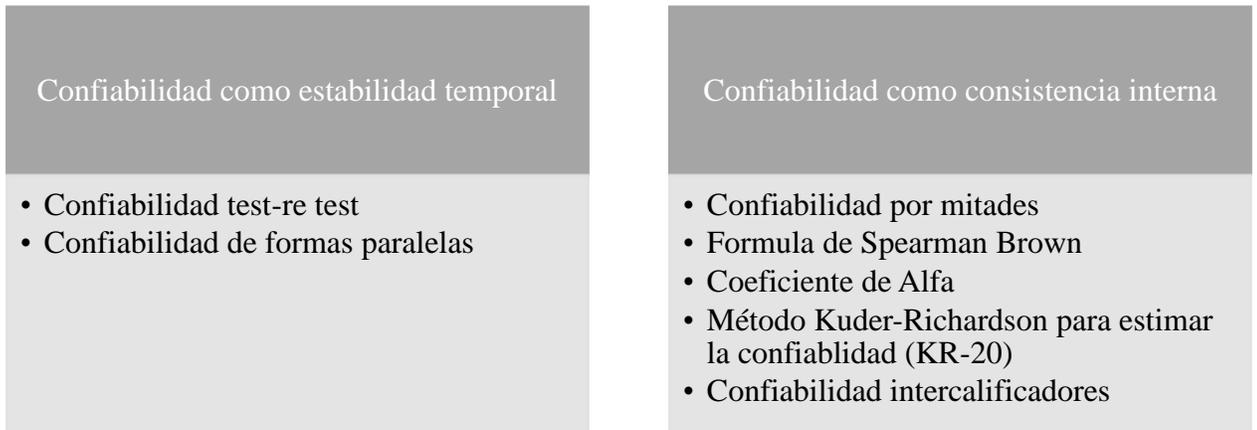


Figura 4. Esquema “Métodos para estimar la confiabilidad”

		Juez experto #1	
		Poca relevancia (reactivo con una puntuación de 1 o 2)	Relevancia elevada (reactivo con una puntuación de 3 o 4)
Juez experto #2	Poca relevancia (reactivo con una puntuación de 1 o 2)	A	B
	Relevancia elevada (reactivo con una puntuación de 3 o 4)	C	D

Figura 5. Modelo de acuerdo entre calificadores.

Validez de constructo. Investiga las cualidades o rasgos que mide un test, determinando el grado en que algunos conceptos explicativos o constructos revelan los resultados de la prueba.

Las categorías para determinar la validez de constructo son las siguientes:

- a) Análisis para determinar si los reactivos o las sub-pruebas son homogéneos y miden un constructo.
- b) Estudio de los cambios del desarrollo para definir si son congruentes con la teoría del constructo.
- c) Correlación de la prueba con otros instrumentos y mediciones relacionadas y no relacionadas.
- d) Análisis factorial de las puntuaciones obtenidas en la prueba con relación a otras fuentes de información.
- e) Análisis para determinar si las puntuaciones obtenidas en la prueba permiten la correcta clasificación de los examinados.

Otros aspectos importantes para considerar en una validación de constructo son:

Homogeneidad de la prueba. Es el primer paso importante para la certificación de la validez de constructo de una prueba nueva, aunque por si sola es una evidencia débil. Se dice que una prueba es homogénea cuando mide un solo constructo; los cambios del desarrollo deben ser irrelevantes para la validez de constructo de dicha escala.

Diferencias de grupo congruentes con la teoría. Se debe demostrar que, en promedio, individuos con antecedentes y características distintas obtienen puntuaciones en la prueba que son congruentes con la teoría.

Efectos de la intervención congruentes con la teoría. Es necesario demostrar que las puntuaciones de la prueba cambian en la dirección y la cantidad apropiadas en respuesta a intervenciones planeadas o no planeadas. Cuando la batería de pruebas posee validez de constructo, es posible predecir que entre la evaluación previa y la posterior se mostrará un incremento en las habilidades o conocimientos entrenados.

Validación convergente y discriminante. La validez convergente se demuestra cuando una prueba tiene una correlación elevada con otras variables o pruebas con las que comparte una superposición de los constructos y la discriminante se demuestra cuando la prueba no se relaciona con variables o pruebas de las que debería diferir.

Características del Análisis Factorial Exploratorio

El análisis factorial surge a principios del siglo XX a partir de la observación que hizo Spearman de las correlaciones de distintos Tests de aptitudes que resultaban ser positivas. Con base en esa observación, descubrió que las habilidades cognitivas para este estadístico son resultado de un factor general y uno específico dando como resultado la teoría psicológica de dos factores de las habilidades humanas (Hernández, 2001).

Esta teoría sugiere que todas las actividades mentales son función de un factor general común (g) y un factor específico (s) exclusivo que cada una de ellas. Sin embargo, debido a las limitaciones que presentaba el análisis uni-factorial diseñado por Spearman, otros autores como Holzinger, Burt y Thurstone fueron complementando este tipo de análisis, convirtiéndolo en multifactorial hasta llegar a lo que conocemos hoy como análisis factorial (Vallejo, 1992).

El análisis factorial es una técnica estadística de interdependencia que tiene como objetivo definir la estructura de relaciones subyacentes entre las variables en el análisis. En este método se examinan las interrelaciones entre un número de variables tratando de explicarlas a través de dimensiones comunes subyacentes que son denominadas “factores”. Esta técnica trabaja a través de la reducción de datos que no necesitan una variable dependiente ni independiente, ya que todas son consideradas simultáneamente (Fernández, 2009).

El propósito de este análisis es identificar el menor número de determinantes “factores” que se requieren para explicar las inter correlaciones entre una batería de pruebas. El resultado final de un análisis factorial es una tabla que describe la correlación de cada prueba con cada factor, que ayuda a describir la composición factorial de una prueba y por ende ofrece información pertinente para la validez de constructo. Los valores que muestra esta tabla son denominados cargas factoriales y muestran la correlación que hay entre una prueba individual y un solo factor (Gregory, 2011). Los valores de estas cargas factoriales oscilan entre 0 y 1, siendo el 1 una correlación perfecta, sin embargo, estas pueden ser consideradas como valores significativos a partir de 0.32 (Tabachnick y col., 1996, mencionado en Pasquali, 2005).

En cuestiones prácticas, existen dos tipos de análisis factorial, este puede ser exploratorio cuando su fin es explorar las dimensiones subyacentes a un conjunto de datos, o confirmatorio cuando es usada como un medio para confirmar hipótesis especificadas por el investigador previamente (Vallejo 1992).

El análisis factorial exploratorio busca encontrar o establecer de manera exploratoria una estructura interna, generando nuevos factores a partir de un conjunto de variables estableciendo cuál es su contribución a cada factor o la reducción de las variables eliminando las que sean poco relevantes o que muestren una multi colinealidad con otras variables (Méndez y col., 2012). Este modelo plantea que la relación de las variables puede ser explicada a partir de una serie de variables no observables que son denominadas factores. La idea de este modelo surge con base en las ideas básicas del modelo de regresión lineal y de correlación parcial (Ferrando y col., 2010).

Luiz Pasquali en el 2005 enlista los siguientes aspectos siempre que un investigador quiera tomar alguna decisión utilizando el análisis factorial:

- 1) La naturaleza y el tamaño de la muestra que se utilizará en el estudio.
- 2) La adecuación de las distribuciones de las variables que entraran al análisis.
- 3) La selección de las variables a ser sometidas en el análisis.
- 4) El uso de las correlaciones corregidas o no corregidas.

- 5) El tipo de correlaciones que serán usadas.
- 6) La inclusión de variables marcadoras dentro de las variables del estudio.
- 7) El número de factores a ser extraídos.
- 8) El tipo de análisis factorial que se utilizará (Factorial o confirmatorio) para extraer los factores.
- 9) El procedimiento de rotación que será utilizado para direccionar los factores:
 - Método varimax.** Método de rotación ortogonal que simplifica la interpretación de los factores, ya que minimiza el número de variables que tienen saturaciones altas en cada factor.
 - Criterio oblimin directo.** Método de rotación oblicua que utiliza el valor predeterminado de delta igual a cero, donde a medida que delta se va haciendo más negativo, los factores se hacen menos oblicuos.
 - Método quartimax.** Este método de rotación minimiza el número de factores necesarios para explicar cada variable, simplificando su interpretación.
 - Método equamax.** Este método combina el método varimax para simplificar los factores y el quartimax que simplifica las variables, aquí se minimiza el número de variables que saturan alto en un factor y el número de factores necesarios para explicar una variable.
 - Rotación promax.** Esta rotación oblicua permite que los factores estén correlacionados y puede ser calculada más rápido que una rotación oblimin, por lo que se recomienda utilizar para conjuntos de datos grandes.
- 10) La interpretación de los resultados del análisis factorial.
- 11) La investigación de una solución jerárquica.
- 12) La necesidad y las formas de calcular las puntuaciones factoriales.
- 13) La investigación de la validación cruzada de la solución factorial encontrada.
- 14) La utilización de grupos en el estudio de la varianza de la estructura factorial encontrada.
- 15) La selección de los resultados más relevantes de análisis factorial para la publicación de la investigación.

Coincidiendo con lo planteado por Pasquali, Irini Mavrou en el año 2015 expone que es necesario considerar como aspectos fundamentales el tamaño muestral, la ratio mínima de casos por variable y el “ratio” de variables por factor. Con relación al tamaño de la muestra la autora plantea que debe ser mayor a 100 casos y que idóneamente debe estar constituido entre 300 y 400 casos para minimizar la probabilidad de error y algunos autores como Arrindell y Van der Ende, plantean que una solución factorial estable se da a partir de que el tamaño de la muestra sea 20 veces el número de los factores encontrados (Arrindell y col., 1985, mencionado por Mavrou, 2015).

Siguiendo con el procedimiento, siempre que se hace un análisis factorial ya sea exploratorio o confirmatorio, se debe comprobar su grado de adecuación al análisis factorial a través del cálculo KMO de Kaiser, el cual refleja la influencia que tienen sobre el análisis el tamaño de las correlaciones entre los ítems, el tamaño de la muestra, el número de factores y el número de los ítems. Cuando el valor de KMO muestra valores altos de correlación, se considera que la matriz es adecuada para ser factorizada, ya que ofrecerá resultados estables al ser replicada en otros estudios independientemente de los aspectos metodológicos del estudio. El autor de esta medida, Kaiser, consideraba que cuando una matriz tiene un valor de KMO menor a 0.50 es inadecuado para realizar un análisis factorial y que cuando este valor supera el 0.80 es satisfactorio para seguir con el análisis (Lloret y col., 2014).

Otras pruebas que deben ser consideradas previo a un análisis factorial son el análisis de la matriz de correlación, que muestra si las variables se encuentran altamente correlacionadas para comprobar si sus características son las adecuadas para realizar el análisis, el test de esfericidad de Barlett que también sirve para mostrar correlaciones mediante la prueba de ji cuadrada (De la Fuente, 2011).

Una vez que se obtienen satisfactoriamente los valores estadísticos mencionados anteriormente y se verifica que las condiciones metodológicas y se hace la limpieza de los datos para verificar que no hay errores, se procede a realizar el análisis factorial exploratorio y se evalúan los resultados. Lo primero que se debe verificar es que las

cargas factoriales sean significativas, siempre contrastando los resultados con la teoría que subyace a las variables de análisis y evaluando la relevancia de cada ítem dentro del instrumento. Si los resultados son satisfactorios se procede a organizar los ítems dentro de los factores encontrados (Méndez y col., 2012).

Características del Análisis de Clase Latente

Otra de las herramientas que se utilizan en la construcción y validación de instrumentos es el Análisis de Clase Latente “ACL”. Este tipo de análisis fue utilizado por primera vez en 1950 por Lazarsfeld para construir una tipología en el análisis de un conjunto de variables categóricas dicotómicas (Monroy y col., 2009).

Este análisis es definido como un modelo estadístico que especifica la distribución conjunta de un grupo de variables aleatorias, donde una de ellas no es observable “latente”. Esta técnica considera la obtención de una variable latente con categorías que representan un grupo permitiendo el estudio de las variables latentes que se dan a partir de un conjunto de variables explicativas observadas que definen una clasificación (Castro y col., 2010).

Debido a la naturaleza probabilística de este tipo de análisis, el investigador debe tomar en cuenta el error que se da en cada asignación de variables, cuyo valor se encuentra entre 0 y 1 y mientras más próximo se encuentre a 1 más se puede afirmar que la variable está asignada correctamente. El cálculo de las probabilidades de clase latente se lleva a cabo mediante la estimación de máxima verosimilitud. Este método propone que las estimaciones máximo-verosímiles de las probabilidades condicionadas y de las probabilidades de clase latente tienen que satisfacer un sistema de ecuaciones de verosimilitud utilizando un procedimiento iterativo llamado algoritmo esperanza-maximización (EM) (Sánchez 2001; Medina, 2003).

Este método ignora el mecanismo que generó los datos faltantes y sigue un procedimiento que busca estimar los parámetros de un modelo con los datos completos

mediante la función de máxima verosimilitud, utiliza los parámetros estimados para predecir los valores omitidos, busca sustituir los datos por predicciones para obtener nuevos valores de los parámetros y el algoritmo es aplicado hasta lograr una convergencia que se obtiene cuando el valor de los parámetros no muestra un cambio durante 2 iteraciones seguidas (Medina y col., 2007).

Previo a realizar un análisis de clase latente se deben de considerar dos supuestos básicos: el de independencia local que se refiere a la consideración de que dentro de cada clase latente las variables observadas son estadísticamente independientes y el supuesto de que las clases latentes son internamente homogéneas, esto quiere decir que todos los miembros de una clase latente tendrán la misma distribución probabilística respecto a la variable latente y será distinta de la que se presenta en los individuos de las otras clases (Castro y col., 2011).

Una vez comprobados los supuestos básicos para realizar un análisis de clase latente, se realiza el siguiente procedimiento: 1- se formula una distribución estadística de sujeto (n) dado que esa distribución surge a partir de la clase latente (s); 2- se formula la distribución incondicional, es decir la suma ponderada de las distribuciones condicionales; 3- se formula la verosimilitud, para esto es necesario comprobar el supuesto de independencia de los sujetos; se hace la estimación de las proporciones de la mezcla y parámetros del modelo; y finalmente se calculan las probabilidades posteriores a través de la regla de Bayes (Lévy y col., 2006). Una vez estimado el modelo, se procede a clasificar los individuos dentro de la clase latente que se ajuste más a sus características “asignación modal” considerando las probabilidades a posteriori (Araya y col., 2009).

En términos estadísticos, los resultados del análisis utilizan una comparación de frecuencias observadas para cada patrón de respuesta mediante el contraste de chi-cuadrado o la razón de verosimilitud G2 como prueba de bondad de ajuste. Asimismo, el ACL utiliza el índice de disimilaridad, que sirve para medir la diferencia entre la distribución territorial de un grupo poblacional y el resto de la población. Los valores

aceptados para este índice deben ser menores a .05 (Garrocho y col., 2013; Araya y col., 2009).

Para la interpretación de los resultados del ACL, se debe identificar primeramente el número de clases más adecuado. El investigador debe buscar el modelo que presente el menor valor “BIC” (Criterio de Información Bayesiana). Al igual que el método de análisis factorial, este análisis también arroja valores de carga factorial que deben ser mayores a 0.32 (Tabachnick y col., 1996, mencionado en Pasquali, 2005; Chacón, 2008).

Características del Modelo de Rasch

El modelo de Rasch es una herramienta estadística que ha demostrado ser útil en la construcción y diseño de instrumentos de medida psicológicos, debido a su capacidad predictiva que se basa en el supuesto de que un reactivo solo debe ser contestado correctamente por los individuos que poseen la habilidad cognitiva que requiere dicho reactivo (González, 2008). Este forma parte del marco general de la llamada teoría de respuesta al ítem “TRI”, donde se busca estimar el nivel de dificultad del ítem asumiendo que el parámetro de respuesta al azar es cero y que el parámetro de discriminación es constante para todos los reactivos (Cerdas y col., 2017).

La característica principal de este modelo es la unidimensionalidad, es decir, uno de sus objetivos es evaluar hasta qué punto todos los ítems que componen un instrumento evalúan la misma dimensión (Prieto y col., 2003).

El modelo de Rasch es una herramienta estadística que ha demostrado ser útil en la construcción y diseño de instrumentos de medida psicológicos, debido a su capacidad predictiva que se basa en el supuesto de que un reactivo solo debe ser contestado correctamente por los individuos que poseen la habilidad cognitiva que requiere dicho reactivo (González, 2008). Éste forma parte del marco general de la llamada teoría de respuesta al ítem, donde se busca estimar el nivel de dificultad del ítem asumiendo que

el parámetro de respuesta al azar es cero y que el parámetro de discriminación es constante para todos los reactivos (Cerdas y col., 2017).

Originalmente, este modelo fue propuesto para ítems dicotómicos (dos opciones de respuesta), sin embargo, actualmente se han ido formulando otras propuestas para ítems politómicos (opción de respuesta múltiple), tales como el Modelo de Crédito Parcial “PCM” en el que se considera que cada ítem define su propia escala de medida y el Modelo de Escala de Clasificación “RSM” donde las categorías de respuesta de los ítems de la escala se encuentran equidistantes (González, 2015).

Este modelo se basa en los procesos compuestos de Poisson y está fundamentada en dos supuestos básicos: 1- El atributo que se medirá se representa con una dimensión única en la que se ubican de manera conjunta los ítems y las personas; y 2- la probabilidad de que la respuesta sea correcta se determina según el nivel de la persona en el atributo y la dificultad del ítem (Prieto y col., 2003). Además de estos supuestos el modelo debe cumplir con algunos requisitos teóricos, como la estabilidad, separabilidad, independencia muestral y aditividad conjunta, que se construye mediante la aplicación de probabilidad inversa a datos empíricos y el contraste de bondad de ajuste de los datos a dicha medida conjunta (Alvarado y col., 2011).

Asimismo, este modelo se caracteriza respecto a los otros modelos de Teoría de Respuesta al ítem por su medición conjunta, estadísticos suficientes, su objetividad específica, sus propiedades de intervalo, la especificidad del error típico de medida y el ajuste de los patrones de respuesta de los sujetos al modelo (Prieto y col., 2003).

Medición conjunta. Implica que los parámetros estudiados de los ítems y las personas son medidas en las mismas unidades y se localizan en un mismo continuo. Esta característica marca la diferencia entre este modelo y los demás, ya que anteriormente se seguía el supuesto de la invarianza de los ítems que dice que todos los ítems miden el mismo constructo y por otra parte permite analizar las interacciones que se dan entre las personas y los ítems por lo que su interpretación se

fundamenta en la identificación de los ítems que la persona tiene una alta probabilidad de responder correctamente.

Estadísticos suficientes. Esto se refiere a que la estimación de los parámetros se da únicamente por las puntuaciones de la persona en el test, ya que la probabilidad de un vector de respuestas para un determinado nivel de aptitud depende solo del número de aciertos.

Objetividad específica. Indica que una medida puede ser considerada válida y generalizada cuando no depende de condiciones específicas de la obtención del dato, esto quiere decir que la diferencia entre dos personas en un atributo no depende de los ítems específicos con los que se estima.

Propiedades de intervalo. Las propiedades de métrica intervalar son de gran importancia, ya que representan una condición necesaria para los análisis paramétricos utilizados por las ciencias sociales, garantizando la invarianza de las puntuaciones diferenciales a lo largo de un continuo.

Especificidad del error. Para el cálculo de la fiabilidad de cada medida, el modelo de Rasch permite cuantificar el error estándar que mide cada punto de la dimensión y seleccionar los ítems que ayudan a disminuir el error en regiones del atributo especificadas anteriormente; para el cálculo de la fiabilidad promedio se utilizan los estadísticos de “Índice de Separación de Personas” (Person Separation Reliability) y el “Índice de Separación de los Ítems” (Item Separation Reliability) que pueden encontrarse dentro del rango 0-1 y se recomienda un valor superior a 0.70 para una medición adecuada.

Ajuste de los patrones de respuesta de los sujetos al modelo. Esta característica afirma que la probabilidad de respuesta a un ítem depende únicamente de los niveles de la persona y el ítem en el atributo que se está midiendo.

Con relación al procedimiento para realizar este análisis, lo primero que se debe hacer es realizar el cálculo de máxima verosimilitud, que da como resultado la estimación de los parámetros con mayor probabilidad de producir patrones de respuesta

observados en los datos. A esta estimación se le conoce como calibración de propiedades de reactivos y habilidades de sustentantes (González, 2008).

Los resultados de las probabilidades calculadas se expresan mediante una función de enlace llamada Curva Característica del ítem “CCI” (figura 6), también conocida como Huella del Ítem o Función de Respuesta al Ítem. Esta curva es personalizada para cada ítem y representa la relación funcional que existe entre los valores de la variable medida y la probabilidad del sustentante para contestarlo de forma correcta. Para la obtención de esta curva se suelen utilizar tres parámetros (Pérez, 2016):

Parámetro a. Denominado índice de discriminación del ítem, muestra la magnitud del cambio en la probabilidad de contestar correctamente el ítem según el nivel de la habilidad.

Parámetro b. Es el valor de la abscisa del punto máximo en la pendiente de la curva denominado índice de dificultad del ítem y sirve para localizar el ítem que representa la posición de la curva con relación al nivel de habilidad que se requiere para probabilizar un acierto.

Parámetro c. Denominado índice de pseudo-azar del ítem, sirve para ver la probabilidad de responder correctamente de los participantes que no conocen la respuesta correcta.

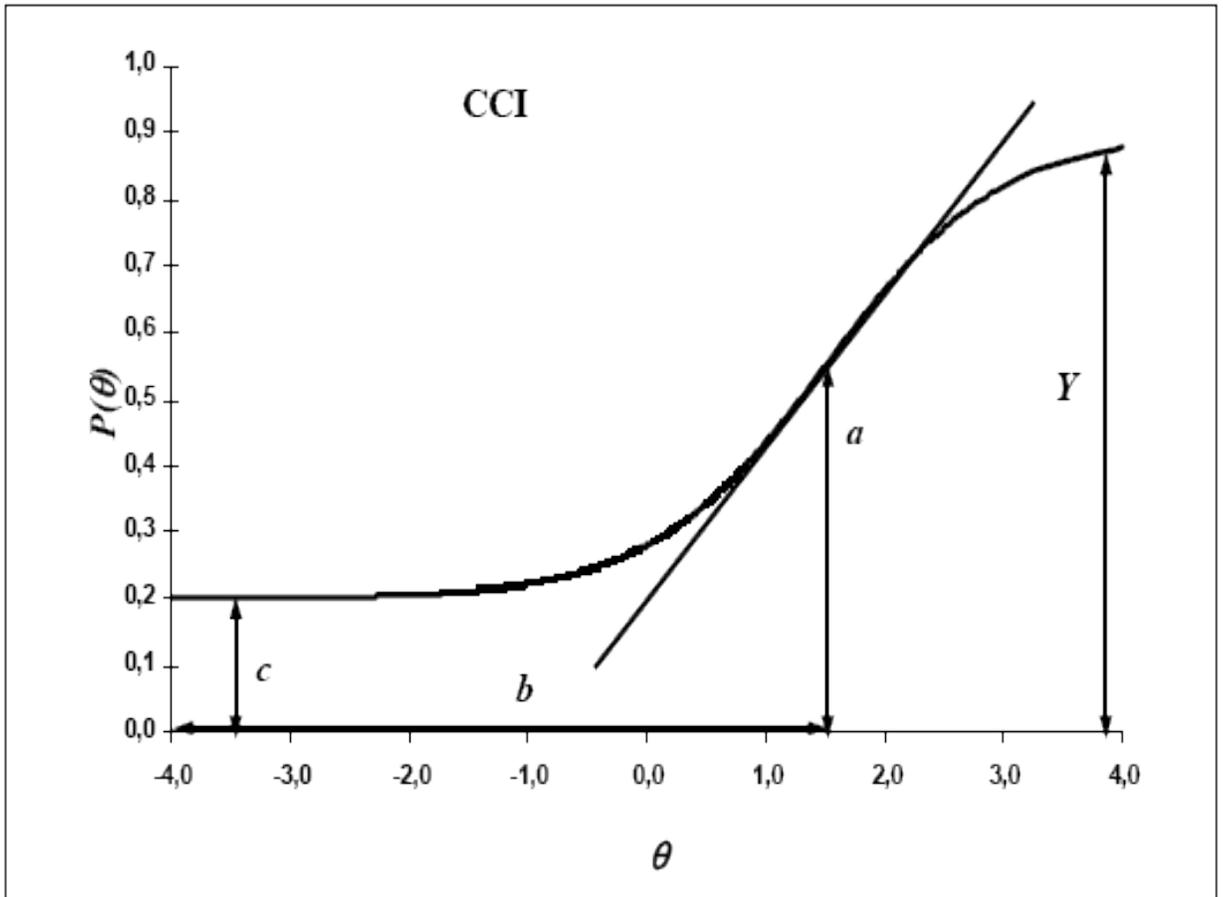


Figura 6. Curva Característica del ítem (CCI)

La construcción del trazo de la curva se calcula mediante la diferencia del encuentro entre participante - ítem y dado el amplio rango en el que se puede expresar esta diferencia $(-\infty, +\infty)$ se utiliza un exponente de constante que da como resultado un valor entre 0 y 1. A estas medidas de probabilidad se les denomina lógitos, que representan el logaritmo natural de una razón de momios, es decir, la probabilidad que tiene un sustentante de emitir una respuesta correcta partiendo de 0 (González, 2008).

Otro cálculo que realiza este modelo es el algoritmo “PROX”, que sirve para obtener los niveles de habilidad y dificultad de los reactivos. Este procedimiento lo realizan generalmente los programas estadísticos como el “WINSTEPS” durante el proceso inicial de iteración (García y col., 2011).

Una vez realizado el análisis con el apoyo de un programa estadístico, se estudian los estadísticos que utiliza el modelo de Rasch para evidenciar el ajuste de los ítems al modelo son el índice de ajuste con información ponderada “INFIT” y ajuste sensible a los casos atípicos “outliers” “OUTFIT”. El valor de INFIT representa la media cuadrática ponderada de residuos sensible a patrones irregulares de respuesta capturando anomalías en los reactivos calibrados cerca del nivel de habilidad del participante; mientras que el valor de OUTFIT muestra el promedio de residuales estandarizados que se derivan de los sustentantes y los ítems y produce estimaciones sensibles a respuestas no esperadas lejos de las habilidades medidas o la dificultad de los ítems (González, 2008; Tristán, s.f).

Los valores de INFIT y OUTFIT deben estar dentro del rango -2 y +2 para poder decir que los ítems muestran un valor de ajuste razonable, los datos menores a este valor indican un alto determinismo y los que se encuentran por encima representan una alta probabilidad del azar (Martín y col., 2011).

Dentro de los índices de INFIT y OUTFIT es necesario el cálculo de los valores obtenidos de la media (Mean Square-Infit-Statistics, MNSQ), cuyo valor debe encontrarse por debajo del 1, ya que si se encuentran por arriba de este valor es señal de outliers; y los valores estadísticos de INFIT y OUTFIT estandarizados (zstd), cuyo valor

debe encontrarse dentro del intervalo $-2.0,+2.0$, ya que si este valor es mayor a 2 indica un mal ajuste de los datos y cuando es menor a -2.0 es señal de una variación menor a la esperada (Sánchez, 2016).

Otra condición necesaria que debe tomarse en cuenta para la validez de las puntuaciones de un test es que no cuenten con un funcionamiento diferencial de los ítems “DIF” (Aguerri y col., 2006). Se dice que un ítem presenta DIF cuando los sujetos que presentan un mismo nivel de rasgo medido no tienen la misma posibilidad responderlo correctamente.

Existen diferentes formas de calcular las DIF desde el marco teórico de la TRI y de los métodos de tablas de contingencia, sin embargo, en el Modelo de Rasch esta condición se calcula mediante la diferencia entre los estimadores del parámetro de dificultad del ítem en cada grupo controlando las posibles diferencias entre estos grupos en la variable latente (Brites, 2011).

Este cálculo debe contrastar su significancia estadística utilizando el estadístico t de welch con el ajuste de Bonferroni, cuyo valor debe ser superior a 0.50 logit para ser estadísticamente significativo. Cuando un ítem presenta DIF, se recomienda eliminarlo debido a su falta de validez generalizada, ya que si no es eliminado podría causar un sesgo importante a la hora de utilizar el test para tomar una decisión (Delgado, 2016).

HIPÓTESIS

1. El Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas logrará explicar $\geq 30\%$ de varianza del constructo Autoeficacia para resistir al consumo de sustancias ilegales en pacientes que reciben tratamiento de adicciones.
2. El Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas logrará un valor de consistencia interna $\geq .70$ para medir autoeficacia para resistir al consumo de sustancias ilegales en pacientes que reciben tratamiento de adicciones.
3. La Escala de Apoyo Social Percibido logrará explicar $\geq 30\%$ de varianza del constructo percepción de apoyo formal e informal en pacientes que reciben tratamiento por consumo de sustancias ilegales.
4. La Escala de Apoyo Social Percibido logrará un valor de consistencia interna de $\geq .70$ para medir percepción de apoyo formal e informal en pacientes que reciben tratamiento por consumo de sustancias ilegales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de Estudio

Se realizó la investigación siguiendo un diseño no experimental, transversal-correlacional.

Muestra

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. El tamaño de la muestra se determinó de acuerdo con el requerimiento estadístico de contar, por lo menos, con cinco observaciones por cada ítem a ser analizado mediante análisis factoriales (González-Montesinos, 2008). Siguiendo con esta lógica, se hicieron los cálculos correspondientes y dado que la versión adaptada contaba con 35 ítems, se calculó una muestra de 175 participantes.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 175 pacientes del sexo masculino que contaban con un diagnóstico de adicción, que recibían tratamiento en modalidad de internamiento por consumo de sustancias estimulantes en 2 centros de rehabilitación en Hermosillo, Sonora, 125 pacientes internos en el Centro de Integración Para Drogadictos y Alcohólicos Palo Verde A.C. (CIDA Palo Verde) y 50 pacientes internos en el Centro de Integración Para Drogadictos y Alcohólicos Sahuaro (CIDA Sahuaro). La muestra fue obtenida en los periodos de octubre 2016 – abril 2017 siguiendo los siguientes criterios:

Criterios de inclusión. Pacientes del sexo masculino, que recibían tratamiento para el consumo de sustancias estimulantes en una institución pública u organización de la sociedad civil en la ciudad de Hermosillo, Sonora, con edades entre 18 y 50 años que reportaran relación con al menos un familiar por afinidad o consanguíneo.

Además, se estableció como criterio de inclusión que en el expediente clínico de los participantes constara que cumplía con los criterios del DSM IV para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias. Estos criterios establecen que dicho trastorno se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia provocando un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por 3 o más de los siguientes criterios: tolerancia, abstinencia, frecuencia de consumo, cantidad de consumo, deseo de controlar o interrumpir el consumo, tiempo invertido en el consumo, reducción de actividades importantes para la persona y continuar el uso de la sustancia a pesar de conocer los problemas que conlleva en algún momento de un periodo continuado de 12 meses (American Psychiatric Association, 2002).

Criterios de exclusión. Que el paciente tuviera algún diagnóstico psiquiátrico no relacionado con el consumo de sustancias que le impidiera responder el instrumento.

Criterios de eliminación. Que el participante tuviera $\geq 10\%$ de datos faltantes en el total de ítems.

Una vez verificados los criterios de inclusión y analizados los datos se obtuvo una muestra con las características y los datos de consumo especificados a continuación (Tablas 3 y 4):

Tabla III. Características de la muestra.

N	175
Edad (\bar{x})	27 \pm 8 años
Escolaridad (%)	Ninguna 2.9%
	Primaria 9.7%
	Secundaria 58.9%
	Preparatoria 26.3%
	Licenciatura 2.3%
Desempleados (%)	26 %
Ocupación (%)	Empleado 54.6%
	Albañil 27%
	Obrero 3.4%
	Estudiante 2.3%
Estado Civil (%)	Soltero 74%
	Casado 12%
	Divorciado 7%
	Unión Libre 17%
Días de Abstinencia (\bar{x})	62 \pm 54 días
Número de Tratamiento (\bar{x})	4 \pm 6 Anexos

Tabla IV. Historial de consumo de los participantes.

Sustancia	Participantes que lo consumen (%)	Edad de Inicio (\bar{x})	Forma de Administración	Cantidad	Participantes que lo consumen diario (%)
Metanfetamina (Cristal)	97%	20 \pm 7	Fumada 83% Inyectada 12%	1 \pm 3 g	81%
Marihuana	87%	15 \pm 3	Fumada	15 \pm 16 g	57%
Tabaco	85 %	14 \pm 4	Fumada	8 \pm 11 cigarros	76%
Alcohol	78%	14 \pm 2	Ingerida	2.9 \pm 2.8 l	11%
Cocaína	54%	16 \pm 2	Aspirada 30% Fumada 19% Inyectada 4%	0.8 \pm 2 g	6%
Sedantes	41%	15 \pm 4	Ingerida	1 \pm 3 pastillas	18 %
Inhalables	24%	15 \pm 2	Inhalada	4 \pm 20 ml	2.3%
Heroína	15%	19 \pm 2	Fumada 2% Inyectada 12 %	0.8 \pm 7 g	9%
Alucinógenos	7%	15 \pm 2	Ingerida 5%	0.5 ml	0%

Anexo: término utilizado coloquialmente para referirse a los centros de rehabilitación de alguna asociación civil que cuenten con varios centros de internamiento.

Abstinencia: Privación del consumo de drogas o bebidas alcohólicas ya sea por cuestión de principios o por otros motivos. (Organización Mundial de la Salud, 1994)

Instrumentos

Cuestionario de autoconfianza para el consumo de drogas (CACD) (Annis y col., 1997). Es un instrumento diseñado por Annis y Martin en 1997, basado en la teoría de Autoeficacia de Bandura y la clasificación de los factores de riesgo para una recaída en el consumo de sustancias de Marlatt y colaboradores (1985). Este instrumento tiene como objetivo principal evaluar la necesidad de consumir drogas en diferentes situaciones de riesgo. Este instrumento fue adaptado a partir de un proceso de jueceo de expertos y pilotaje, dando como resultado una versión adaptada de 35 reactivos agrupados en 5 dimensiones: Bienestar Emocional, Malestar Emocional, Malestar Físico, Problemas Personales y Problemas con Otros.

Escala de apoyo social percibido (EASP). Se diseñó una Escala de Apoyo Social Percibido con base en las dimensiones del CACD para medir la percepción de apoyo formal e informal de los pacientes que reciben tratamiento por consumo de sustancias. El instrumento cuenta con 20 ítems dicotómicos divididos en las dimensiones del CACD (bienestar emocional, malestar emocional, malestar físico, problemas personales y problemas interpersonales). Las preguntas del instrumento están relacionadas con la percepción que tiene el adicto de apoyo por parte de su familia, amigos, el personal del centro en el que recibe tratamiento y otras personas no especificadas y por qué lo percibe de esa manera.

Expediente clínico de paciente. Se consultaron los expedientes clínicos ofrecidos por los centros de rehabilitación, que incluían datos generales del usuario, tipo de ingreso (voluntario, involuntario u obligatorio), quién lo refiere al centro, quién lo acompaña, revisión física realizada por un médico, complicaciones psiquiátricas o físicas del paciente, enfermedades graves y/o contagiosas, medicamentos que utiliza, tipos de droga que consume, número de internamientos del paciente, datos generales del familiar o representante legal, observaciones generales del usuario, diagnóstico del médico tratante y consentimiento informado firmado por el usuario, responsable legal, 2 testigos y el director del centro.

Patrón de consumo. Se aplicó una entrevista estructurada con el fin de obtener información acerca de las sustancias que ha consumido a lo largo de su vida, consumo actual, edad de inicio en el consumo de cada sustancia, frecuencia y cantidad de consumo.

Procedimiento

El estudio fue de tipo transversal correlacional. Se reportan datos de pacientes consumidores de sustancias estimulantes internos en centros de rehabilitación que cumplieran con los criterios de inclusión en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

A continuación, se describe a detalle el procedimiento a emplear en la investigación, incluyendo los procedimientos bioéticos de la misma.

Se adaptó el CACD y se diseñó la Escala de Apoyo Social con base en las dimensiones contempladas por el cuestionario y se realizó una validación a través de 6 expertos en psicometría y en el tema del consumo de sustancias y se realizaron las correcciones pertinentes, así como el pilotaje en una muestra con características similares a las de los participantes del proyecto para verificar que ningún ítem fuera confuso y la escala de respuesta fuera clara.

Posteriormente se contactaron varios centros de rehabilitación y se decidió trabajar con el Centro de Integración para Drogadictos y Alcohólicos de la colonia Palo Verde y El Sahuaro A.C. en Hermosillo, Sonora y el Hospital de Higiene Mental Dr. Carlos Nava Muñoz. Una vez seleccionados los centros, se presentó el proyecto de manera general a las autoridades del sistema de salud mental del estado de Sonora, así como a los directivos de las instituciones, incluyendo la metodología, el procedimiento y las consideraciones bioéticas que implicaba la investigación, con el fin de llegar a acuerdos y colaborar entre el equipo de investigación y las instituciones participantes.

Una vez obtenida la autorización por parte de las organizaciones y el Comité de Bioética en Investigación de la Universidad de Sonora, se especificaron los mecanismos de contacto con los pacientes en tratamiento, se inició con la colecta de datos en los respectivos centros de rehabilitación.

Después de verificar que el paciente cumplía con los criterios de inclusión, se le leía el consentimiento informado, previamente autorizado por el Comité de Bioética en Investigación de la Universidad de Sonora, exponiéndoles los objetivos del proyecto y sus procedimientos e invitándoles a participar de manera voluntaria. Una vez que aceptaban participar en el proyecto, se les pedía que firmaran la carta y se les dejaba una copia en su expediente clínico para que la consultaran en caso de que surgiera alguna duda o quisieran contactarse con el equipo de investigación.

Las entrevistas se llevaban a cabo en una sesión que duraba entre 30 y 60 minutos dependiendo de la facilidad del participante para responder, así como de su disponibilidad de tiempo. Se aplicaron los instrumentos mencionados con anterioridad a través de un miembro del equipo previamente capacitado en la aplicación de los instrumentos y la entrevista, así como la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos.

Las entrevistas iniciaban buscando el establecimiento de rapport para familiarizarse con el participante y se procedía a la explicación y firma de la Carta de Consentimiento Informado. Enseguida se iniciaba la entrevista con el fin de obtener los datos sociodemográficos del participante y su historial de consumo que incluía datos de las sustancias que había consumido, edad de inicio, forma de administración, cantidad y frecuencia de consumo. Finalmente se aplicaban los instrumentos a validar.

Una vez terminada la entrevista, se resolvían las dudas que surgían por parte del participante acerca del proyecto y se les agradecía su participación. En caso de que el participante así lo solicitara, se informaba a los directores del centro las inquietudes que surgían en el paciente.

Consideraciones Éticas

Dado que el presente estudio tuvo como objetivo la descripción y el análisis de variables psicológicas asociadas al consumo de sustancias, la población objetivo fue definida como socialmente vulnerable, ya que sus características biológicas y psicológicas los hacen más propensos a tener dificultades para su inserción social y desarrollo personal.

A partir de estas características y con base en el marco normativo del Comité de Bioética en Investigación de la Universidad de Sonora y en atención a los principios de la Declaración de Helsinki, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos bioéticos:

- 1) Dado que el consumo de sustancias es considerado uno de los principales problemas de salud pública en México y el mundo, ampliar el conocimiento de las variables psicológicas implicadas en el desarrollo del trastorno permitirá mayores recursos teóricos y metodológicos para la generación de procedimientos diagnósticos y de tratamiento efectivos que permitan reestablecer la salud de los afectados.
- 2) Se trabajó exhaustivamente con los posibles participantes para incluir sólo aquellos que habían pasado por un periodo de desintoxicación y mostraron que no tenían algún problema ya sea de tipo psicológico o biológico para responder los cuestionarios. Con relación a este punto, se garantizó la seguridad de los participantes con procedimientos no invasivos ni dolorosos, brindándole a cada participante la información precisa y a detalle del procedimiento y despejando todas las dudas que surgían por parte de cada participante.
- 3) La información que fue recabada en esta investigación fue estrictamente confidencial y siguiendo con el principio de beneficencia, los participantes podían obtener información sobre los resultados de sus evaluaciones y con base en ellos, se sugerían a los responsables de su tratamiento, líneas de acción para favorecer el tratamiento individual en las áreas evaluadas, pero no se compartieron los datos individuales de los participantes.

- 4) Las pruebas aplicadas no generaron un costo para el participante ni su familia, así como tampoco el investigador obtuvo ninguna ventaja profesional o financiera a costa de los resultados obtenidos o de la relación con el participante.
- 5) Con el fin de garantizar el principio de respeto, todos los participantes formaron parte de esta investigación de forma voluntaria, salvaguardando su autonomía para decidir su participación en la misma. Dicha decisión fue fundamentada con base en la información que se le proporcionó detalladamente, de manera oral y escrita, especificando los objetivos del trabajo, instrumentos de medición, tiempo y procedimiento de su participación. Así mismo, el participante recibió información sobre los beneficios de la investigación para el mejor entendimiento de su enfermedad, los riesgos que implicaba su participación y la garantía de intervención psicológica en caso de una respuesta emocional intensa. El investigador dio respuesta a cada una de las preguntas que el participante tenía, sin obstaculizar su libertad de decisión por medio de instigación o manipulación. Una vez satisfechas las inquietudes y habiendo decidido participar de forma voluntaria, se le pedía que firmara un consentimiento informado que contenía toda la información discutida con anterioridad.
- 6) Para garantizar el principio de beneficencia y asegurar los elementos apropiados que redujeran al mínimo la exposición de los participantes a riesgos psicológicos, por ejemplo, casos donde el participante experimentaba algún tipo de respuesta emocional intensa a consecuencia de la colecta de datos, el investigador estaba capacitado y contaba con la experiencia para atender la necesidad expuesta por medio de un protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) (Slaikue, 2000), el cual tiene como objetivo la reducción del malestar emocional y el enlace con redes de apoyo de la misma institución. Este protocolo contempla la aplicación de los siguientes pasos:
 - Contacto psicológico.** Tiene como objetivo reducir el aturdimiento emocional por medio de la síntesis y reflexión de sentimientos, efectuando declaraciones empáticas para que el participante se sienta comprendido, aceptado y apoyado.

Examinación de las dimensiones del problema. Identificando reacciones fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales.

Análisis de soluciones. Examinando qué es lo que el paciente puede hacer o podría hacer en el momento para aliviar el malestar emocional o proponer nuevas alternativas con base en asistencia externa o cambio ambiental.

Asistir en la ejecución de acción concreta. Con actitud directiva para dar solución al problema de manera inmediata o enlazarlo a los recursos de la institución.

- 7) En los casos donde sea necesaria la aplicación de este protocolo se evaluó la pertinencia de continuar la colecta de datos en otro momento o de dar por terminada la participación.
- 8) En los casos donde fue necesaria la aplicación de los PAP, se evaluó la pertinencia de continuar con la colecta de datos en otro momento o de dar por terminada la participación.

Siguiendo con estas consideraciones bioéticas se sometió el proyecto a revisión y fue aprobado por el Comité de Bioética en Investigación del Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Sonora como una investigación de riesgo mínimo.

RESULTADOS

Plan de Análisis Estadístico.

El plan de análisis estuvo dividido en 2 fases según la naturaleza de la variable:

- Para el análisis de validez y constructo de la variable politómica de Autoconfianza se hizo un Análisis Factorial Exploratorio y se utilizó el Modelo de Rasch para matrices policóricas y para su análisis de confiabilidad se utilizó el Alfa de Cronbach.
- Para el análisis de validez y constructo de la variable dicotómica de Apoyo Social se hizo un Análisis de Clase Latente y se utilizó el Modelo de Rasch para matrices tetracóricas y para su análisis de confiabilidad se utilizó la prueba de Kuder Richardson.

Datos Sociodemográficos

A partir del análisis de los datos sociodemográficos se encontró que la mayoría de los participantes se encontraban entre los 20 y 30 años, con una escolaridad promedio de 9 años, solteros (74%) y el mayor porcentaje eran empleados (54%), albañiles (27%) y desempleados (26%). En relación al consumo de sustancias, los pacientes tenían un promedio de 62 días de abstinencia y 4 intentos de abandono del consumo. Todos los participantes eran policonsumidores y la droga de mayor consumo fue el cristal (97%), seguido de la marihuana (87%), tabaco (85%) y alcohol (78%) (tablas 3 y 4).

Estos datos coinciden con los datos del Sistema Epidemiológico para las adicciones (2015), donde se encontró que el cristal es la droga de impacto en la Zona Norte del país que se encuentra encabezada por el estado de Sonora. Aunado a esto, los resultados mostrados en la tabla 4 arrojaron medias entre 1 y 3 gramos para la mayoría de las sustancias consumidas, lo cual resulta preocupante tanto a nivel individual como social, ya que no solo daña la salud física de quien lo consume, si no que lleva al

consumidor a recurrir a conductas antisociales y delictivas que le permitan conseguir el dinero necesario para poder adquirir la sustancia.

En un estudio realizado por Medina-Mora y col. en el 2001, se encontró que en encuestas aplicadas a la población de adolescentes en el Distrito Federal; un 32.3% reportó haber cometido algún acto antisocial y el riesgo de consumo de sustancias era mayor en los participantes que cometían actos antisociales. Los autores de este artículo mencionan la asociación entre la violencia y el consumo de sustancias se da en dos sentidos, ya sea que la persona intoxicada se vuelve más vulnerable a ser violentada por otras personas, o bien que el abuso de sustancias genere conductas violentas.

Por otra parte, el 12% de los participantes consumidores de cristal y heroína reportaron una ingesta intravenosa, lo cual implica además un riesgo de contraer enfermedades transmisibles como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el virus de Hepatitis C (Kornblit y col., 2002).

Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas “CACD”

Análisis de validez de contenido. El primer análisis realizado para este instrumento fue el de validez de contenido, mediante un equipo compuesto por 5 jueces expertos en el tema del consumo de sustancias y uno experto en psicometría. 4 de los jueces formaban parte del equipo de psicología y psiquiatría en el hospital de higiene mental Dr. Carlos Nava Muñoz (especializado en el tratamiento del consumo de sustancias) y 2 miembros del posgrado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Sonora.

Primeramente, se le mostró al equipo de jueces el instrumento original de Annis y Martin con el fin de examinar cada uno de los reactivos y el diseño del instrumento, dando como resultado 3 opciones de diseño de formato y la eliminación de algunos ítems con base a lo que dice la literatura y el criterio de los jueces.

Una vez realizadas las adaptaciones al instrumento se redujo el contenido de 60 a 35 ítems y cada uno de los 3 formatos fue piloteado en una muestra de 30 participantes del sexo masculino, elegidos al azar que habían tenido contacto con el consumo de sustancias y que se encontraban dentro del rango de edad de la muestra del estudio (18-50 años).

Después de recibir los comentarios de los participantes y los jueces, se decidió utilizar un formato con escala de respuesta Likert de 4 opciones: Nada Seguro, Poco Seguro, Seguro y Muy Seguro, considerando tentativamente los siguientes 5 factores: “Bienestar Emocional”, “Malestar Emocional”, “Malestar Físico”, “Situaciones Personales” y “Situaciones Interpersonales”.

Estos 5 factores considerados en la adaptación del instrumento coinciden con la base teórica que subyace los 8 factores originales, basados en las situaciones de riesgo para una recaída de Marlatt y col. (1985). Estos factores se clasifican en: emociones agradables, malestar físico, emociones desagradables, probando autocontrol, necesidad y tentación de consumo, conflicto con otras personas, presión social y situaciones agradables.

De acuerdo con los resultados del estudio de validez de contenido, el equipo de investigación y de jueces expertos, se llegó a la conclusión de que los factores relacionados con situaciones podían ser reducidos a situaciones personales y situaciones interpersonales, dando como resultado los 5 factores mencionados anteriormente.

Análisis factorial exploratorio y modelo de Rasch para matrices policóricas.

Previo a realizar el primer análisis factorial exploratorio del CACD, se identificó que ninguno de los participantes contaba con un porcentaje mayor al 10% de datos perdidos y dado que todos los participantes cumplían con los criterios de inclusión, se procedió a realizar los análisis pertinentes utilizando los 175 datos colectados.

Inicialmente, se determinó la factoriabilidad de la matriz de correlaciones a través de dos indicadores. El primero de ellos fue el valor de *Kaiser -Meyer-Olkin (KMO)*, que dio como resultado un nivel de .947 y el segundo fue el *determinante de la matriz*, que mostró un valor $\leq .001$. Ambos indicadores mostraron la adecuación de los análisis factoriales para el conjunto de ítems. La primera corrida del análisis arrojó una solución factorial de 5 factores que explicaban el 68% de la varianza expuesta por los 35 ítems para la variable “Autoeficacia para resistir el consumo” (Tabla V). Esta solución inicial obtuvo un *alfa de Cronbach* de .97 y las alfas para cada factor iban de .89 a .92 y la correlación entre factores iba de .63 a .76. (Tabla VI)

Este primer análisis cumple con los criterios establecidos para decir que los valores obtenidos arrojan una solución factorial adecuada para explicar la variable de autoeficacia, con cargas factoriales $\geq .32$ con valores de correlación superiores a .63, el valor de *KMO* $\geq .90$ así como su valor de *alfa de Cronbach* (Tabla VII) (Tabachnick y col., 1996, mencionado en Pasquali, 2005).

Siguiendo con la lógica establecida del plan de análisis se procedió a realizar un análisis de modelo de Rasch para los 35 ítems divididos en los 5 factores arrojados en el análisis previo. Este análisis tiene como finalidad comprobar que los ítems ajustan al modelo obtenido en el análisis factorial exploratorio y se encontró que efectivamente todos los ítems ajustaron al modelo dentro de los parámetros establecidos para los valores de medias cuadráticas (*MNSQ*) de ajuste interno (*INFIT*) y externo (*OUTFIT*), cuyos valores deben ir de 0.5 a 1.5 (González 2008) (Tabla VIII).

Sin embargo se decidió correr nuevamente ambos análisis extrayendo el ítem número 12, que se refiere al nivel de autoeficacia percibida por el usuario para poder resistir el consumo ante una situación de “aburrimiento”, ya que según el análisis pertenece al factor de “Bienestar Emocional” y aun cuando la literatura no lo considera una emoción per se, sino un estado de ánimo

relacionado con distintas emociones, es una condición que se relaciona directamente con emociones negativas o desagradables, tales como el enojo, frustración y tristeza, por lo que se decidió eliminar este ítem dejando un total de 34 ítems (Antón, 2012).

Tabla V. Primer análisis de factoriabilidad de la matriz de correlaciones del CACD

Prueba de esfericidad de Barlett χ^2	5812.412
gl: 595	$p \leq .001$
Determinante de la matriz	.001
KMO	.947
Número de Factores	5 que explican el 68% de la varianza
Alfa de Cronbach	.97
Correlación entre factores	.63 - .76

Tabla VI. Primeros valores de Alfa de Cronbach para cada factor

	Factor 1 Malestar Emocional	Factor 2: Malestar Físico	Factor 3 Situaciones Interpersonales	Factor 4 Bienestar Emocional	Factor 5: Situaciones personales
Análisis Factorial	0.94	0.94	0.93	0.92	0.89
Análisis Rasch	0.86	0.85	0.84	0.79	0.80

Tabla VII. Primer Análisis Factorial Exploratorio del CACD

Contenido del ítem	Malestar Emocional	Malestar Físico	Situaciones Interpersonales	Bienestar Emocional	Situaciones personales
1- Si te sientes solo	.88				
2- Si te sientes con triste	.86				
3- Si te sientes culpable	.84				
4- Si te sientes frustrado	.79				
5- Si te sientes fracasado	.72				
6- Si te sientes rechazado	.66				
7- Si te sientes enojado	.61				
8- Si te sientes sin energía		.84			
9- Sientes dolor de cabeza		.80			
10- Si te sientes con nauseas		.77			
11- Si te sientes estresado		.77			
12- Si te sientes enfermo		.71			
13- Si te sientes con sueño		.63			
14- Si te sientes con insomnio		.57			
15- Te sientes con dolor físico		.56			
16- Si te sientes tembloroso		.49			
17- Si no te llevas bien con los demás			.84		
18- Sí peleas con los demás			.72		
19- Si te tratan injustamente			.68		
20- Si crees que decepcionaste a tu familia			.67		
21- Si necesitas valor para enfrentar a los demás			.65		
22- Si quieres pasar un buen rato con tus amigos			.59		
23- Si quieres acercarte a una persona			.46		
24- Si te cambian los planes			.35		
25- Si te sientes confiado				.32	
26- Si te sientes divertido				.83	
27- Si te sientes emocionado				.82	
28- Si te sientes relajado				.67	
29- Si te sientes feliz				.58	
30- Si te sientes aburrido				.49	
31- Si quieres demostrar que puedes consumir sin volverte adicto					.86
32- Si quieres demostrar que la droga ya no es un problema para ti					.76
33- Sí recuerdas la sensación de estar drogado					.56
34- Si deseas aumentar tu placer sexual					.52
35- Si te sientes ansioso					.38

La pregunta realizada a los participantes fue: ¿Qué tan seguro te sientes de poder resistir el consumo en el futuro si...?

Tabla VIII. Primer Análisis de Modelamiento de Rasch por factores para el CACD

Análisis Rasch Por Factores Escala Autoeficacia					
Factor	Ítem	INFIT	OUTFIT	Discriminación	Correlación
Malestar Emocional	9. Soledad	0.92	0.94	1.10	0.87
	8. Tristeza	0.83	0.84	1.18	0.88
	7. Culpa	1.12	1.11	0.88	0.85
	11. Frustración	1.20	1.23	0.80	0.82
	10. Fracaso	1.21	1.28	0.75	0.82
	6. Rechazo	0.91	0.90	1.09	0.86
	13. Enojo	0.79	0.79	1.24	0.88
Malestar Físico	16. Falta de energía	1.03	1.06	0.96	0.83
	20. Dolor de cabeza	1.11	1.19	0.89	0.79
	18. Nauseas	0.95	0.93	1.07	0.80
	14. Estrés	1.02	1.02	0.98	0.81
	17. Te sientes enfermo	0.99	1.01	0.99	0.80
	22. Sueño	0.84	0.78	1.20	0.81
	19. Insomnio	1.16	1.17	0.84	0.78
	21. Dolor físico	0.78	0.83	1.22	0.82
15. Temblor	1.07	1.03	0.93	0.80	
Situaciones Interpersonales	32. No te llevas bien con los demás	0.94	1.00	1.05	0.82
	33. Te peleas con los demás	1.27	1.30	0.73	0.77
	35. Te tratan injustamente	0.78	0.79	1.24	0.85
	31. Decepcionas a tu familia	1.12	1.19	0.83	0.78
	28. Necesitas valor para enfrentar a los demás	0.94	0.91	1.04	0.82
	29. Quieres pasar un buen rato	0.99	0.93	1.04	0.80
	30. Quieres acercarte a una persona	1.15	1.24	0.81	0.78
	34. Te cambian los planes	0.76	0.74	1.27	0.84
Bienestar Emocional	5. Confianza	1.29	1.35	0.66	0.80
	4. Diversión	1.16	1.19	0.83	0.82
	3. Emoción	0.75	0.71	1.26	0.87
	2. Relajación	1.28	1.34	0.72	0.79
	1. Felicidad	0.70	0.70	1.29	0.88
	12. Aburrimiento	0.77	0.75	1.23	0.87
Situaciones Personales	26. Crees que puedes consumir sin volverte adicto	1.03	1.05	0.97	0.85
	27. Quieres demostrar que la droga no es un problema para ti	0.75	0.79	1.27	0.85
	24. Recuerdas la sensación de la droga	1.09	1.10	0.90	0.83
	25. Deseas aumentar tu placer sexual	0.91	0.92	1.13	0.83
	23. Ansiedad	1.19	1.13	0.79	0.80

Una vez extraído el ítem “¿Que tan seguro te sientes de poder resistir el consumo en el futuro si te sientes Aburrido?” se corrió nuevamente el Análisis Factorial Exploratorio y se decidió extraer los ítems ¿Qué tan seguro te sientes de poder resistir el consumo en el futuro si...? “Te cambian los planes” y “si te sientes confiado”; el primero por tener una solución factorial mayor a 0.35 y el segundo porque se encontraba dentro del factor “Malestar Físico” y por definición la confianza es considerada un constructo de sentimientos positivos ya sea hacia uno mismo o hacia los demás que llevan a la persona a percibir que es capaz de lograr cumplir algo que se propone o bien que los que lo rodean le ayudaran a cumplir un propósito, concepto que resulta incoherente dentro del factor mencionado anteriormente (Zapata y col., 2010).

Posteriormente, extrayendo los tres ítems mencionados con anterioridad, se procedió a determinar nuevamente la factoriabilidad de la matriz de correlaciones (Tabla IX) y los indicadores mostraron una adecuación de los análisis factoriales para el conjunto de 32 ítems ($KMO=.945$, *Determinante de la matriz*= .001). Se verificaron entonces soluciones factoriales con cinco, cuatro y tres factores, utilizando el análisis factorial de ejes principales con rotación promax, dadas las correlaciones entre factores \geq a 0.30., y se encontró que los 32 ítems ajustaron de forma adecuada a un modelo de 5 factores con Alfas superiores a 0.90 (Tabla X), que ofrece la mejor interpretación conceptual y empírica (Tabla XI).

Una vez realizado el análisis factorial, se aplicó nuevamente un Análisis de Modelamiento de Rasch a cada uno de los factores y se encontró que todos los 32 ítems ajustaban al modelo de 5 factores, con valores de *INFIT* y *OUTFIT* (.5-1.5), (Tabla XII). Los resultados mostraron además que todos los ítems tienen un índice de discriminación cercano a 1 y un índice de correlación punto biserial (*Ptbis*) \geq .77, confirmando la unidimensionalidad de cada factor y la pertenencia de cada ítem al factor. Mediante este último análisis se pudieron obtener medidas independientes de la variación del instrumento de los participantes creando una medida más robusta del constructo.

Tabla IX. Análisis final de factoriabilidad de la matriz de correlaciones del CACD

Prueba de esfericidad de Barlett χ^2	5246.154
gl: 595	$p \leq .001$
Determinante de la matriz	.001
KMO	.944
Número de Factores	5 que explican el 66% de la varianza
Alfa de Cronbach	.97
Correlación entre factores	.60 - .74

Tabla X. Valores finales de Alfa de Cronbach para cada factor

	Factor 1 Malestar Emocional	Factor 2: Malestar Físico	Factor 3 Situaciones Interpersonales	Factor 4 Bienestar Emocional	Factor 5: Situaciones personales
Análisis Factorial	0.94	0.94	0.93	0.90	0.90
Análisis Rasch	0.86	0.85	0.83	0.77	0.80

Tabla XI. Análisis Factorial Exploratorio Final del CACD

Contenido del ítem	Malestar Emocional	Malestar Físico	Situaciones Interpersonales	Bienestar Emocional	Situaciones personales
1- te sientes solo	.87				
2- te sientes triste	.84				
3- te sientes culpable	.86				
4- te sientes frustrado	.81				
5- te sientes fracasado	.74				
6- te sientes rechazado	.67				
7- te sientes enojado	.62				
8- te sientes sin energía		.66			
9- te sientes con dolor de cabeza		.73			
10-te sientes con nauseas		.88			
11-te sientes estresado		.45			
12-te sientes enfermo		.70			
13-te sientes con sueño		.64			
14-te sientes con insomnio		.64			
15-te sientes con dolor físico		.65			
16-te sientes tembloroso		.55			
17-no te llevas bien con los demás			.74		
18-peleas con los demás			.71		
19-te tratan injustamente			.64		
20-crees que decepcionaste a tu familia			.63		
21-necesitas valor para enfrentar a los demás			.52		
22-quieres pasar un buen rato con tus amigos			.54		
23-quieres acercarte a una persona			.36		
24-te sientes divertido				.69	
25-te sientes emocionado				.83	
26-te sientes relajado				.78	
27-te sientes feliz				.59	
28- quieres demostrar que puedes consumir sin volverte adicto					.85
29-quieres demostrar que la droga ya no es un problema para ti					.74
30-recuerdas la sensación de estar drogado					.57
31-deseas aumentar tu placer sexual					.53
32-te sientes ansioso					.38

La pregunta realizada a los participantes fue: ¿Qué tan seguro te sientes de poder resistir el consumo en el futuro si...?

Tabla XII. Análisis Final de Modelamiento de Rasch por factores para el CACD

Análisis Rasch Por Factores Escala Autoeficacia					
Factor	Ítem	INFIT	OUTFIT	Discriminación	Correlación punto biserial
Malestar Emocional	9. Soledad	0.92	0.94	1.10	0.87
	8. Tristeza	0.83	0.84	1.18	0.88
	7. Culpa	1.12	1.11	0.88	0.85
	11. Frustración	1.20	1.23	0.80	0.82
	10. Fracaso	1.21	1.28	0.75	0.82
	6. Rechazo	0.91	0.90	1.09	0.86
	13. Enojo	0.79	0.79	1.24	0.88
Malestar Físico	16. Falta de energía	1.03	1.06	0.96	0.83
	20. Dolor de cabeza	1.11	1.19	0.89	0.79
	18. Nauseas	0.95	0.93	1.07	0.80
	14. Estrés	1.02	1.02	0.98	0.81
	17. Te sientes enfermo	0.99	1.01	0.99	0.80
	22. Sueño	0.84	0.78	1.20	0.81
	19. Insomnio	1.16	1.17	0.84	0.78
	21. Dolor físico	0.78	0.83	1.22	0.82
15. Temblor	1.07	1.03	0.93	0.80	
Situaciones Interpersonales	32. No te llevas bien con los demás	1.00	1.03	1.05	0.82
	33. Te peleas con los demás	0.85	0.87	0.73	0.77
	35. Te tratan injustamente	1.21	1.30	1.24	0.85
	31. Decepcionas a tu familia	0.93	0.89	0.83	0.78
	28. Necesitas valor para enfrentar a los demás	1.01	0.95	1.04	0.82
	29. Quieres pasar un buen rato	1.15	1.22	1.04	0.80
	30. Quieres acercarte a una persona	0.79	0.75	0.81	0.78
Emociones Agradables	4. Diversión	0.87	0.83	1.12	0.83
	3. Emoción	1.39	1.40	0.62	0.90
	2. Relajación	0.85	0.80	1.14	0.90
	1. Felicidad	0.84	0.79	1.15	0.90
Situaciones Personales	26. Crees que puedes consumir sin volverte adicto	1.03	1.05	0.97	0.85
	27. Quieres demostrar que la droga no es un problema para ti	0.75	0.79	1.27	0.85
	24. Recuerdas la sensación de la droga	1.09	1.10	0.90	0.83
	25. Deseas aumentar tu placer sexual	0.91	0.92	1.13	0.83
	23. Ansiedad	1.19	1.13	0.79	0.80

Escala de Apoyo Social Percibido (EASP)

Análisis de validez de contenido. Al igual que con el CACD, el primer análisis realizado para este instrumento fue el de validez de contenido, mediante el mismo equipo compuesto por 5 jueces expertos en el tema del consumo de sustancias y uno experto en psicometría. 4 de los jueces formaban parte del equipo de psicología y psiquiatría en el hospital de higiene mental Dr. Carlos Nava Muñoz (especializado en el tratamiento del consumo de sustancias) y 2 miembros del posgrado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Sonora.

Primeramente, se le mostró al equipo de jueces el instrumento diseñado con base en los factores previstos para el Cuestionario de Autoeficacia para el Consumo de Drogas. La escala consta de 20 reactivos acerca de la percepción del consumidor de apoyo social ante situaciones de malestar emocional, bienestar emocional, malestar físico, problemas personales y problemas interpersonales por parte de sus familiares, amigos, el personal del centro de rehabilitación en el que se encuentra interno y de otras personas que no formen parte de su entorno social inmediato.

Una vez realizadas las adaptaciones al instrumento se mantuvo el formato de 20 preguntas y se diseñaron 3 formatos de respuesta que fueron piloteados en una muestra de 30 participantes del sexo masculino, elegidos al azar que habían tenido contacto con el consumo de sustancias y que se encontraban dentro del rango de edad de la muestra del estudio (18-50 años).

Después de recibir los comentarios de los participantes y los jueces, se decidió utilizar un formato con escala de respuesta dicotómica con opciones Si o No y se preguntaba abiertamente ¿Por qué? Con la finalidad de obtener información cualitativa respecto a lo que perciben los usuarios como “Apoyo” en cada una de las dimensiones.

Estos 5 factores considerados en el diseño del instrumento coinciden con la literatura, que menciona que una escala de apoyo social es más pertinente cuando se delimitan las dimensiones evaluadas, en este caso los factores del CACD y la fuente de apoyo, aunado al factor cualitativo que le brinda la opción de respuesta abierta que puede permitir en un futuro diseñar una escala específica dirigida hacia las conductas que realmente funcionan como protectoras para prevenir el consumo o evitar una recaída y las que promueven el consumo, aun cuando los usuarios lo perciban como “apoyo” (Buendía, 1991; Terol y Col, 2004).

Análisis de clase latente y modelo de Rasch para matrices tetracóricas.

Posteriormente, se procedió a determinar la factoriabilidad de la matriz de correlaciones y los indicadores mostraron una adecuación de los análisis de Clase Latente para el conjunto de 20 ítems ($KMO=0.69$), *Determinante de Correlaciones Tetracóricas*= -4.65), y se obtuvo una solución factorial para los 20 ítems que ajustaron de forma adecuada al modelo con un Alfa de Cronbach de 0.76 para la escala completa, ofreciendo una adecuada interpretación conceptual y empírica (Tabla XIII).

Una vez determinada la factoriabilidad de la escala, se procedió a realizar el análisis de Clase Latente, que dio como resultado un modelo de 2 factores que explica el 42% de la varianza del constructo Apoyo Social. El modelo obtenido cuenta con 20 ítems con cargas factoriales superiores a .30 y con un alfa de 0.75 para el factor “Apoyo Microsocial” y 0.76 para el factor “Apoyo Macrosocial” (Tabla XIV).

Finalmente se aplicó un Análisis de Modelamiento de Rasch para Matrices Tetracóricas a los dos factores obtenidos en el análisis anterior y se encontró que solo 1 ítem no ajustaba al modelo de 2 factores, con valores de *INFIT* y *OUTFIT* (.5 - 1.5), dicho ítem es el apoyo percibido por el usuario por

parte de su familia cuando tiene algún problema con otras personas con un valor de ajuste interno de 0.1, sin embargo, se decidió incluirlo en la versión final, debido a que su extracción no afectaba significativamente al instrumento y en cuestiones cualitativas, el ítem brinda información valiosa al tratamiento (Tabla XV). Los resultados mostraron además que todos los ítems tienen un índice de discriminación cercano a 1 y un índice de correlación punto biserial (*Ptbis*) $\geq .40$, confirmando la unidimensionalidad de cada factor y la pertenencia de cada ítem al factor.

Tabla XIII. Matriz de Correlaciones de la Escala de Apoyo Social Percibido

KMO	0.69
det (tetra. corre)	-4.657969 e-19
Número de Factores	2
Alfa de Cronbach (KR-20)	0.76
Varianza Total Explicada	42%

Tabla XIV. Análisis de Clase Latente de la Escala de Apoyo Social Percibido

Contenido del ítem	Apoyo Micro-Social	Apoyo Macro-Social
1- Familia Bienestar Emocional	0.6	
2- Personal del Centro Bienestar Emocional	0.6	
3- Familia Malestar Emocional	0.9	
4- Personal del Centro Malestar Emocional	0.4	
5- Familia Malestar Físico	0.9	
6- Personal del Centro Malestar Físico	0.6	
7- Familia Problemas Personales	0.6	
8- Personal del Centro Problemas Personales	0.4	
9- Familia Problemas Otros	0.6	
10- Personal del Centro Problemas Otros	0.4	
11- Amigos Bienestar Emocional		0.3
12- Alguien Más Bienestar Emocional		0.8
13- Amigos Malestar Emocional		0.4
14- Alguien Más Malestar Emocional		0.7
15- Amigos Malestar Física		0.5
16- Alguien Más Malestar Físico		0.6
17- Amigos Problemas Personales		0.4
18- Alguien Más Problemas Personales		0.8
19- Amigos Problemas Otros		0.4
20- Alguien Más Problemas Otros		0.8
Alfa de Cronbach por factor	.75	.76
Alfa de Cronbach para la escala completa	.76	
Varianza total explicada por la solución factorial	39%	

Tabla XV. Análisis de Modelamiento de Rasch de la Escala de Apoyo Social Percibido

Factor	Ítem	INFIT	OUTFIT	Discriminación	Correlación punto biserial
Apoyo Micro-Social	Familia Bienestar Emocional	1.1	1.1	0.5	.58
	Personal del Centro Bienestar Emocional	1.1	1.3	0.6	.55
	Familia Malestar Emocional	1.0	1.2	0.8	.55
	Personal del Centro Malestar Emocional	0.9	0.8	1.2	.62
	Familia Malestar Físico	0.9	0.8	1.1	.60
	Personal del Centro Malestar Físico	0.9	0.9	1.1	.57
	Familia Problemas Personales	1.1	1.4	0.8	.46
	Personal del Centro Problemas Personales	0.9	0.6	1.2	.59
	Familia Problemas Otros	0.1	0.8	1.0	.51
	Personal del Centro Problemas Otros	0.9	0.5	1.1	.47
Apoyo Macro-Social	Amigos Bienestar Emocional	0.9	1.1	1.0	.56
	Alguien Más Bienestar Emocional	0.9	1.1	1.0	.55
	Amigos Malestar Emocional	1.1	1.3	0.7	.47
	Alguien Más Malestar Emocional	1.0	1.4	0.8	.49
	Amigos Malestar Física	1.1	1.1	0.7	.47
	Alguien Más Malestar Físico	1.0	1.4	0.9	.41
	Amigos Problemas Personales	0.9	0.8	1.1	.47
	Alguien Más Problemas Personales	0.9	0.9	1.1	.46
	Amigos Problemas Otros	0.9	0.7	1.1	.43
	Alguien Más Problemas Otros	0.8	0.5	1.1	.42

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las principales limitaciones del estudio es que se trata de una población que cuenta con las características de un nivel de riesgo alto, por lo que el acceso a los centros de internamiento cuenta con múltiples limitaciones, lo cual aumenta la dificultad para obtener un tamaño de muestra por encima del requisito mínimo de representatividad, lo cual puede indicar que existe la posibilidad de obtener resultados más favorables si se incrementa el tamaño de la muestra, en términos de normalidad de los datos e índices de Alfa de Cronbach superiores a los obtenidos.

El consumo de sustancias, al ser un diagnóstico que por lo general se da a partir de otros trastornos psiquiátricos, o bien, puede desencadenar otro tipo de trastorno que puede impedir que el usuario responda el instrumento de manera confiable, se presenta otra limitación del estudio, ya que al seleccionar la muestra se tuvieron que tomar en cuenta estos factores, haciendo que el tiempo de colecta se prolongara. Este aspecto puede representar un sesgo en los resultados, ya que la única forma que tenía el equipo de corroborar si existía un trastorno dual, era el diagnóstico referido por el psiquiatra en el expediente, y la observación a la hora de aplicar el instrumento.

Por cuestiones de tiempo, el alcance de este estudio fue de tipo exploratorio, por lo que se recomienda continuar con el proyecto para hacer un Análisis Factorial Confirmatorio tomando en cuenta las variables observadas y las características de la muestra utilizada por este estudio.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Las medidas de Autoeficacia y Apoyo social son dos herramientas que se utilizan actualmente en la práctica clínica dentro de los programas de rehabilitación en el consumo de drogas para la prevención de la recaída de los pacientes (Oropeza y col., 2003), siendo el CACD uno de los principales instrumentos utilizados para medir el constructo de Autoeficacia. Sin embargo, no existe evidencia científica para afirmar que este instrumento cuenta con las propiedades de validez y confiabilidad apropiadas para la población sonorenses y no se encontró en la literatura un instrumento de apoyo social que esté diseñado y/o validado para la población adicta mexicana.

Por lo tanto, los resultados de este estudio contribuyen a la producción y actualización de herramientas psicométricas válidas y confiables para medir los constructos de autoeficacia y apoyo social percibidos en pacientes adictos mexicanos, particularmente de Hermosillo, Sonora.

Los resultados obtenidos mostraron que el CACD y la EASP cuentan con propiedades psicométricas de validez y confiabilidad satisfactorias para ser utilizadas en el tratamiento del consumo de sustancias, ya que todos los factores de ambas escalas agruparon ítems coherentes teórica y empíricamente.

Para el CACD se encontraron 5 factores relacionados con emociones agradables y desagradables y situaciones personales e interpersonales, que concuerdan con la estructura inicial del instrumento propuesto por Annis y Graham en su versión original, los cuales agrupaban 50 ítems en 8 factores relacionados con diferentes emociones y situaciones que se le podían presentar al adicto para recaer en el consumo (Annis y Col., 1997), a diferencia de los resultados obtenidos por De León (2001) en su validación para población mexicana, donde se obtuvo una solución de un solo factor que agrupaba 60 ítems y explicaba el 44% de la varianza.

Una vez analizados los datos obtenidos en la validación mexicana se encontró que los resultados obtenidos además de presentar fallas metodológicas con relación a la muestra (no especifican las características de la muestra), son teóricamente incongruentes ya que algunas de las preguntas del instrumento son conceptualmente contrarias y no pueden agruparse dentro de una sola dimensión, como es el caso de las preguntas con relación a emociones agradables y emociones desagradables, por lo que las dimensiones obtenidas en este proyecto son más apropiadas que las obtenidas anteriormente.

Además, otra característica importante que le abona este proyecto al estudio de validación del CACD es la inclusión del análisis de modelamiento de Rasch, que resulta un recurso muy apropiado para robustecer los resultados obtenidos mediante la obtención de medidas independientes de la variación del instrumento de los participantes.

Por su parte los resultados obtenidos en la EASP mostraron una solución de 20 ítems agrupados en 2 factores “Apoyo Micro-Social” y “Apoyo Macro-Social”, los cuales concuerdan con las dimensiones propuestas en la escala de Apoyo Social Percibido de Zimet que se utiliza generalmente en población de adultos mayores (Arechabala y Col., 2002). Los autores de esta escala sugieren que estas 2 fuentes de apoyo son fundamentales, siendo la familia la principal fuente de apoyo debido a los vínculos afectivos que existen entre sus miembros y la responsabilidad que recae dentro de sus integrantes de cuidarse mutuamente, y los amigos a través del apoyo tanto instrumental como emocional.

Con base en los resultados obtenidos se puede concluir que el Cuestionario de Autoconfianza en el consumo de drogas y la Escala de Apoyo Social Percibido muestran propiedades adecuadas de validez y confiabilidad para ser aplicados en población adicta de Hermosillo, Sonora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguerri, M., Galibert, M., Lozzia, G., Abal, F. y Attorresi, H. 2006. Medida del funcionamiento diferencial del ítem en el marco de la Teoría de Respuesta al Ítem. *Interdisciplinaria* 24 (1): 95-110.
- Alvarado, J. y Santiesteban, C. 2011. La validez en la medición psicológica. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid, España.
- Alvira, F. 2000. Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Madrid, España.
- Anastasi, A. y Urbina, S. 1998. *Tests Psicológicos*. Prentice Hall. Ciudad de México
- Annis, H., Sklar, S., y Turner, N. 1997. *The Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ): User's Guide*. Addiction Research Foundation, Centre for Addiction, and Mental Health. Toronto, Canada.
- Antón, M. 2012. El aburrimiento: Perspectivas en Psicología. *Revista de Psicología y Ciencias Afines* 9 (3): 104-109.
- Aragón, L. y Silva, A. 2002. *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. Editorial Pax México. Ciudad de México
- Araya, C. y Sepúlveda, R. 2009. Análisis de clases latentes en tablas poco ocupadas: consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes. *Revista de matemática: teoría y aplicaciones* 2010: 25-40.
- Arechabala, C. y Miranda, C. 2002. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*: 49-55.

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). 2002. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Masson. Barcelona, España.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) 2014. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Panamericana. España y Latinoamérica.
- Avendaño, M. y Barra, E. 2008. Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*: 165-172.
- Becoña, E. 2010. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Socidrogalcohol. Valencia, España.
- Becoña, E., Rodríguez, A. y Salazar, I. 1999. Magister en Drogodependencias: Drogodependencias V. Avances. Universidades, Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico. Universidad Santiago de Compostela, España.
- Bernal, C. 2006. Metodología de la investigación. Para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. Pearson Educación. México.
- Brites, J. 2011. Análisis del Inventario Obsesivo-Compulsivo mediante el Modelo de Rasch para Escalas de Calificación {*tesis doctoral*}. Universidad de Salamanca. Salamanca, España.
- Buendía, J. 1991. Psicología clínica y salud: desarrollos actuales. Universidad de Murcia. Murcia, España.
- Cáceres, D. 2006. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychological*: 521-534.
- Cañez, D. y Domínguez, M. (en prensa). Validez y confiabilidad del Cuestionario de Autoconfianza en el Consumo de Drogas: Una revisión sistemática. *Revista Salud Mental*.
- Castro, C., Montano, A. y Zarate, L. 2011. Modelos de clases latentes para definir perfiles conductuales en niños de 4 y 5 años. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 14 (1): 354-370.

- Castro, C. y Tenorio, A. 2010. Modelos de clases latentes aplicados a las encuestas de percepción ciudadana: estudio de caso. *Revista Legislativa de Estudios Sociales y de Opinión Pública* 3 (6): 187-200.
- Catalano, R., Kosterman, R., Hawkins, J., Newcomb, M. y Abbott, R. 1996. Modeling the Etiology of Adolescent Substance Use: A Test of the Social Development Model. *J Drug Issues*, 26 (2): 429-455.
- Cerdas, D. y Montero, E. 2017. Uso del modelo de Rasch para la construcción de tablas de especificaciones: propuesta metodológica aplicada a una prueba de selección universitaria. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación* 17 (1): 1-16.
- Chacón, E. 2008. Análisis de variables ordinales en modelos de variable latente: evaluación de métodos de estimación y procedimientos de ajuste (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Psicología Social y Metodología. Madrid, España.
- Chávez, E., Arellano, V. y González, J. 2010. Prevención de recaídas, Centros de Integración Juvenil, Dirección de tratamiento y rehabilitación: Manual de aplicación. Centros de Integración Juvenil. México, D.F.
- Chicharro, J., Pedrero, E., y Pérez, 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 MCMII-II. *Revista Adicciones*: 141.
- Corrêa de Carvalho, J.T. 2001. Historia de las drogas y de la guerra de su difusión. [Sitio en internet] Disponible en: <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/politicaspUBLICAS/historia%20drogas.pdf> Consultado el: 1 de mayo de 2017

- De la Fuente, S. 2011. Análisis Factorial. Facultad de Ciencia Económicas y Empresariales Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- De León, L. y Pérez, L. 2001. Adaptación, validación y Confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ). Tesis de Licenciatura. Universidad Autónoma de México. Facultad de Psicología. México, Distrito Federal.
- Delgado, A. 2016. La medida de la comprensión emocional con el modelo de Rasch. *Actualidades en Psicología* 30 (120): 47-56.
- Estrella, J. 1991. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social* 6 (2): 257-271.
- Fernández, A. 2009. Técnicas de análisis multivariante aplicadas al turismo. Canales 7 servicios editoriales, S.L. Madrid, España.
- Fernández, C. y Llorente, J. 2006. Evaluación de constructos relacionados con las teorías de Aprendizaje Social-Cognitivo en drogodependientes en tratamiento: fiabilidad y validez. *Adicciones* 18 (3): 251-258.
- Ferrando, P. y Anguiano, C. 2010. El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Revista Papeles del Psicólogo* 31 (1): 18-33.
- Freiberg, A., Stover, J., de la Iglesia, G. y Fernández, M. 2013. Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Prensa Médica Latinoamericana* 2013 7 (2): 151-164.
- Frías, D. 2014. Apuntes de SPSS. Universidad de Valencia. Valencia, España
- Gabantxo, K. 2001. Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo. *BIBLID*, 4: 139-158.
- García, A., Oreja, J. y Yanes, V. 2011. La incertidumbre percibida del entorno y las alianzas estratégicas en las PYMES canarias. Serie de Estudios del IUDE. Santacruz de Tenerife, España.

- 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*: 169-178.
- Garrocho, C. y Campos, J. 2013. Réquiem por los indicadores no espaciales de segregación residencial. *Papeles de Población No. 77*: 269-300.
- Gracia, E. y Herrero, J. 2006. La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología* 38 (2): 327-342.
- Gregory, R. 2011. *Pruebas psicológicas: historia, principios y aplicaciones*. Pearson. Ciudad de México.
- González, M. 2015. Desarrollo y validación de una escala para medir la sintomatología visual asociada al uso de videoterminals en el trabajo {*tesis doctoral*}. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.
- González-Montesinos, M. 2008. El análisis de reactivos con el modelo de Rasch: Manual técnico a. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. Ciudad de México.
- Hernández, B. 2001. *Técnicas estadísticas de investigación social*. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, España.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) 2004. *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes (2da ed.)*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: Institutos Nacionales de la Salud. Estados Unidos de América.
- Jiménez, 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): 1-24.

- Kornblit, A., Mendes, A., Camarotti, A. y Federico, A. 2002. Consumo de drogas y conductas sexuales en una muestra de adictos por vía endovenosa de Buenos Aires. *Adicciones* 14 (1): 79-85.
- Landeau, R. 2007. *Elaboración de trabajos de investigación*. Editorial ALFA. Venezuela.
- Lévy, J. y Varela, J. 2006. *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales: Temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales*. Gesbiblo. España
- Lloret, S., Ferreres, A. y Hernández, A. 2014. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología* 30 (3): 1151-1169.
- López, C. 2008. La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: motivación propia e influencia de terceros. *Terapia Psicológica* 7 (1): 119-127.
- López, S. y Rodríguez, J. 2008. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema* vol. 22 (4): 568-573.
- López-Torrecillas, F., Salvador, M., y Verdejo, A. 2002. Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología clínica, legal y forense* 2 (1): 33-51.
- Luengo, M., Romero, E. y Gómez, J. 2010. *Proyecto Hombre: Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*, 1ra ed. Editorial Compostela, S.A. Santiago de Compostela, España.
- Marlatt, G. y Gordon, J. 2005. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* 2nd ed. Guilford Press. Nueva York.
- Martín, N., Díaz, C., Córdoba, G. y Picquart, M. 2011. Calibración de una prueba de química por el modelo de Rasch. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* 13 (2): 132-148.

- Martínez, K., Salazar, M., Ruíz, G., Barrientos, V., Ayala, H. y Reidil, L. 2009. Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (3ra ed.). Consejo Nacional Contra las Adicciones. México, Distrito Federal.
- Martins, L. 2008. Historia internacional de la droga. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.encod.org/info/HISTORIA-INTERNACIONAL-DE-LA-DROGA.html> Consultado el: 1 de mayo de 2017
- Martínez, J. y De Castro, D. 2016. Consumir sin consumirse: Educación para el consumo. Ediciones Pirámide. Salamanca, España.
- Martínez, M. 2011. Cuando hablamos de prevención de adicciones... ¿En qué estamos pensando? Reflexiones y propuestas de intervención en Cáritas. Cáritas Española Editores. Madrid, España.
- Martos, J. 2009. Relaciones interpersonales y adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. Universidad de Almería. Almería, España.
- Martos, M.J. y Pozo, C. 2011. Adaptación al español de la “Escala de apoyo social percibido específico para la enfermedad” de Revenson et al, 1991. *Psicothema*, 23 (4): 795-801.
- Martos, J., Pozo, C. y Alonso, E. 2010. Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica: relevancia del apoyo social. Editorial Universidad de Almería. Almería, España.
- Mavrou, I. 2015. Análisis factorial exploratorio: cuestiones conceptuales y metodológicas. *Revista Lingüística* 19.
- Medina, E. 2003. Modelos de elección discreta. Universidad Autónoma Metropolitana. Ciudad de México.
- Medina, F. y Galván, M. 2007. Estudios estadísticos y prospectivos, Imputación de datos: Teoría y práctica. División estadística y proyecciones económicas de la comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.

- Medina, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. y Tapia, R. 2001. Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Revista Salud Mental* 24 (4): 3-19.
- Méndez, C. y Rondón, M. 2012. Metodología de investigación y lectura crítica de estudios: Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 41 (1): 197-207.
- Moher, D., Tetzlaff, J., Tricco, A. y Altman, D. 2009. The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6 (7).
- Mondy, R. y Noe, R. 2005. Administración de recursos humanos. Pearson Educación. México.
- Monroy, L., Vidal, R. y Saade, A. 2009. Análisis de clases latentes: una técnica para detectar heterogeneidad en poblaciones. Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior (CENEVAL). México, D.F.
- National Institute on Drug Abuse. 2010. Principios de Tratamientos para la Drogadicción: una guía basada en las investigaciones. 2nd ed. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Estados Unidos.
- Navas, M. y Guerrero, M. 2016. Salud, familia y bienestar. Editorial Universidad de Almería. Almería, España.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) 2003. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación: Guía práctica de planificación y aplicación. Organización de las Naciones Unidas. Nueva York, Estados Unidos.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 1994. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. España.
- Oropeza, R., Loyola, L. y Vásquez, F. 2013. Tratamiento breve para usuarios de cocaína: un modelo cognitivo conductual, principios de aplicación. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Ciudad de México.

- Pasquali L. 2005. Uso de análisis factorial para investigadores. Análisis factorial para investigadores (1ra ed.). Brasil.
- Pérez, J. 2016. Modelos de Medición: desarrollos actuales, supuestos, ventajas e inconvenientes. Universidad de Sevilla. Sevilla, España
- Prieto, G. y Delgado, A. 2003. Análisis de un test mediante el modelo de Rasch. *Psicothema* 15 (1): 94-100.
- Prieto, G. y Delgado, A. 2010. Fiabilidad y Validez. *Papeles del Psicólogo* 31 (1): 67-74.
- Prieto, G. y Días, A. 2003. Uso del modelo de Rasch para poner en la misma escala las puntuaciones de distintos Tests. *Actualidades en Psicología* 19 (106): 5-23.
- Rojas, E., García, S. y Medina, M. 2011. Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental* 34 (4): 351-365.
- Rondán, F., Sánchez, M. y Villarejo, A. 2007. Análisis de clases latentes en la relación entre la calidad de servicio, satisfacción y confianza con la intención de recompra. *Conocimiento, innovación y emprendedores: Camino al futuro*. Sevilla, España.
- Ruíz, M., Pardo, A. y San Martín, R. 2010. Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo* 31 (1): 43-45.
- Sánchez, J. y Villareal, M. 2010. Análisis prospectivo en el consumo de drogas en adolescentes. en: López F, ed. por *Prospectiva de la Psicología de la Salud en México* 1st ed. Consorcio de Universidades Mexicanas. México, D.F.
- Sánchez, M. 2001. Modelos de estructura latente: una potente herramienta al servicio del análisis de encuestas. *Metodología de Encuestas* 3 (1): 75-95.
- Sánchez, O. 2016. Modelo integrado de factores que inciden en el razonamiento estadístico en estudiantes de nivel licenciatura {*tesis doctoral*}. Universidad Anáhuac. México, Distrito Federal.

- Schunk, D. 2012. Teorías del aprendizaje: una perspectiva educativa (6ta ed.). Pearson educación. México, Distrito Federal.
- Secretaría de Salud 2009. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Comisión Nacional contra las Adicciones. México, D.F.
- Secretaría de Salud 2015. Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención: evidencias y recomendaciones. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Ciudad de México.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones. 2015. Informe SISVEA 2015 Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Recuperado el 27 de marzo de 2017 en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_sisvea/informes_sisvea_2015.pdf
- Slaikou, K. 2000. Intervención en crisis: manual para práctica e investigación. Manual Moderno. México, D.F.
- Terol, M. 1999. Apoyo social y salud en pacientes oncológicos {*tesis doctoral*}. Universidad Miguel Hernández. Provincia de Alicante, España.
- Terol, M., López, S., Neipp, M., Rodríguez, J., Pastor, M. y Martín-Aragón, M. 2004. Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. Anuario de Psicología 35 (1): 23-45.
- Tiburcio, M. s.f. Instrumentos de evaluación del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema en: Desarrollo y evaluación de intervenciones preventivas para comportamientos adictivos en comunidades urbanas y rurales de México, proyecto financiado por CONACYT pp. 87-157. [Sitio en internet] Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/beb_III.pdf Consultado el: 11 de febrero de 2016

- Tristán, A. s.f. Rasch análisis: Glosario Español. [Sitio en internet] Disponible en: <http://www.rasch.org/rmt/glosario.htm>. Consultado el: 15 de Julio de 2017
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) 2016. Informe mundial sobre las drogas: Resumen Ejecutivo. UNODC Research. Estados Unidos.
- Vallejo, G. 1992. Técnicas multivariadas aplicadas a las ciencias del comportamiento. Universidad de Oviedo. Oviedo, España.
- Velásquez, A. 2012. Revisión histórico-conceptual del concepto de autoeficacia. Revista Pequeño 2012 2 (1): 148-160.
- Vera, J. 2004. Factores sociales y psicosociales asociados al consumo de drogas entre escolares de colegios rurales de la RM de Chile. Diplomica Verlag GmbH. Chile.
- Wayne, R. y Robert, N. 2005. Administración de recursos humanos. Pearson Educación. Ciudad de México
- Yarías, J. 2005. Drogas: escuela, familia y prevención (1ra ed.). Bonum Editorial y Librería. Buenos Aires, Argentina.
- Zapata, M., Rojas, M. y Gómez, M. 2010. Modelado de la relación de confianza: profesor-estudiante en la docencia universitaria. Educ. Educ. 13 (1): 77-90.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de Autoeficacia en el Consumo de Drogas

Instrucciones. A continuación, se te presenta una serie de situaciones y emociones que pudieron haberte llevado al consumo de drogas en el pasado, o bien, te pueden llevar a consumir en el futuro. Marca con una **X** la respuesta que más se acerque a cómo te sientes.

¿Qué tan seguro te sientes de poder evitar el consumo en el futuro si...	Nada seguro	Poco seguro	Seguro	Muy seguro
1- Sientes Felicidad				
2- Sientes Relajación				
3- Sientes Emoción				
4- Sientes Diversión				
5- Sientes Rechazo				
6- Sientes Culpa				
7- Sientes Tristeza				
8- Sientes Soledad				
9- Sientes Fracaso				
10- Sientes Frustración				
11- Sientes Enojo				
12- Sientes Estrés				
13- Sientes Temblor				
14- Sientes Falta de Energía				
15- Te sientes Enfermo				
16- Sientes Nauseas				
17- Sientes Insomnio				
18- Sientes Dolor de Cabeza				
19- Sientes Dolor Físico				
20- Sientes Sueño				
21- Sientes Ansiedad				
22- Recuerdas la sensación de la Droga				
23- Deseas Aumentar tu Placer Sexual				
24- Crees que puedes consumir sin volverte adicto				
25- Quieres demostrar que la droga ya no es un problema para ti				
26- Necesitas valor para enfrentar a los demás				
27- Quieres pasar un buen rato con tus amigos				
28- Quieres acercarte a una persona				
29- Que decepcionaste a tu familia				
30- No te llevas bien con los demás				
31- Peleas con los demás				
32- Te tratan injustamente				

Anexo 2. Escala de Apoyo Social Percibido

A continuación, se te presentan una serie de situaciones ante las cuales puedes o no sentirte apoyado por diferentes personas. Por favor, marca con una X en la opción (Si) o (No), según lo que tú pienses sobre el apoyo que recibes:

- 1- ¿Has sentido el apoyo de tu FAMILIA para evitar el consumo cuando te sientes bien emocionalmente? Si() No() **¿Por qué lo piensas así?**
- 2- ¿Has sentido el apoyo de tus AMIGOS para evitar el consumo cuando te sientes bien emocionalmente? Si() No() **¿Por qué lo piensas así?**
- 3- ¿Has sentido el apoyo del PERSONAL DEL CENTRO para evitar el consumo cuando te sientes bien emocionalmente? Si() No() **¿Por qué lo piensas así?**
- 4- ¿Has sentido el apoyo de ALGUIEN MÁS para evitar el consumo cuando te sientes bien emocionalmente? Si() No() **¿Por qué lo piensas así?**
- 5- ¿Has sentido el apoyo de tu FAMILIA para evitar el consumo cuando te sientes mal emocionalmente? Si() No() **¿Por qué lo piensas así?**
- 6- ¿Has sentido el apoyo de tus AMIGOS para evitar el consumo cuando te sientes mal emocionalmente? Si() No() **¿Por qué lo piensas así?**
- 7- ¿Has sentido el apoyo del PERSONAL DEL CENTRO para evitar el consumo cuando te sientes mal emocionalmente? Si() No() **¿Por qué lo piensas así?**
- 8- ¿Has sentido el apoyo de ALGUIEN MÁS para evitar el consumo cuando te sientes mal emocionalmente? Si() No() **¿Por qué lo piensas así?**
- 9- ¿Has sentido el apoyo de tu FAMILIA para evitar el consumo cuando te sientes mal físicamente? Si() No() **¿Por qué lo piensas así?**
- 10- ¿Has sentido el apoyo de tus AMIGOS para evitar el consumo cuando te sientes mal físicamente? Si() No() **¿Por qué lo piensas así?**

- 11- ¿Has sentido el apoyo del PERSONAL DEL CENTRO para evitar el consumo cuando te sientes mal físicamente? **Si() No() ¿Por qué lo piensas así?**
- 12- ¿Has sentido el apoyo de ALGUIEN MÁS para evitar el consumo cuando te sientes mal físicamente? **Si() No() ¿Por qué lo piensas así?**
- 13- ¿Has sentido el apoyo de tu FAMILIA para evitar el consumo cuando tienes algún problema personal? **Si() No() ¿Por qué lo piensas así?**
- 14- ¿Has sentido el apoyo de tus AMIGOS para evitar el consumo cuando tienes algún problema personal? **Si() No() ¿Por qué lo piensas así?**
- 15- ¿Has sentido el apoyo del PERSONAL DEL CENTRO para evitar el consumo cuando tienes algún problema personal? **Si() No() ¿Por qué lo piensas así?**
- 16- ¿Has sentido el apoyo de ALGUIEN MÁS para evitar el consumo cuando tienes algún problema personal? **Si() No() ¿Por qué lo piensas así?**
- 17- ¿Has sentido el apoyo de tu FAMILIA para evitar el consumo cuando tienes algún problema con otras personas? **Si() No() ¿Por qué lo piensas así?**
- 18- ¿Has sentido el apoyo de tus AMIGOS para evitar el consumo cuando tienes algún problema con otras personas? **Si() No() ¿Por qué lo piensas así?**
- 19- ¿Has sentido el apoyo del PERSONAL DEL CENTRO para evitar el consumo cuando tienes algún problema con otras personas? **Si() No() ¿Por qué lo piensas así?**
- 20- ¿Has sentido el apoyo de ALGUIEN MÁS para evitar el consumo cuando tienes algún problema con otras personas? **Si() No() ¿Por qué lo piensas así?**