

Construcción de la escala tiempo prolongado de tratamiento en recuperación de trastornos por consumo de sustancias en población mexicana

Construction of the scale prolonged time of treatment in recovery of disorders due to substance use in mexican population

ALEXIS AMELIO FERNÁNDEZ FLORES, ALBERTO CASTRO VALLES,
MARÍA NIEVES GONZÁLEZ VALLES, OSCAR ARMANDO ESPARZA DEL VILLAR

RESUMEN: Introducción: Las personas con trastornos por consumo de sustancias requieren múltiples episodios de tratamiento prolongados y atención continua (TAP) durante varios años para alcanzar una recuperación estable. En México, se observa escasez de instrumentos validados para monitorear el impacto de este predictor TAP en la recuperación de dichos trastornos. **Objetivo:** Determinar la validez de contenido y de constructo de un instrumento que mida el predictor TAP durante la recuperación de trastornos por consumo de sustancias en población mexicana. **Método:** estudio instrumental aplicado a una muestra total por conveniencia de 87 individuos. La validez de contenido se determinó mediante juicio de expertos, validez de constructo a través de análisis factorial de componentes principales con rotación varimax y análisis confirmatorio. **Resultados:** la validez de contenido determinada a través de porcentaje de concordancia entre expertos fue aceptable (IC=0.77). Se reportó una adecuada consistencia interna de .83, índices de adecuación muestral KMO y especificidad de Bartlett (KMO= .809, $X^2 = 520.409$, sig.= .000). La estructura interna de tres factores mostró una varianza explicada de 66.68% y el modelo ajusto satisfactoriamente (CMIN/DF = 1.102, RMSEA =0.03, TLI= 0.98, CFI = 0.98, AIC= 135.998). **Discusión y conclusión:** El instrumento cuenta con validez de contenido y constructo. Constituye una herramienta útil dentro del área clínica para medir de manera cuantificada el predictor TAP y su impacto en la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias en población mexicana. No obstante, sugerimos una segunda administración en una muestra mayor de participantes para garantizar criterios de mayor rigurosidad estadística en las propiedades métricas del instrumento.

Palabras clave: validez de contenido, validez de constructo, tiempo de tratamiento prolongado y atención continua, recuperación, trastorno por consumo de sustancias.

ABSTRACT: Introduction: People with substance use disorders require multiple episodes of prolonged treatment and continuing care (TAP) over several years to achieve a stable recovery. In Mexico, there is a scarcity of validated instruments to monitor the impact of this TAP predictor on recovery from said disorders. **Objective:** To determine the content and construct validity of an instrument that measures the PAD predictor during recovery from substance use disorders in the Mexican population. **Method:** instrumental study applied to a total convenience sample of 87 individuals. Content validity was determined through expert judgment, construct validity through principal component factor analysis with varimax rotation, and confirmatory analysis. **Results:** the content validity determined through the percentage of agreement between experts was acceptable (IC=0.77). An adequate internal consistency of .83, KMO sample adequacy indices and Bartlett specificity (KMO= .809, $X^2 = 520.409$, sig.= .000) were reported. The internal structure of three factors showed an explained variance of 66.68% and the model fitted satisfactorily (CMIN/DF = 1.102, RMSEA =0.03, TLI= 0.98, CFI = 0.98, AIC= 135.998). **Discussion and conclusion:** The instrument has content and construct validity. It constitutes a useful tool within the clinical area to quantify the PAD predictor and its impact on recovery from substance use disorders in the Mexican population. However, we suggest a second administration in a larger sample of participants to guarantee criteria of greater statistical rigor in the metric properties of the instrument.

Keywords: content validity, construct validity, prolonged treatment time and continuing care, recovery, substance use disorder.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con datos de la Oficina de Naciones Unidas en Drogas y Crimen [UNODC], (2022) aproximadamente 275 millones de individuos en el mundo en edades comprendidas entre los 15 y 64 años (5.5% de la población mundial) reportaron haber consumido drogas una ocasión en su vida en el año 2019. De esta cantidad de individuos que tuvieron contacto al menos una vez en su vida con sustancias psicoactivas, uno de cada ocho consumidores requirió tratamiento por presentar un trastorno por consumo de sustancias (Oficina de Naciones Unidas en Drogas y Crimen [UNODC], 2021a).

Estudios posteriores documentaron que solo el 13% de las personas diagnosticadas con trastornos por consumo de drogas acudieron a recibir algún tipo de tratamiento en el año 2020, el resto de los usuarios no buscó tratamiento por considerar que no presentaban ninguna problemática asociada al consumo dependiente (Volkow, 2022). Esto, a pesar de que diversos informes internacionales reportan cada año que el consumo de drogas se asocia de manera significativa con una disminución en la esperanza de vida y costos relacionados con la justicia penal, el bienestar social y otras consecuencias sociales (UNODC, 2020, 2021c).

Estas elevadas cifras de percepción deficiente en torno a la búsqueda de ayuda terapéutica es una de las causas que más obstaculiza la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias a largo plazo, originando a su vez numerosas muertes por casos de sobredosis (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMSHA], 2020). No obstante, a pesar de lo demorado en décadas que puede ser alcanzar una abstinencia sostenida y las nefastas consecuencias que entraña un consumo crónico en la salud de la persona (Kelly et al., 2019; Laudet, 2013; McQuaid et al., 2017). En años recientes diversos estudios empíricos reportan un número creciente de exusuarios que alcanzan la recuperación estable en trastornos por consumo de sustancias (Barnett et al., 2021; Beckwith et al., 2019; Groshkova et al., 2012; Webb et al., 2022; Wenaas et al., 2021).

Precisamente, uno de los predictores que mayor consistencia demuestra para facilitar dicha recuperación a largo plazo es la estancia prolongada en instituciones de rehabilitación y la posterior adherencia comprometida en cuidados de atención continua (Costello et al., 2019; Gossop et al., 2003; McKay et al., 1998; Teesson et al., 2017). Modalidades de tratamiento como los basados en programas de Comunidad Terapéutica reflejan evidencia contundente, sobre como luego de una permanencia prolongada dentro de estos contextos de rehabilitación se puede reducir el consumo de manera significativa (García-Llaneza, 2009; De León, 2010; Pitts & Rowdy, 2010).

Gogeochea-Trejo, (2017) en un estudio realizado con un total de 34 consumidores internados en un contexto comunitario, documenta que hasta 18% de los participantes mantuvieron el cese del consumo después de tres meses del egreso. Aunque, el mismo estudio reporta que la disminución del consumo se incrementó hasta 69%, luego de doce meses de estancia en este tipo de instalaciones de rehabilitación (Gogeochea-Trejo, 2017).

Otro estudio longitudinal prospectivo de 132 adultos que recibieron tratamiento en el contexto de comunidad terapéutica (Dingle et al., 2015) informaron que en el 76% de los que permanecieron en el tratamiento disminuyeron la fuerza de la identidad de usuario, mientras que la identidad de recuperación aumentó en un 64%. Este aumento de la recuperación frente a la desidentificación del usuario con el tiempo representó el 33-50% de la variación en el consumo de alcohol y bienestar en el seguimiento (Dingle et al., 2015). Por su parte, en una revisión sistemática realizada por Vanderplasschen et al. (2013) los autores notificaron que las tasas de recaída más bajas generalmente se asociaron con una exposición al tratamiento más prolongada (duración de la estadía en el tratamiento/retención), y con la participación en la atención posterior (De León et al., 2000; Nielsen et al., 1996; Bale et al., 1984).

Sobre este último elemento mencionado (atención continua), diversos estudios señalan que la atención continua constituye uno de los principales ingredientes activos dentro de la recuperación sostenida a largo plazo (Costello et al., 2019; Dennis et al., 2014; Dennis & Scoot, 2007; Lappan, 2020; Kelly et al., 2019; Kelly, 2020). De hecho, aquellos usuarios que se abstienen durante al menos 1 año asisten aproximadamente a 20 veces más reuniones de alcohólicos anónimos que aquellos que no logran la abstinencia a largo plazo (Weiss et al., 2005). Estos datos comparativos muestran que el mayor riesgo de volver a la adicción activa ocurre durante este primer tiempo, por lo que resulta imprescindible una atención continua intensa durante este primer periodo (Abdullah et al., 2020; Atadokht et al., 2015; Rahim, et al., 2005; Sannibale et al., 2003).

Ahora bien, para medir cuantificadamente el predictor tiempo de tratamiento prolongado y atención continua la literatura documenta varios instrumentos validados en diferentes países (tabla 1) (Greenfield, & Tonigan, 2013; Kim et al., 2021; Klein et al., 2011; Polcin et al., 2021; Shimane & Misago, 2014, Weiss et al., 1996). Sin embargo, en el caso de México ninguno de estos instrumentos reporta evidencia empírica de adaptaciones o evaluaciones estandarizadas para examinar su pertinencia a esta población. De hecho, la consulta bibliográfica realizada a nivel nacional solo identifica escalas validadas que evalúan algunos factores asociados a la recuperación, pero, ninguno de los instrumentos examinados mide el factor tiempo de tratamiento prolongado y atención continua (Callejas, 2011; Ortiz & Vega, 2020; Torres et al., 2018).

Esta limitación refleja la necesidad de construir nuevos instrumentos específicos acordes a las características sociodemográficas de las personas que presentan trastorno por uso de sustancias en el país. Por consiguiente, los encuadres teóricos sobre los que partimos para delimitar conceptualmente el constructo que se deseamos medir, definen que el tiempo de tratamiento prolongado y atención continua es el tiempo mínimo de permanencia que se necesita para finalizar un tratamiento intensivo y alcanzar la modificación de aquellas conductas adictivas por las cuales el usuario inicio su participación en un programa de rehabilitación. Este periodo incluye mantener un cuidado regular (posterior) y a largo plazo después de haber recibido un tratamiento intensivo (Gossop et al., 2003; Hambley et al., 2010).

TABLA 1. Escalas validadas de estancia prolongada y atención continua en diferentes países.

Autores	País	Variable medida	Participantes	Principales hallazgos y propiedades psicométricas
Klein et al., 2011	Estados Unidos	Aprobación de creencias de 12 pasos y puesta en práctica	300 adultos jóvenes	<ul style="list-style-type: none"> - La validez convergente demostró relaciones con escalas de actitudes de tratamiento, expectativas de doce pasos y compromiso con la sobriedad. - La validez predictiva demostró una relación entre la puntuación total de la escala a los 3 meses posteriores al tratamiento y el porcentaje de días de abstinencia a los 6 meses. - Consistencia interna de 0.91.
Kim et al., 2021	Canadá	conciencia de enfermedad	99 participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuada validez convergente ($r = 0.88$, $p < 0.001$) y discriminante con medidas de reconocimiento de enfermedades y estados afectivos, respectivamente. - Consistencia interna (α de Cronbach = 0.89). - Fiabilidad test-retest de un mes (correlación intraclass = 0.84).
Polcin et al., 2021	Estados Unidos	Asociaciones con la duración de la estancia y el consumo de sustancias		<ul style="list-style-type: none"> - Las alfas de Cronbach para la escala completa y las subescalas de apoyo para la recuperación y habilidades de recuperación fueron 0.91, 0.89 y 0.87, respectivamente. - La validez predictiva de la escala se basó en asociaciones con la duración de la estancia y el consumo de sustancias.
Shimane & Misago, 2014	Japón	Autoayuda en personas con trastorno por consumo de sustancias	164 sujetos	<ul style="list-style-type: none"> - La validez discriminante de la escala DASH fue respaldada por un aumento significativo con el período expuesto del programa de autoayuda. - La evidencia respalda que la escala DASH fue posible para medir la recuperación en el programa de autoayuda.
Weiss et al., 1996	Estados Unidos	Autoayuda semanal	519 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - alfa de Cronbach fue 0.81 para dimensión de Alcohólicos Anónimos. - alfa de Cronbach fue 0.85 para dimensión de Narcóticos Anónimos. - alfa de Cronbach fue 0.78 para CA. - 54% de asistencia a autoayuda iniciaron la abstinencia, mientras que sólo el 40% de las personas que no asistieron a grupos de autoayuda iniciaron la abstinencia.
Greenfield, & Tonigan, 2013	Estados Unidos	Trabajo con 12 pasos y recuperación	130 participantes	<ul style="list-style-type: none"> -El análisis factorial exploratorio reveló una estructura de dos factores para el instrumento GAATOR que comprende el trabajo de pasos conductuales y el trabajo de pasos espirituales. -De manera general, el trabajo de 12 pasos predijo el uso posterior de sustancias. -El trabajo de pasos conductuales no pudo predecir prospectivamente el consumo de sustancias -En contraste, el trabajo de pasos espirituales predijo el porcentaje de días de abstinencia.

El tiempo de tratamiento que se recomienda, por lo general es de 90 días, además, se sugiere una asistencia mínima dos veces por semana después haber recibido el tratamiento intensivo hasta alcanzar la recuperación estable de cinco años (NIDA, 2021; Sobell et al., 2000). La asistencia frecuente a sesiones de atención continua ayuda a las personas para mantener actualizadas las ganancias obtenidas del tratamiento anterior, al tiempo que ofrece apoyo adicional para la recuperación el tratamiento de adicciones. En otras palabras, el tiempo de tratamiento no termina con la finalización del programa residencial inicial (Ito & Donovan, 1986; McKay et al., 2004).

Como hemos observado, la evidencia empírica documenta que, dada la naturaleza crónica de los trastornos por consumo de sustancias es necesario participar de manera comprometida en programas de estancias prolongadas y cuidados posteriores de atención continua para alcanzar una recuperación sostenida. En el plano internacional, diversos instrumentos reportados evalúan de manera objetiva este proceso, sin embargo, en el caso de México se identifica la necesidad de estandarizar en población clínica con trastorno por consumo de sustancias este tipo de escalas. Este estudio pretende responder a la demanda anteriormente expresada, trazándose como objetivo: Determinar la validez de contenido

y de constructo de un instrumento que mida el predictor tiempo prolongado de tratamiento y de atención continua durante la recuperación de trastornos por consumo de sustancias en población mexicana.

MÉTODO

Diseño y participantes

Se diseñó un estudio instrumental, frecuentemente utilizado en la presentación de trabajos psicométricos (Ato et al., 2013). Contó con un número de entre cinco a diez participantes por ítems según lo recomendado por la literatura (Nunally & Bernstein, 1995). Se siguieron las normas de desarrollo y revisión de estudios instrumentales indicados por Pérez & Carretero-Dios (2005) y Lloret-Segura et al. (2014). Se reclutaron 87 participantes provenientes de seis centros de rehabilitación residencial mediante una selección muestral por conveniencia. Los datos fueron obtenidos en el periodo septiembre-octubre del 2022 en Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

La edad promedio de los participantes fue de 30.72 años (D.E= 12.34), 63.2% eran hombres, 36.8% mujeres, 78.2% solteros, 21.8% en unión libre o casados, 62.1% con hijos y 37.9% sin hijos. El 54.0 % tenía un nivel de escolaridad secundaria, 27.6% preparatoria, 12.6% primaria y 5.7% universidad. El 56.3% eran consumidores de metanfetaminas, 16.1% consumidores de cannabis, 9.2% consumidores de cocaína, 9.2% consumidores de alcohol, 5.7% consumidores de heroína 5.7% y 3.4% consumidores de psicotrópicos.

Los criterios de inclusión utilizados fueron los siguientes: presentar un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancia (sea hombre o mujer), presentar una edad mayor a 18 años, acceder al llenado del formato de consentimiento informado, voluntariedad para participar en el pilotaje, capacidad para comprender, hablar y escribir normalmente, encontrarse recibiendo tratamiento o haberlo concluido y mantenerse acudiendo a las sesiones de cuidado posterior, y completar el llenado del instrumento. Como criterios de exclusión se utilizó: ser adolescente o presentar una edad menor a 18 años, no desear participar en el proceso e incapacidad de comprensión, comunicación o escritura imposibilitando el completamiento de las pruebas psicológicas, no haber llenado completamente el instrumento administrado.

Instrumento

El instrumento diseñado mide 2 factores relacionados con la duración del tratamiento intensivo (DTI) y la adherencia al cuidado continuo (ACC). El factor DTI está compuesto por dos indicadores: 1) tratamientos a corto plazo menores a 3 meses con 5 ítems y 2) tratamientos prolongados mayores a 3 meses con 3 ítems. El factor ACC está compuesto por tres indicadores: 1) necesidad de cuidados posteriores o atención continua con 11 ítems, 2) pensamientos de aceptación vs autoengaño o negación con 9 ítems y 3) frecuencia participativa en atención continua con 3 ítems. La escala presenta un formato tipo Likert con cinco alternativas de respuestas que asumen un valor entre 1 a 5, 1 equivale a la respuesta "totalmente en desacuerdo" y 5 corresponde a la respuesta "totalmente de acuerdo". En total

la prueba presenta 31 reactivos, 8 reactivos corresponden al factor DTI y 23 reactivos corresponden al factor ACC.

Fases en la construcción del instrumento

Los ítems de la escala fueron elaborados siguiendo la ruta de validación que se describe a continuación: 1) Justificación del estudio exponiendo razones por las cuales era necesario crear un nuevo instrumento, su viabilidad, pertinencia, fenómeno que se mediría y población a la que se dirigiría; 2) Delimitación conceptual del constructo objeto de evaluación expresado en la elaboración de tabla de especificaciones o matriz de contenido; 3) redacción y evaluación cualitativa de reactivos mediante el juicio de expertos; 4) resultados del análisis estadístico de los ítems por medio de la estimación de alfa de Cronbach y valores de correlación de cada reactivo con el total; 5) evidencias empíricas de la estructura interna de la prueba mediante un análisis de componentes principales (ACP), en lugar del análisis factorial exploratorio (AFE) y análisis factoriales confirmatorios (AFC); 6) Estimación de la fiabilidad una vez que se obtuvo el agrupamiento "definitivo" de ítems por componente sobre la escala finalmente delimitada y no sobre formas experimentales previas (Lloret-Segura et al., 2014; Pérez & Carretero-Dios, 2005).

Consideraciones éticas

El actual estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación perteneciente a la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ), y tomo en cuenta los lineamientos éticos y jurídicos que se reflejan en normas oficiales mexicanas para el trabajo en el campo investigativo con seres humanos y de adicciones (NOM-012-SSA3-2012; NOM-028-SSA2-2009). Mediante el consentimiento informado se notificó a los participantes sobre los objetivos del estudio, el resguardo de la confidencialidad de los datos a través del anonimato de su identificación y dirección residencial, el carácter voluntario de su participación y la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que desearan, sin que esto afectase su relación con la institución donde recibían tratamiento. La información recopilada se enfatizó que sería empleada solo con fines científicos.

Análisis estadísticos

Para examinar las propiedades psicométricas de la escala construida "Tiempo necesario de tratamiento para la recuperación" se utilizó el programa IBM SPSS Statistics (versión 26.0) y el programa AMOS Graphics (versión 24.0). Se utilizaron la prueba de distribución muestral de Kolmogórov-Smirnov ($p < 0.05$), correlaciones de Rho de Spearman, distribución de frecuencias, consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach, análisis factoriales de componentes principales y rotación ortogonal varimax para determinar la estructura factorial y análisis factorial confirmatorio.

RESULTADOS

Validación de contenido del instrumento

Para la elaboración de esta escala se construyeron 81 reactivos originalmente, sin embargo, durante esta primera

fase de validez de contenido mediante procesos de jueces se consideraron solo 31 reactivos de 81 ítems propuestos. Se descartaron 50 reactivos por considerarse que, aunque evaluaban procesos asociados al constructo tiempo de tratamiento prolongado y atención continua, no representaban de manera totalmente pertinente el concepto que deseaba ser evaluado. Dos expertos con formación académica de doctorado en psicología, más de 5 años de experiencia en investigaciones instrumentales y 40 horas o más preparación en la temática de trastorno por consumo de sustancia (grado de conocimiento y habilidades) asumieron la tarea de juzgar la redacción de cada uno de los reactivos para que fuesen comprendidos.

Se les entregó una planilla con todos los ítems construidos y cinco alternativas de respuestas equivalentes a cinco puntos (de 1 hasta 5), donde debían señalar en qué medida se encontraban *de acuerdo o desacuerdo* con la redacción de los reactivos, el puntaje 1 equivalía a “totalmente en desacuerdo” y el puntaje 5 equivalía a “totalmente de acuerdo”. Si alguno de los expertos consideraba que la redacción de algún ítem había sido inadecuada se les proporcionó un espacio para que realizaran algunas modificaciones y sugerencias con respecto a cada reactivo. En base a sus criterios se estableció el acuerdo inter-jueces mediante cálculos de confiabilidad a través de kappa.

Los resultados obtenidos en kappa fueron deficientes, evidenciaron que la variabilidad obtenida en las calificaciones obtenidas de ambos expertos para cada ítem fue baja (kappa = -0.053, 95% IC= [0.96-0.86]). Esta similitud de calificaciones otorgada a cada reactivo por ambos expertos generó el inconveniente denominado ‘problema de la tasa base’ y/o sensibilidad a la ‘verdadera prevalencia’ en los datos. Según Morris et al., (2007) cuando se presenta el inconveniente de verdadera prevalencia en una población, ya sea siendo una prevalencia alta o baja, el acuerdo esperado por casualidad aumenta y la magnitud de kappa disminuye.

En el caso de este estudio, los resultados indicaron que el índice de kappa tendía a ubicarse próximo a 0 a pesar del alto porcentaje de concordancia observado. Ante este inconveniente, se optó por llevar a cabo la confiabilidad inter-evaluadores utilizando solo el porcentaje de concordancia entre ambos expertos (IC= 0.77). De acuerdo con la pauta encontrada en la literatura, los niveles de acuerdo mediante porcentaje deben alcanzar el 70% o más para ser considerados aceptables (Stemler, 2004). Por último, con relación a los reactivos donde surgieron discrepancias entre los evaluadores y se sugirieron recomendaciones de redacción, se llegó a la conclusión mediante una discusión con ambos expertos de modificar la escritura de reactivos defectuosos, pero, no proceder a su eliminación. Esto debido a que se estimó más pertinente probar su adecuación posterior mediante análisis estadísticos de los ítems y procedimientos de validez de constructo.

Análisis estadísticos de reactivos

La tabla 2 presenta el análisis de estadístico de los reactivos construidos que conforman el instrumento. Para este análisis estadístico de los reactivos se tomó en cuenta el valor de

modificación del estadístico al eliminar el reactivo y las correlaciones ítem-total corregidas que sobrepasaron el valor de 0.30. De los 31 reactivos analizados se eliminaron 8 ítems (ítem 2, 4, 5, 21, 22, 23, 27, 28), reportando la escala una consistencia interna de $\alpha = .91$, con 23 reactivos. Luego de eliminar los elementos de menor consistencia, los valores de confiabilidad observados se ubicaron dentro de una propuesta de rango que según diversos autores se considera satisfactoria al ser igual o superior a .70 (Nunnally, 1978; Tavakol & Dennik, 2011).

Validez de constructo: análisis de componentes principales.

Antes de ejecutar la validez inicial de constructo, además de realizar procedimientos descriptivos para analizar las frecuencias de valores perdidos en cada reactivo, también se observó una distribución no normal, determinada mediante la prueba de distribución Kolmogórov-Smirnov ($p > 0.05$). En lo sucesivo las técnicas estadísticas utilizadas fueron de corte no paramétrico. En los resultados obtenidos mediante las correlaciones bivariadas de Rho de Spearman, la mayoría de las relaciones de los ítems reportaron valores con tendencia a índices de correlación moderados ubicados en un intervalo de 0.30-0.70 (Reyes Lagunes & García, 2008).

Una vez precisado el intervalo de correlaciones establecido entre los ítems, así como la depuración de reactivos que se obtuvo mediante el alfa de Cronbach. Se procedió a realizar el análisis de componentes principales, con rotación ortogonal Varimax y estimación de factores con saturaciones de ítems arriba de .40 (Stevens, 1992). Los índices de correlaciones moderadas justifican el empleo de una rotación ortogonal varimax para simplificar la interpretación de los factores, con el fin de minimizar al máximo el número de variables dentro de cada factor y mantener los ítems más representativos (Gorsuch, 1983; Reyes Lagunes & García, 2008).

Los reactivos que mostraron un peso factorial inferior a .40 se eliminaron, al considerarse que contribuían poco a la explicación de la varianza del factor. De hecho, un valor arriba de 0.40 permitió interpretar de mejor manera la saturación de los ítems, especialmente, porque se estaban realizando análisis factoriales con muestras inferior a 300 participantes, recomendándose que los ítems que no superen ese valor tienden a ser eliminados del análisis (Lloret-Segura et al., 2014; Hair et al., 1999).

Concretamente, el análisis de componentes principales (ACP) realizado para determinar la estructura interna de los 23 reactivos mantenidos, demostró una sólida viabilidad para determinar la validez mediante procedimientos factoriales, tomando como referencia que los valores altos entre 0.50 y 1.0 muestran un análisis factorial apropiado (Cerny & Kaiser, 1977). Los puntajes de Kaiser Meyer Oklin (KMO) indicaron una medida de adecuación muestral satisfactoria y aceptable interdependencia o correlaciones parciales entre los ítems para realizar la factorización (Hair et al., 2009). Conjuntamente, el nivel de significancia de $p < .001$ en la Esfericidad de Bartlett mostró ajuste del modelo, al adoptar como criterio satisfactorio la $p \leq 0.05$, confirmándose la presencia de correlaciones parciales significativas entre los reactivos y la posibilidad de factorizar (KMO= .809, $X^2 = 520.409$, sig.= 0.00) (Martínez et al., 2018).

TABLA 2. Porcentaje de concordancia entre evaluadores expertos.

Reactivos	Grado de acuerdo		Diferencia
	Experto 1	Experto 2	
1. Mayor duración en el tratamiento mejora la recuperación a largo plazo	5	4	1
2. Los tratamientos de 3 meses o más tiempo no ayudan en la recuperación a largo plazo	5	5	0
3. Los mejores resultados en la recuperación estable dependen de un tiempo adecuado de tratamiento	5	5	0
4. Los mejores resultados en la recuperación estable dependen de cada persona, dependen de sus necesidades	5	5	0
5. El tiempo mínimo que se requiere para iniciar una desintoxicación profunda es de 3 meses	5	5	0
6. Se necesitan de 6 a 12 meses de tratamiento permanente para lograr el inicio de una recuperación estable	4	5	-1
7. Se necesita un promedio de 2 a 4 años de tratamiento permanente para alcanzar una recuperación estable	5	4	1
8. Es necesario un tiempo de entre 18-24 meses para alcanzar la deshabitación completa del consumo de drogas	5	5	0
9. No hay tiempo específico para la recuperación. Alcanzar y mantener la recuperación te va a tomar toda vida	5	5	0
10. Siempre hay peligro de recaer, sin importar el tiempo que se lleve de recuperación	5	5	0
11. Soy una persona con problemas con el abuso de drogas, siempre va a existir la posibilidad o el riesgo de volver a consumir.	5	5	0
12. Continuar asistiendo al tratamiento, me ayuda a prevenir las recaídas	5	5	0
13. La clave para permanecer en recuperación es mantenerse en un contacto frecuente con la institución de rehabilitación	5	5	0
14. Mantenerse en un tratamiento continuo, me ayuda bastante en la recuperación	5	5	0
15. Considero que el tratamiento no finaliza cuando se concluye el programa de rehabilitación, siempre hay que mantenerse en tratamiento continuo para evitar la recaída	5	5	0
16. La drogadicción es una enfermedad crónica y necesita tratamiento permanente siempre	5	5	0
17. Abandonar el tratamiento y postratamiento, aumenta el riesgo de recaer nuevamente en el consumo de drogas	5	4	1
18. El tratamiento para alcanzar la recuperación dura toda la vida	5	5	0
19. Quienes asisten continuamente al tratamiento, no recaen. Reconocen su necesidad de continuar participando a largo plazo en los programas de rehabilitación	5	4	1
20. Quienes piensan que no se necesitan asistir de manera frecuente a encuentros de postratamiento, una vez que han finalizado el programa de rehabilitación, tienen más posibilidades de recaer nuevamente en el consumo	5	2	3
21. Definitivamente, no se puede volver al consumo de drogas luego de rehabilitarse sin tener complicaciones en la vida	5	4	1
22. No existe la posibilidad de recuperación, si se mantiene un consumo parcial de drogas	5	5	0
23. Puedo controlar el consumo de drogas por voluntad propia	5	5	0
24. Se puede controlar la adicción, si se prolonga el tiempo entre consumos y se reducen las cantidades	5	5	0
25. He intentado controlar el consumo de drogas, pero no puedo	5	5	0
26. Puedo detener el consumo de drogas cuando yo desee, por mí mismo, no necesito asistir a ningún tratamiento	5	5	0
27. Puedo volver a consumir después de un tiempo prolongado de recuperación, sin presentar problemas graves en la vida	5	5	0
28. Pensar que se puede volver a consumir drogas después de rehabilitarse sin tener complicaciones, es autoengañarse	5	5	0
29. Después de concluir el tratamiento, lo recomendado es asistir a los grupos de autoayuda todos los días de manera intensa durante al menos 3 años consecutivos.	5	5	0
30. Acudir como mínimo dos veces por semana a grupos de autoayuda, contribuye a mantener la recuperación a largo plazo.	5	5	0
31. Asistir dos o tres veces por semana como mínimo a prestar servicios de ayuda dentro de los programas de rehabilitación, protege frente a la recaída.	5	5	0
Numero de ceros			24
Numero de ítems			31
Porcentaje de acuerdo			77

Nota: Grado de acuerdo: 1 “totalmente en desacuerdo”, 2 “en desacuerdo”, 3 “neutral”, 4 “de acuerdo”, 5 “totalmente de acuerdo”.

TABLA 3. Análisis de reactivos de escala Tiempo necesario de tratamiento para la recuperación

Dimensiones	Indicadores\Reactivos	C.ITC*	Alfa si se elimina un reactivo
Duración del tratamiento intensivo	Tratamientos cortos de 3 meses		
	1. Mayor duración en el tratamiento mejora la recuperación a largo plazo	.534	.909
	3. Los mejores resultados en la recuperación estable dependen de un tiempo adecuado de tratamiento	.461	.911
	Tratamientos prolongados		
	6. Se necesitan de 6 a 12 meses de tratamiento permanente para lograr el inicio de una recuperación estable	.486	.910
	7. Se necesita un promedio de 2 a 4 años de tratamiento permanente para alcanzar una recuperación estable	.418	.911
	8. Es necesario un tiempo de entre 18-24 meses para alcanzar la deshabituación completa del consumo de drogas	.518	.910
Adherencia a cuidados posteriores	Necesidad de cuidados posteriores		
	9. No hay tiempo específico para la recuperación. Alcanzar y mantener la recuperación te va a tomar toda vida	.433	.912
	10. Siempre hay peligro de recaer, sin importar el tiempo que se lleve de recuperación.	.443	.911
	11. Soy una persona con problemas con el abuso de drogas, siempre va a existir la posibilidad o el riesgo de volver a consumir.	.449	.912
	12. Continuar asistiendo al tratamiento, me ayuda a prevenir las recaídas.	.645	.907
	13. La clave para permanecer en recuperación es mantenerse en un contacto frecuente con la institución de rehabilitación	.686	.907
	14. Mantenerse en un tratamiento continuo, me ayuda bastante en la recuperación	.663	.907
	15. Considero que el tratamiento no finaliza cuando se concluye el programa de rehabilitación, siempre hay que mantenerse en tratamiento continuo para evitar la recaída	.686	.906
	16. La drogadicción es una enfermedad crónica y necesita tratamiento permanente siempre.	.671	.906
	17. Abandonar el tratamiento y postratamiento, aumenta el riesgo de recaer nuevamente en el consumo de drogas.	.639	.907
	18. El tratamiento para alcanzar la recuperación dura toda la vida	.711	.905
	19. Quienes asisten continuamente al tratamiento, no recaen. Reconocen su necesidad de continuar participando a largo plazo en los programas de rehabilitación	.453	.911
	Pensamientos de aceptación vs autoengaño		
	20. Quienes piensan que no se necesitan asistir de manera frecuente a encuentros de postratamiento, una vez que han finalizado el programa de rehabilitación, tienen más posibilidades de recaer nuevamente en el consumo.	.691	.906
	24. Se puede controlar la adicción, si se prolonga el tiempo entre consumos y se reducen las cantidades	.357	.913
	25. He intentado controlar el consumo de drogas, pero no puedo.	.626	.901
	26. Puedo detener el consumo de drogas cuando yo desee, por mí mismo, no necesito asistir a ningún tratamiento.	.431	.912
	Frecuencia participativa		
	29. Después de concluir el tratamiento, lo recomendado es asistir a los grupos de autoayuda todos los días de manera intensa durante al menos 3 años consecutivos.	.440	.911
30. Acudir como mínimo dos veces por semana a grupos de autoayuda, contribuye a mantener la recuperación a largo plazo.	.514	.910	
31. Asistir dos o tres veces por semana como mínimo a prestar servicios de ayuda dentro de los programas de rehabilitación, protege frente a la recaída.	.551	.909	

Nota: Alfa de Cronbach $\geq .70$; C.ITC*: correlación ítem-total corregido.

TABLA 4. Cargas factoriales y comunalidades de escala Tiempo necesario de tratamiento.

Escala: Tiempo necesario de tratamiento para la recuperación				
Ítems	Factor 1 Adherencia a cuidados posteriores	Factor 2 Duración tratamiento intensivo	Factor 3 Aceptación versus autoengaño	C
12. Continuar asistiendo al tratamiento, me ayuda a prevenir las recaídas	.591			.443
13. La clave para permanecer en recuperación es mantenerse en contacto frecuente con la institución de rehabilitación	.796			.679
15. Considero que el programa no finaliza cuando se concluye el programa de rehabilitación, siempre hay que mantenerse en tratamiento continuo para evitar la recaída	.813			.713
16. La drogadicción es una enfermedad crónica y necesita tratamiento permanente siempre	.789			.701
17. Abandonar el tratamiento y postratamiento aumenta nuevamente el riesgo de recaer nuevamente en el consumo de drogas	.764			.617
18. El tratamiento para alcanzar la recuperación dura toda la vida	.714			.631
6. Se necesitan de 6 a 12 meses de tratamiento permanente para lograr el inicio de una recuperación estable		.846		.780
7. Se necesita un promedio de dos a cuatro años de tratamiento permanente para alcanzar una recuperación estable		.873		.785
8. Es necesario un tiempo de entre 18 a 24 meses para alcanzar la deshabituación completa del consumo de drogas		.842		.756
9. No hay un tiempo específico de recuperación. Alcanzar y mantener la recuperación va a tomar toda la vida			.706	.595
10. Siempre hay peligro de recaer, sin importar el tiempo que se lleve de recuperación			.825	.707
11. Soy una persona con problemas con el abuso de drogas, siempre va a existir la probabilidad o el riesgo de volver a consumir			.744	.596

Nota. método de extracción: análisis de componentes principales > .40; C: comunalidades.

Para determinar la retención de los factores, se tomó en cuenta el carácter gráfico de la prueba de sedimentación, aunque, como criterio esencial se consideró el de normalización de Kaiser que consiste en retener los factores cuyos índices de puntajes corresponden a valores propios iguales o superiores a la unidad (Ruiz & San Martín, 1994). Los tres factores obtenidos explicaron la varianza total en 66.68%. La elevada varianza acumulada da medida de que la prueba reproduce de manera aceptable la estructura original y el constructo teórico representado.

Análisis factorial confirmatorio

Se realizó un análisis factorial confirmatorio para replicar las estructuras originales encontradas en el análisis de componentes principales. Los indicadores estadísticos que se tomaron en consideración fueron: razón de chi cuadrado sobre los grados de libertad (CMIN/DF), índice de bondad comparativo (CFI), índice de Toker Lewis (TLI) y el error cuadrado de raíces medias (RMSEA). Como valores adecuados de estos indicadores se consideraron los siguientes: RMSEA ≤ .08-.05, CFI/TLI ≥ .90 y CMIN/DF ≥ 3.0 (Hu & Bentler, 1999). Además, se tomó en consideración el criterio de información de Akaike (AIC) para comparar diferentes modelizaciones

hasta quedarse con la de un menor índice como evidencia un mejor ajuste (los valores más bajos indican un modelo más parsimonioso) (Schumacker & Lomax, 2010).

La primera modelización indicó valores adecuados en todos los indicadores estadísticos establecidos con antelación (CFI/TLI ≥ 0.90, CMIN/DF ≥ 3.0), salvo en el RMSEA. A continuación, se procedió con la re-especificación del modelo para calibrar los indicadores estadísticos. Para la re-especificación se examinaron los índices de modificación y se establecieron covarianzas dentro de los mismos factores hasta alcanzar una reducción estadísticamente significativamente de la Chi-Cuadrado (CMIN/DF) (Hair et al., 1999). Tras la inclusión del parámetro de covarianza entre los errores de los ítems 12, 13 y los ítems 13,15 el modelo presentó un ajuste adecuado a los datos (tabla 5).

El modelo re-especificado también presentó coeficientes de regresión estandarizados entre los factores y entre los factores y los reactivos de cada uno de los 12 reactivos agrupados en tres factores. Las relaciones entre los factores fueron significativas y sus coeficientes de regresión estandarizado fueron superiores a 0.30 en un rango de 0.30 a 0.67. También se observaron valores significativos entre los reactivos y los

TABLA 5. Comparación de modelos teóricos según indicadores estadísticos de ecuaciones estructurales.

Modelos	Medidas de ajuste absoluto		Medidas de ajuste incremental		Medidas de ajuste de la parsimonia
	CMIN/DF	RMSEA	GFI	TLI	AIC
Modelo inicial	1.511	0.07	0.93	0.91	155.056
Modelo modificado	1.102	0.03	0.98	0.98	135.998

factores, que resultaron con coeficientes estandarizados en un rango de 0.47 a 0.84. La estructura interna del modelo confirmado con tres factores se sustenta en las saturaciones factoriales significativas dadas entre los factores y entre los factores y los reactivos (Figura 1).

Por último, por tratarse de una escala tipo Likert se seleccionó el análisis de consistencia interna que se emplea generalmente cuando se trata de instrumentos con formato likert: el alpha de Cronbach (Pérez & Carretero-Dios, 2005). Asimismo, por tratarse de un instrumento con un número de ítems

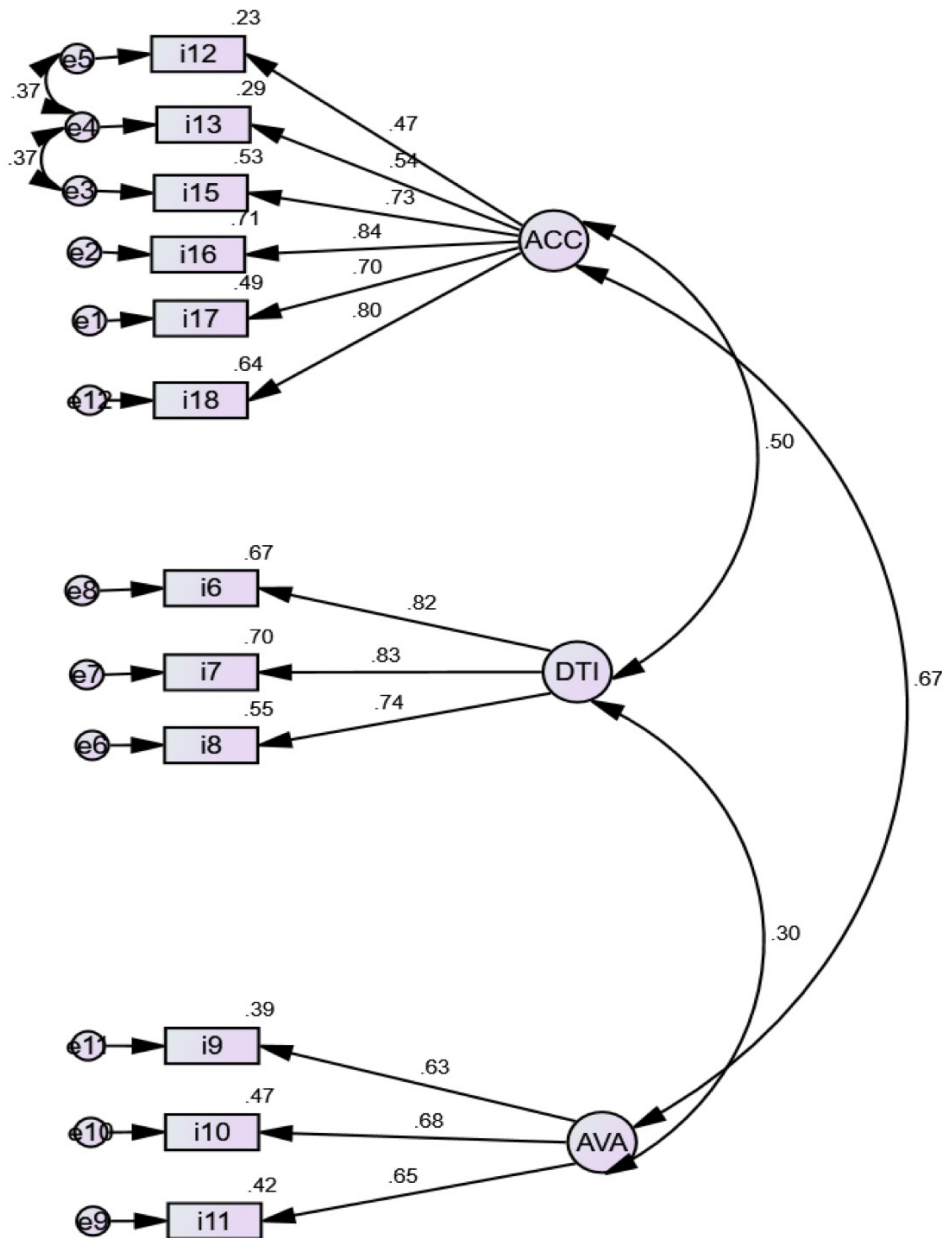


Figura 1. Coeficientes de regresión estandarizados entre los factores.

reducidos no se corre el riesgo de que el índice resultante sea artificialmente alto, este último argumento también justifica utilizar este tipo de análisis de consistencia (Argibay, 2006; Cortina, 1993). El alpha de Cronbach fue calculado tanto para el total de la escala como para cada faceta del constructo, dado que se trata de una prueba construida para medir fenómenos dentro de la Psicología Clínica y de la Salud (Pérez & Carretero-Dios, 2005). El factor “Adherencia a cuidados continuos” indicó un $\alpha = 0.85$, el factor “Duración tratamiento intensivo” indicó un $\alpha = 0.85$ y el factor “Aceptación versus autoengaño” indicó un $\alpha = 0.68$. El índice total de la escala reportó un $\alpha = 0.83$.

DISCUSIONES

El objetivo del presente estudio fue determinar la validez de contenido y de constructo de un instrumento que mida el predictor tiempo prolongado de tratamiento y de atención continua durante la recuperación de trastornos por consumo de sustancias en población mexicana. El estudio se realizó siguiendo las normas para el desarrollo y adaptación de instrumentos propuestos por Pérez & Carretero-Dios (2005) y Llores-Segura et al. (2014). En la validez de contenido, el porcentaje de concordancia alcanzado fue aceptable entre los jueces, a pesar de que el índice de kappa indicó valores deficientes debido a la poca variabilidad de las calificaciones dadas por ambos evaluadores en cada reactivo.

En cuanto a la validez de constructo se empleó el método de extracción por componentes principales (ACP) con rotación Varimax, por ser un método de fácil interpretación de la solución identificada (Cortina, 1993; Comrey, 1988). Mediante el ACP se asume que los reactivos que componen el instrumento pueden explicar la varianza en 100%, proyecta los datos de máxima varianza y elimina aquellas direcciones que aportan menos información de varianza, lo cual, garantiza la mínima pérdida de información (Sánchez Manga, 2012). En este tipo de método el primer componente tiene la varianza máxima y los componentes sucesivos explican porciones progresivamente más pequeñas de la varianza. Por su parte, a partir de los índices de correlaciones moderadas se utilizó una rotación ortogonal varimax para simplificar la interpretación de los factores, con el fin de minimizar al máximo el número de variables dentro de cada factor y mantener los ítems más representativos (Gorsuch, 1983).

En concreto, la escala presentó una estructura interna de tres factores con una varianza explicada por factores de 66.68%. La elevada varianza acumulada de más del 50 % da una medida de que el instrumento exitosamente el concepto teórico que está representando. En Ciencias Sociales es normal considerar como satisfactoria una solución que represente como mínimo el 60% de la varianza total (Hair et al., 2004). Respecto al tamaño de la muestra, vale señalar que los índices de adecuación muestral KMO y especificidad de Bartlett reportaron índices satisfactorios, próximos a 1 en el primero y significancia de .00 en el segundo. En particular, los valores superiores a 0.50 en el KMO muestran que este estudio la adecuación muestral de los datos no solo fue adecuada, sino que también todas las variables estimadas indican una porción de la varianza del modelo (Fiel, 2000).

En el análisis confirmatorio del estudio encontramos que hubo necesidad de re-especificar el modelo para alcanzar una calibración ajustada en los indicadores estadísticos CMIN/DF, CFI, TLI, RMSEA, AIC. El procedimiento principal que se utilizó para re-especificar el modelo fue el de la incorporación de covarianzas entre los errores de los ítems de un mismo factor mediante la revisión de índices de modificación. Luego de realizar los ajustes pertinentes la modelización reportó resultados adecuados. Los valores de CMIN/DF se ubicaron en índices menores a dos, según la literatura, valores entre dos y tres, o hasta una diferencia ≤ 5 , indican un buen ajuste del modelo (Hair, et al., 2014). Asimismo, $RMSEA \leq 0.06$, CFI y TLI > 0.90 o más deseable $\geq .95$ indicaron un buen ajuste del modelo (DiStefano et al., 2018; Lei & Wu, 2007). Por último, los coeficientes de regresión estandarizados obtenidos entre los factores y entre los factores y los reactivos fueron adecuados, sin embargo, en este parámetro se sugiere la necesidad de mejoría de las cargas factoriales en el caso de algunos ítems para estudios futuros.

Huelga destacar en relación al análisis confirmatorio llevado a cabo que, si bien se reconoce que numerosos estudios destacan como normalmente inapropiado realizar procedimientos factoriales confirmatorios sobre los mismos datos sobre los que se determinó una estructura factorial inicial mediante análisis factoriales exploratorios (o al presente caso mediante ACP) por provocar un alto riesgo de sobreajuste (Fokkema & Greiff, 2017). Otros autores consideran justificada la utilización de ambos análisis factoriales sobre una misma muestra (Fernández-Hernández et al., 2022).

De hecho, Schmitt et al. (2018) señalan que, aunque a menudo es preferible estimar un modelo AFE (en este caso ACP) y AFC con diferentes muestras, especialmente para la validación cruzada, es perfectamente aceptable ajustar diferentes modelos a los mismos datos con el fin de comprender mejor el proceso de generación de datos y la estructura de factores y que, adicionalmente, debe fomentarse, si cabe, cierta exploración y confirmación de la muestra en determinadas circunstancias (por ejemplo, un ajuste deficiente del modelo AFC).

Lo que si resulta absolutamente sorprendente es que, por un lado se considere correcto tomar una muestra, dividirla aleatoriamente en dos mitades y realizar un AFE con una de ellas para luego examinar la adecuación del modelo sobre la otra mitad (Fokkema & Greiff, 2017; Goretzko et al., 2019; Lloret-Segura et al., 2014). Mientras que desde otra perspectiva se critica duramente la utilización de un mismo conjunto de datos para realizar ambos análisis factoriales de manera continua.

Esto supone una incoherencia ya que la misma crítica que cabe hacer a la aplicación de un AFE (ACP en este caso) y un AFC sobre una misma muestra es igualmente pertinente para el caso en que se realiza la validación cruzada sobre dos subconjuntos del set de datos. En efecto, si la aleatorización de la partición funciona correctamente, se crean dos submuestras idénticas y, precisamente por ello, se han de obtener resultados similares. De hecho, las únicas diferencias que cabría detectar son las que surgen del proceso de aleatorización en la división

de los datos. Una validación cruzada requiere muestras independientes, no una misma muestra dividida en dos partes. Teniendo en cuenta lo anterior, sería más recomendable llevar a cabo el análisis sobre el total de los datos, sin obrar división alguna. La razón es que la recomendación de dividir la muestra conlleva una reducción del tamaño inicial, lo cual no es irrelevante si se tiene en cuenta que la mayoría de los estudios utilizan tamaños más pequeños que los exigidos por la regla general (Morgado et al., 2017). Estos argumentos son los que fueron tomados en cuenta para que en nuestro estudio realizásemos ambos análisis con un solo conjunto de datos. Además de que resultado de gran dificultad encontrar una muestra numerosa de participantes que pudiera ser dividida en dos mitades.

Respecto a las estructuras factoriales, estas indicaron índices de fiabilidad aceptables según la consistencia interna obtenida por cada factor y por la escala general. Los valores obtenidos se ubicaron entre el intervalo de 0.70 y 0.80, pero, sin sobrepasar rangos de 0.95 que pudieran interpretarse como problemas de infra-representación del constructo (Cortina, 1993). En esta línea, Pérez & Carretero-Dios (2005) enfatizan que la fiabilidad mínima calculada a través de la consistencia interna debe ser de 0.80 cuando se trata de instrumentos cuyo objetivo es el diagnóstico o la clasificación. El único factor que indicó un $\alpha = 0.68$ fue la faceta “Aceptación versus pensamientos de autoengaño o negación”. Sin embargo, autores Sturmey et al., (2005) consideran que un coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach aceptable puede ser mínimo de 0.60.

En cuanto al nombramiento de los factores, el 1 y 2 se denominaron “Adherencia a cuidados posteriores para la recuperación” y “Duración del tratamiento intensivo para la recuperación”. Los reactivos que componen esta parte inicial del instrumento hacen referencia a como la integración de una fase de tratamiento más intensiva y limitada en el tiempo, unida a una fase de atención continua subsiguiente menos intensiva pero prolongada, representa un componente de peso en la interiorización de una nueva identidad social asociada a la sobriedad (Costello et al., 2019). En ambas dimensiones, se mide el compromiso de los usuarios con la participación en los programas intensivos de rehabilitación a largo plazo, y el involucramiento activo que debe mantenerse en los cuidados posteriores para garantizar una recuperación estable (Dennis & Scott, 2007; Dennis et al., 2014).

Los usuarios que adquieren el compromiso de finalizar el programa y participar en los cuidados posteriores alcanzan una identidad de recuperación sostenida versus los que abandonan y recaen (Lappan et al., 2020). Según Timko & De Benedetti (2007) quienes asisten a una mayor cantidad de actividades de autoayuda, en especial de 12 pasos, logran hasta un 83% más de probabilidad de abstinencia en intervalos de seguimiento de 6 y 12 meses, contrario a los sujetos que no tienen esta participación y solo alcanzan un 26 % de probabilidad de abstinencia (Moons & Moons, 2006; Salisbury-Afshar & Kauppila, 2021). Una nueva revisión de la Colaboración Cochrane de 27 estudios rigurosos que inscribieron a un total de 10 565 personas con trastorno por consumo de alcohol respalda consistentemente los hallazgos anteriores y menciona, que Alcohólicos Anónimos genera

resultados relacionados con el alcohol tan buenos o mejores que una intervención psicosocial de alta calidad o como la terapia cognitivo-conductual (Kelly et al., 2020).

Con estos datos, la evidencia confirma que recibir varias formas de apoyo externo durante los primeros cinco años es altamente importante para mejorar la probabilidad de que las personas mantengan su recuperación (Dennis et al., 2014; Bassuk et al., 2016; Stanojlović & Davidson, 2021). Aunque, algunas propuestas enfatizan que no es necesario tanto tiempo, basta con una participación mínima de dos años para que se abra la posibilidad de que se arraiguen nuevos hábitos y conductas de consolidación en el mantenimiento de una red social libre de drogas, a pesar de que se haya producido o no una recaída (Hegelstad et al., 2012).

En escalas similares, diseñadas para evaluar la participación semanal en grupos de autoayuda, se reporta que las personas que asisten a estos grupos muestran significativamente hasta 55% más probabilidades de iniciar la abstinencia durante el siguiente mes en comparación con el 40 % de los que no asistieron (Weiss et al., 1996). Por otra parte, los autores de la “Escala de Afiliación y Prácticas de 12 pasos” (TSAPS) documentan en el estudio de validación de este instrumento, que la puntuación total de la escala TSAPS predice el porcentaje de días de abstinencia (PDA) a los 6 meses (Klein et al., 2011). Mientras, Kahler et al., (2005) en la validación del cuestionario “Expectativa de participación de 12 pasos” (TSPEQ) reportan que la evaluación de expectativas para la participación de 12 pasos representa un predictor relativamente robusto en el nivel de participación en futuras reuniones de 12 pasos.

En la misma dirección, Groshkova et al. (2011), en la escala “Participación en Grupo de Recuperación” (RGPS) ofrecen la oportunidad de evaluar el compromiso con la comunidad y la necesidad de vínculo asertivo en una variedad de situaciones clínicas y de recuperación. La escala de “Participación de Alcohólicos Anónimos” (AAI) indica que este instrumento puede servir como instrumento fiable y útil para evaluar la asistencia y participación en grupos de Alcohólicos Anónimos. Sin embargo, sus datos muestran que la asistencia de AA no debe equipararse con la participación o compromiso más general con AA, ya que las personas asisten a reuniones de AA por disímiles razones, siendo el compromiso AA, pero no la asistencia lo que predice mejores resultados (Montgomery et al., 1995).

Respecto al tercer factor del instrumento construido, este se denominó “Aceptación versus pensamientos de autoengaño o negación”. En esta dimensión se evalúa como la presencia de cogniciones engañosas sobre un supuesto autocontrol se asocian fuertemente con una interrupción abrupta del tratamiento y la presencia de frecuentes recaídas (Caputo, 2019; Sirvent et al., 2019). Mientras, el reconocimiento realista de la condición crónica de la drogadicción resulta un primer paso importante camino a una rehabilitación efectiva en los trastornos por abuso de sustancias (McPherson et al., 2018; Debaere et al., 2017). Diversos estudios sostienen que esta conciencia de la enfermedad conduce progresivamente a los pacientes a la necesidad de acudir a un tratamiento a largo plazo debido al conocimiento que poseen del carácter

crónico de su condición, y a la aceptación de su incapacidad de poder controlar el consumo cuando se encuentran en fase activa (Barnett et al., 2020; Kim et al., 2021, Prochaska & DiClemente, 1992).

Por el contrario, aquellos pacientes que presentan una percepción deficiente sobre la cronicidad de la drogodependencia o el alcoholismo manifiestan tasas más altas de malos resultados del tratamiento, pobre adherencia, sintomatología más severa y mayores tasas de hospitalización (Amador & Seckinger, 1997; Ghaemi & Pope, 1994; Himle et al., 2006). De hecho, aproximadamente el 55% de las personas diagnosticadas con un trastorno por consumo de alcohol no busca tratamiento debido a una falta de conciencia de la enfermedad (Probst et al., 2015). Incluso, cuando los individuos buscan tratamiento para el trastorno por consumo de alcohol u otra sustancia, el 46% mencionan que no encuentra ninguna buena razón para dejar de usar alcohol a pesar de los evidentes daños que les ocasionan en su vida (Ball et al., 2006). Esta débil percepción de manera reiterada conduce al abandono prematuro del tratamiento, siendo común las elevadas cifras de deserción que oscilan entre un 25%-78% (Lappan et al., 2020; Levin et al., 2004; López-Goñi et al., 2008; Nordheim et al., 2018., Yang et al., 2018).

Hallazgos parecidos se documentan en instrumentos que miden la conciencia de enfermedad, a partir de los conceptos propuestos desde los programas de 12 pasos. El "Cuestionario de Pasos", expone como a partir del acuerdo con el primer paso, se pueden medir los tres pasos siguientes y, ese acuerdo con el primer paso de AA se correlaciona con el número de días sobrios posteriores al tratamiento (Gilbert, 1991). En otro estudio de validación psicométrica, Kim et al., (2021) reflejan en su instrumento "Escala de conocimiento y percepción del consumo de alcohol" (AAS) como la conciencia de la enfermedad deteriorada es una barrera importante para buscar ayuda y adherencia al tratamiento entre individuos con trastorno por consumo de alcohol, así como la importancia de mejorar la concienciación en las primeras etapas de la enfermedad para permitir que las personas busquen ayuda y participen en programas de intervención antes de que empeore su comportamiento alcohólico.

CONCLUSIONES

Como cierre de nuestro estudio debemos mencionar que, independientemente que se encontraron valores iniciales satisfactorios en los estadísticos de confiabilidad y validez, que demuestran la posibilidad de evaluar el impacto que produce el tiempo de tratamiento prolongado y atención continua durante la recuperación de trastornos por consumo de sustancias en población mexicana. Los presentes resultados deben interpretarse con cautela por distintas razones, primero, los hallazgos obtenidos deben considerarse preliminares hasta que futuros estudios repliquen los resultados con muestras más representativas y de ser posibles aleatorizadas para evitar sesgos y generalizar los resultados.

Una muestra aleatorizada más grande agregaría mayor confianza a los hallazgos del estudio, ya que, en esta investigación la cantidad de participantes superó de manera

muy limitada la proporción mínima citada con frecuencia de 2 o 3 sujetos por ítem, pero, tuvo un tamaño menor a 200 personas (Kline, 1992; Stevens, 1992). El caso de estudios instrumentales con muestras pequeñas como la nuestra, solo son aceptables si la metodología contempla replicar la medición usando diferentes grupos, en donde el número de sujetos sea al menos el doble que el número de ítems, con un total no inferior a los 100 participantes por grupo (Kline, 1986). La segunda limitación se relaciona con los criterios de reclutamiento, en este estudio los criterios de selección resultaron ser demasiado flexibles en torno a los requisitos de inclusión/exclusión al momento en punto de conformar la muestra de participantes. En futuras investigaciones, sería recomendable utilizar criterios de elegibilidad de alta precisión una vez que se decida examinar nuevamente las propiedades métricas de la escala. Se aconseja realizar esfuerzos de reclutamiento centrándose específicamente en personas diagnosticadas con trastorno por consumo de sustancias que mantengan una estancia permanente en tratamiento y/o participación en cuidados posteriores (atención continua) superiores a los 6 meses de duración.

La tercera limitación radica en la necesidad de realizar en otras muestras representativas procedentes de otros contextos de rehabilitación, el análisis de pruebas adicionales de confiabilidad test-retest, validez predictiva, validez convergente y divergente (validez de criterio externo). De modo, que el constructo medido pueda indicar mayores evidencias de distintas fuentes de confiabilidad y validez. En este estudio, si bien se realizó un análisis factorial confirmatorio que tomó como tamaño de muestra el criterio de caso por parámetro ofrecido por Worthington & Whittaker (2006) donde se señalan que, en un AFC, 5 casos por parámetro es una muestra adecuada.

La cantidad idónea de participantes que señala la literatura generalmente para realizar análisis confirmatorios mediante ecuaciones estructurales debe aplicarse muestras superiores a 200 participantes, aunque dependerá del número de ítems, componentes propuestos, etc. (Batista-Foguet et al., 2004). No obstante, debemos mencionar que aun y con una muestra tan pequeña el modelo luego de ser modificado alcanzó valores de ajuste, y logró replicar las estructuras halladas originalmente para poner a prueba si el modelo hipotetizado se ajustaba adecuadamente a los datos de este estudio (Lloret Segura et al., 2014).

La presencia de ajuste en el modelo teórico propuesto, resultó llamativa, sobre todo, tomando en consideración que cuando se realizan ecuaciones estructurales para analizar modelos teóricos con muestras de 100 participantes, el rechazo tiende a elevarse hasta un 74.5% en los modelos teóricos presentados (Morata-Ramírez et al., 2015). No obstante, a pesar del ajuste alcanzado con una muestra tan pequeña en esta modelización, la conclusión de que la escala cuenta con adecuadas propiedades psicométricas debe ser tomada como parcial y momentánea, reclamándose que estos análisis se repitan con otra u otras muestras. Además, a esto debemos agregar que se realizó el AFC con una misma muestra de datos, siendo esta una razón más para realizar la replicación del instrumento en otras muestras.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

- Abdullah, M., Khan, M. I., Mumtaz, F., Shah, F., Ximenes, R. C., Nikoui, V., & Wahab, A. (2020). Risk factors associated with relapse of drug dependence after treatment and rehabilitation in areas under the influence of war on terror. *Advancements in Life Sciences*, 7(3), 117-121.
- Argibay, J. C. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15-33.
- Atadokht, A., Hajloo, N., Karimi, M., & Narimani, M. (2015). The role of family expressed emotion and perceived social support in predicting addiction relapse. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 4(1), ee21250. doi: 10.5812/ijhrba.21250
- Ato, M., López, J.J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. doi: 10.6018/analesps.29.3.178511
- Bale, R. N., Zarcone, V. P., Van Stone, W. W., Kuldau, J. M., Engelsing, T. M., & Elashoff, R. M. (1984). Three therapeutic communities: A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: Process and two-year follow-up results. *Archives of General Psychiatry*, 41(2), 185-191.
- Ball, S.A., Carroll, K.M., Canning-Ball, M., Rounsaville, B.J., 2006. Reasons for dropout from drug abuse treatment: symptoms, personality, and motivation. *Addict. Behav.* 31 (2), 320–330.
- Barnett, G., Boduszek, D., & Willmott, D. (2021). What works to change identity? A rapid evidence assessment of interventions. *Journal of Applied Social Psychology*, 51(7), 698–719. doi:10.1111/jasp.12776
- Batista-Foguet, J.M., Coenders, G. & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122, 21-27.
- Beckwith, M., Best, D., Savic, M., Haslam, C., Bathish, R., Dingle, G., Mackenzie, J., Staiger, P., & Lubman, D. I. (2019). Social Identity Mapping in Addiction Recovery (SIM-AR): extension and application of a visual method. *Addiction Research & Theory*, 1–10. doi:10.1080/16066359.2018.1544623
- Best, D., Sondhi, A., Brown, L., Nisic, M., Nagelhout, G. E., Martinelli, T., van de Mheen, D. & Vanderplasschen, W. (2021). The Strengths and Barriers Recovery Scale (SABRS): Relationships matter in building strengths and overcoming barriers. *Frontiers in Psychology*, 12, 663447.
- Borkman, T. (1999). Understanding self-help/mutual aid: Experiential learning in the commons. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Calleja, N. (2011). Inventario de escalas psicosociales en México 1984-2005. *Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología*.
- Caputo, A. (2019). Deceptive dynamics in drug addiction and their role in control beliefs and health status reporting: a study on people with substance use disorder in treatment. *Journal of Drug Issues*, 49(4), 575-592. <https://doi.org/10.1177/0022042619853299>
- Costello, M. J., Li, Y., Remers, S., MacKillop, J., Sousa, S., Ropp, C., Roth, D., Weiss, M., & Rush, B. (2019). Effects of 12-step mutual support and professional outpatient services on short-term substance use outcomes among adults who received inpatient treatment. *Addictive Behaviors*, 98, 106055. doi: 10.1016/j.addbeh.2019.106055
- Cortina, J.M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104
- Comrey, A.L. (1988). Factor-analytic methods of scale development in personality and clinical psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 754-761
- Cerny, B. A., & Kaiser, H. F. (1977). A study of a measure of sampling adequacy for
- De Leon, G. (2010). Is the therapeutic community an evidence-based treatment? What the evidence says? *International Journal of Therapeutic Communities*, 31 (2), 104-128.
- Dennis, M., & Scott, C.K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addict Sci Clin Pract.* Dec;4(1):45-55. doi: 10.1151/ascp074145.
- Debaere, V., Verhaeghe, P. & Vanheule, S. (2017), "Identity change in a drug-free Therapeutic Community: a Lacanian interpretation of former residents' perspectives on treatment process and outcome", *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 38 (3), 147-155. doi:10.1108/TC-01-2017-0004
- DiStefano, C., Liu, J., Jiang, N. & Shi, D. (2018). Examination of the weighted root mean square residual: Evidence for trustworthiness? *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 25(3), 453–466. <http://dx.doi.org/10.1080/10705511.2017.1390394>
- Dingle, G. A., Cruwys, T., & Frings, D. (2015). Social identities as pathways into and out of addiction. *Frontiers in psychology*, 6, 1795.
- El-Guebaly, N. (2012). The meanings of recovery from addiction: Evolution and promises. *Journal of addiction medicine*, 6(1), 1-9.
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36
- Fernández-Hermida, JR., Secades-Villa, R., Fernández-Ludena, JJ., & Marina-González, PA. (2002). Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: A long-term follow-up study. *Eur Addict Res.* 8:22-9.
- Flynn, P.M., Joe, G.W., Broome, K.M., Simpson, D.D., & Brown, B.S.(2003). Looking back on cocaine dependence: reasons for recovery. *Am J Addict*;12,398–411.
- Field, A. (2000). *Discovering statistics using SPSS for windows*. Sage publications. New Delhi: London – Thousand Oaks.
- Fokkema, M. y Greiff, S. (2017). How Performing PCA and CFA on the Same Data Equals Trouble. *European Journal of*

- Psychological Assessment, 33(6), 399-402. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000460>
- Goretzko, D., Pham, T. T. H. y Bühner, M. (2019). Exploratory factor analysis: Current use, methodological developments and recommendations for good practice. *Current Psychology* 1-12. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00300-2>
- García-Llaneza, J.A. (2009). Estado de la cuestión e implicaciones metodológicas de las evaluaciones realizadas en los programas y comunidades terapéuticas para la rehabilitación de toxicómanos. *LiberAddictus* 106.
- Gilbert, F. S. (1991). Development of a "Steps Questionnaire". *Journal of Studies on Alcohol*, 52(4), 353-360.
- Gogea-scoechea-Trejo, M., Pavón-León, P., Blázquez-Morales, M. S. L., & Solís, A. S. (2017). Evaluación de resultados del tratamiento de adicciones en usuarios de una comunidad terapéutica. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16(2), 27-40.
- Greenfield, B. L., & Tonigan, J. S. (2013). The general alcoholics anonymous tools of recovery: the adoption of 12-step practices and beliefs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 553.
- Gossop, M., Harris, J., Best, D., Man, L., Manning, V., Marshall, J., & Strang, J. (2003). Is attendance at Alcoholics Anonymous meetings after inpatient treatment related to improved outcomes? A 6-month follow-up study. *Alcohol and Alcoholism*, 38, 421-426
- Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2011). Recovery Group Participation Scale (RGPS): Factor Structure in Alcohol and Heroin Recovery Populations. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 6(1-2), 76-92. doi:10.1080/1556035x.2011.571132
- Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2012). The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review*, 32(2), 187-194. doi:10.1111/j.1465-3362.2012.00489.x
- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor analysis* (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W.C. (1999). *Análisis Multivariante*. Otero, William, C. Black. (1999).
- Guilford, J.P. (1954). *Psychometric methods*. New York (NY): McGraw-Hill.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (2014). *Análisis multivariante*. México, D.F: Prentice Hall
- Hair, J.F Jr, Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2009). *Multivariate data analysis*, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc Bartlett.
- Hambley, J., Arbour, S., & Sivagnanasundaram, L. (2010). Comparing outcomes for alcohol and drug abuse clients: A 6-month follow-up of clients who completed a residential treatment programme. *Journal of Substance Use*, 15(3), 184-200.
- Haynes, S.N., Richard, D.C.S. & Kubany, E.S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, 7, 238-247
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. (2004). *Análisis Multivariante*. Madrid: Pearson.
- Haslam, C., Best, D., Dingle, G. A., Staiger, P. K., Savic, M., Bathish, R., Mackenzie, J., Beckwith, M., Kelly, A. J., & Lubman, D. I. (2019). Social group membership before treatment for substance dependence predicts early identification and engagement with treatment communities. *Addiction Research & Theory*, 27(5), 363-372. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1537393>
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Ito, J. R., & Donovan, D. M. (1986). Aftercare in alcoholism treatment: A review. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Subst Use Misuse* Downloaded from informahealthcare.com by University of Auckland on 10/26/14 For personal use only. *Addictive behaviors: Processes of change* (pp. 435-456). New York: Plenum Press
- Jin, H., Rourke, S. B., Patterson, T. L., Taylor, M. J., & Grant, I. (1998). Predictors of relapse in long-term abstinent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(6), 640-646.
- Kahler, C. W., Kelly, J. F., Strong, D. R., Stuart, G. L., & Brown, R. A. (2006). Development and initial validation of a 12-step participation expectancies questionnaire. *Journal of studies on alcohol*, 67(4), 538-542.
- Kelly, J. F., Greene, M. C., Bergman, B. G., White, W. L., & Hoepfner, B. B. (2019). How many recovery attempts does it take to successfully resolve an alcohol or drug problem? Estimates and correlates from a national study of recovering US adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(7), 1533-1544.
- Kim, J., Taggar, A., Quilty, L. C., Selby, P., Caravaggio, F., Ueno, F., Song, J., Pollock, B.G., Graff-Guerrero, A., & Gerretsen, P. (2021). A measure of illness awareness in alcohol use disorder—Alcohol Use Awareness and Insight Scale (AAS). *Drug and alcohol dependence*, 226, 108813.
- Klein, A. A., Slaymaker, V. J., & Kelly, J. F. (2011). The 12 Step Affiliation and Practices Scale: Development and initial validation of a measure assessing 12 step affiliation. *Addictive Behaviors*, 36(11), 1045-1051.
- Kline, P. (1986). *A Handbook of test Construction*. New York: Methuen.
- Kline, P. (1994). *An Easy Guide to Factor Analysis*. Newbury Park: Sage.
- Laudet A (2013) "Life in Recovery": Report on the Survey Findings. in Series "Life in Recovery": Report on the Survey Findings. Faces & Voices of Recovery, Washington, DC.
- Lappan, S. N., Brown, A. W., & Hendricks, P. S. (2020). Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 115(2), 201-217. DOI:10.1111/add.14793
- Leon, G. D., Sacks, S., Staines, G., & McKendrick, K. (2000). Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: treatment outcomes. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 26(3), 461-480.
- Lei, P.-W. & Wu, Q. (2007). Introduction to structural equation modeling: issues and practical considerations. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 26(3), 33-43. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745->

- 39z92.2007.00099.x
- Lynn, M. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. & Tomás-Marco, I. (2014). Análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press
- Martínez Ochoa, Y., Llantá Abreu, M. D. C., & Bayarre Veá, H. D. (2018). Validación del Test Sentido de Vida en pacientes adultos con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 800-812.
- McQuaid, R.J., Malik, A., Morrissey, M., & Baydack, N. (2017). Life in Recovery From Addiction in Canada, in Series Life in Recovery from Addiction in Canada. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, ON.
- McKay, J. R., McLellan, A. T., Alterman, A. I., Rutherford, M. J., & O'Brien, C. P. (1998). Predictors of participation in aftercare sessions and self-help groups following completion of intensive outpatient treatment for substance abuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(2), 152-163.
- McKay, J. R., Foltz, C., Leahy, P., Stephens, R., Orwin, R. G., & Crowley, E. M. (2004). Step down continuing care in the treatment of substance abuse: Correlates of participation and outcome effects. *Evaluation and Program Planning*, 27(3), 321-331. Doi: 10.1016/j.evalprogplan.2004.04.005
- McPherson, A. C., Rudzik, A., Kingsnorth, S., King, G., Gorter, J. W., & Morrison, A. (2018). "Ready to take on the world": Experiences and understandings of independence after attending residential immersive life skills programs for youth with physical disabilities. *Developmental Neurorehabilitation*, 21, 73- 82. <https://doi.org/10.3109/17518423.2016.1141254>
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia medica*, 22(3), 276-282.
- Morata-Ramírez, M., Holgado-Tello, F. P., Barbero-García, I., & Mendez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio: recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error Tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción psicológica*, 12(1), 79-90.
- Morgado, F. F., Meireles, J. F., Neves, C. M., Amaral, A. y Ferreira, M. E. (2017). Scale development: ten main limitations and recommendations to improve future research practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 30, 1-20. <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0057-1>
- Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P., Hyde, A., O'Brien, J., ... & Drennan, J. (2008). Ambiguities and conflicting results: the limitations of the kappa statistic in establishing the interrater reliability of the Irish nursing minimum data set for mental health: a discussion paper. *International journal of nursing studies*, 45(4), 645-647.
- Nielsen, A. L., Scarpitti, F. R., & Inciardi, J. A. (1996). Integrating the therapeutic community and work release for drug-involved offenders: The CREST program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(4), 349-358.
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1995). Teoría psicométrica. McGraw Hill
- Montgomery, H. A., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1995). Does Alcoholics Anonymous involvement predict treatment outcome? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(4), 241-246
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2nd Ed.). New York: Mc-Graw-Hill
- Ortiz, A. L., & Vega, M. G. (2020). Validación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional en muestra clínica con drogodependencia. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 6(2), 6-10.
- Pérez, C., & Carretero-Dios, H. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of clinical and health psychology*, 5(3), 521-551.
- Pitts J, Rowdy Y. (2010). Cost benefits of therapeutic community programming results of a self-funded survey. *International Journal of Therapeutic Communities* 31 (2), 129-144.
- Polcin, D. L., Mahoney, E., & Mericle, A. A. (2021). *Substance use & misuse*, 56(8), 1161-1168.
- Probst, C., Manthey, J., Martinez, A., Rehm, J., 2015. Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy* 10 (Aug. (1)), 32.
- Rahim, S. I., Abumadini, M. S., Khalil, M. S., & Musa, T. (2005). Long-term outcome of treated addiction in Saudi Arabia: Predictors of Relapse in 10-year Follow-up. *Arab Journal of Psychiatry*, 16(2), 83-97
- Reyes-Lagunes, I., & García y Barragán, L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. *La psicología social en México*, 12(1), 625-630.
- Ruiz, M., & San Martín, R (1992). Una simulación sobre el comportamiento de la regla K1 en la estimación del número de factores. *Psicothema*. 4(2), 543-550
- SAMSHA. (2020). *2020 National Survey of Drug Use and Health (NSDUH) Releases*.
- Sánchez Manga, A. (2012). Análisis de componentes principales: versiones dispersas y robustas al ruido impulsivo. Proyecto de Fin de Carrera.
- Sannibale, C., Hurkett, P., van den Bossche, E., O'Connor, D., Zador, D., Capus, C., Gregory, K., & McKenzie, M. (2003). Aftercare attendance and post-treatment functioning of severely substance dependent residential treatment clients. *Drug and Alcohol Review*, 22(2), 181-190. <https://doi.org/10.1080/09595230100100624>
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling* (3rd Ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Shimane, T., & Misago, C (2004). [Drug Addiction Self-Help Recovery scale (DASH-scale): an approach to the measurement of recovery from drug addiction in self-help program among drug addicts]. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*. 39(6), 537-47.
- Schmitt, T. A., Sass, D. A., Chappelle, W., y Thompson, W. (2018). Selecting the "best" factor structure and moving measurement validation forward: An illustration. *Journal of Personality Assessment*, 100(4), 345-362. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1449116>
- Sirvent, C., Herrero, J., Moral, MdIV., & Rodríguez, F.J. (2019). Evaluation of self-deception: Factorial

- structure, reliability and validity of the SDQ-12 (self-deception questionnaire). *PLOS ONE* 14(1): e0210815. doi:10.1371/journal.pone.0210815
- Sobell, L.C., Ellingstad, T.P. & Sobell, M.B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95, 749-764.
- Stevens, J. (1992). Applied multivariate statistics for the social sciences. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
- Stemler, S.E., (2004). A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. *Practical Assessment, Research and Evaluation* 9(4).
- Sturmey, P., Newton, J. T., Cowley, A., Bouras, N., & Holt, G. (2005). The PAS-ADD Checklist: independent replication of its psychometric properties in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 186(4), 319-323.
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*, 2, 53-55
- Teesson, M., Marel, C., Darke, S., Ross, J., Slade, T., Burns, L., & Mills, K.L. (2017). Trajectories of heroin use: 10-11-year findings from the Australian Treatment Outcome Study. *Addiction*, 112, 1056-1068. <https://doi.org/10.1111/add.13747>.
- Torres, E. S. B., San Vicente, L. E., Velasco-Rojano, E., & Morales, S. E. C. (2018). Validación del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol en personas que buscan tratamiento en México. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 4(2), 33-40
- UNODC. (2020). World Drug Report. <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/index2020.html>
- UNODC. (2021). World Drug report. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>
- UNODC. (2021a). World Drug Report: Booklet 1. https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_1.pdf
- UNODC. (2021b). World Drug Report: Booklet 2. https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_2.pdf
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandeveld, S. (2013). Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. *The Scientific World Journal*, 1-22. doi:10.1155/2013/427817
- Volkow, N. D. (2022). Making addiction treatment more realistic and pragmatic: the perfect should not be the enemy of the good. *Health Affairs Forefront*
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Gallop, R. J., Najavits, L. M., Frank, A., Crits-Christoph, P., Thase, M.E, Blaine, J., Gastfriend, D.R., Daley, D., & Luborsky, L. (2005). The effect of 12-step self-help group attendance and participation on drug use outcomes among cocaine-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 77(2), 177-184. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2004.08
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Najavits, L. M., Hufford, C., Kogan, J., Thompson, H. J., ... & Siqueland, L. (1996). Self-help activities in cocaine dependent patients entering treatment: Results from the NIDA collaborative cocaine treatment study. *Drug and Alcohol Dependence*, 43(1-2), 79-86.
- Webb, L., Clayson, A., Duda-Mikulín, E., & Cox, N. (2022). 'I'm getting the balls to say no': Trajectories in long-term recovery from problem substance use. *J Health Psychol*.27(1),69-80.doi:10.1177/1359105320941248.E
- Wenaas, M., Bahl, N.K.H., Kiik, R., & Juberg, A. (2021). Patient Assessments of the Factors Facilitating and Impeding User Involvement During the First Phase of Substance Abuse Treatment. *Subst Abuse*. 13, 15. doi: 10.1177/11782218211050368
- Worthington, R., & Whittaker, T. (2006). Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34(6), 806-838.