



# DISEÑO DE DOS CUESTIONARIOS PARA EVALUAR RECAÍDAS Y RECUPERACIÓN EN CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL

## *DESIGN OF TWO QUESTIONNAIRES TO EVALUATE RELAPSES AND RECOVERY IN RISKY ALCOHOL CONSUMPTION*

---

**Pedro Vargas Navarro**

*Universidad Católica de Colombia, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia*

*pvargas04@ucatolica.edu.co*

*<https://orcid.org/0000-0002-5239-6700>*

**Constanza Londoño Pérez**

*Colombia*

*constanzalc@gmail.com*

*<https://orcid.org/0000-0003-3273-3658>*

**Bertha Lucía Avendaño-Prieto**

*Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia*

*blavendano@ucatolica.edu.co*

*<http://orcid.org/0000-0002-8136-5380>*

### **Cómo citar este texto:**

Vargas Navarro, P., Londoño Pérez, C. y Avendaño-Prieto, B.L. (2022). Diseño de dos cuestionarios para evaluar recaídas y recuperación en consumo riesgoso de alcohol. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 23(1), 41-59. doi: 10.21134/haaj.v23i1.641

## Resumen

**Introducción:** Se diseñaron dos cuestionarios para evaluar factores personales, familiares, sociales, culturales y ambientales, predictores de recaídas y de recuperación en personas con consumo riesgoso de alcohol entre 18 y 35 años. **Objetivos:** Diseñar y validar dos cuestionarios que evalúen los factores personales, familiares, sociales, culturales y ambientales predictores de recaídas y promotores de la recuperación en jóvenes con consumo riesgoso de alcohol. **Metodología:** La investigación es de tipo instrumental, los cuestionarios se realizaron con base en la revisión de literatura científica sobre recuperación y recaídas en consumo nocivo de alcohol. Se estableció la validez de contenido con el método Angoff modificado, participaron nueve expertos en psicología clínica, en psicometría y en psiquiatría; las evidencias de validez de convergente y de constructo con el Test de Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol y el Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio, respectivamente. **Resultados:** Se establecieron las evidencias de validez de contenido, constructo y convergente, la consistencia interna y el ajuste de los ítems al modelo de Rasch. **Conclusiones:** Los resultados indican que los cuestionarios son válidos y fiables.

## Abstract

**Introduction:** Two questionnaires were designed to evaluate personal, family, social, cultural and environmental factors, predictors of relapse and recovery in people with alcohol consumption risky between 18 and 35 years old. **Objectives:** To design and validate two questionnaires that measure the personal, family, social, cultural and environmental factors that predict relapse and promote recovery in young people with alcohol consumption risky. **Methodology:** The research is instrumental, the questionnaires were carried out based on the review of scientific literature on recovery and relapses in harmful alcohol consumption. Content validity was established with the modified Angoff method, nine experts in clinical psychology, psychometry and in psychiatry participated; the evidence of convergent and construct validity was obtained with the Identification Test for Disorders Due to Alcohol Consumption and the exploratory and confirmatory Factor Analysis respectively. **Results:** Evidence of content, construct and convergent validity, internal consistency and the adjustment of the items to the Rasch model were established. **Conclusions:** The results indicate that the questionnaires are valid and reliable.

## Palabras clave

recurrencia; mejoría; uso; licor; validez

## Keywords

recurrence; improvement; use; liquor; validity

## Introducción

El consumo riesgoso de alcohol es una condición no reconocida en forma suficiente en diferentes ámbitos y en la práctica clínica como un problema que afecta al individuo y aún no se sabe a profundidad sus características, este consumo involucra frecuencia, cantidad y daño (NIDA, 2021; Rosón, 2008). En la vida cotidiana con facilidad se afirma que se ingiere alcohol “socialmente”, pero hay poca evidencia de esta práctica sobre las implicaciones nocivas para la salud (Castaño-Pérez & Calderón-Vallejo, 2014). En el ámbito clínico, la atención se concentra en la búsqueda de criterios para la dependencia sin enfatizar en el recorrido para llegar a ésta, además, el papel de la evaluación cognitiva de la amenaza de recaída del alcohol ha recibido poca atención (Martín et al., 2011). Como resultado de esta situación, en pocos espacios se considera indispensable la detección del consumo de riesgo y en especial sus causas.

El concepto de consumo nocivo de alcohol abarca el consumo excesivo o inmoderado de alcohol, la dependencia, el consumo inadecuado de bebidas alcohólicas en los menores de edad y otros grupos especialmente vulnerables como mujeres embarazadas o lactantes, personas enfermas o con trastornos mentales, consumo en ambientes inadecuados, y diversos patrones de consumo riesgoso o perjudicial, que afectan no solo la seguridad de los consumidores sino también de otros individuos (Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 2013a).

El consumo de riesgo de alcohol implica que la persona se ha embriagado más de una vez en el último año, es decir, ha ingerido más de cuatro (en mujeres) o cinco unidades (en hombres) de bebida estándar en cerca de dos horas (Council, 2004; Mc Cambridge et al., 2011; NIH, 2021; Obradors-Rial et al., 2014). Este tipo de consumo es considerado de riesgo porque aumenta la posibilidad de sufrir consecuencias adversas para el consumidor en su salud física o mental y tiene trascendencia para la salud pública (Babor et al., 2001; World Health Organization (WHO) & Gobierno de España Ministerio de Sanidad y Consumo (GEMSC), 1994).

El consumo de alcohol es un tópico importante de estudio tanto para la morbilidad como la mortalidad y se ha relacionado con más de 200 enfermedades y lesiones (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) & The World Bank, 2020). Por tanto, la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes es una prioridad de salud pública internacional (Zhao et al., 2020).

Diversos estudios realizados en población con consumo riesgoso de alcohol han resaltado distintos factores personales, familiares y sociales vinculados con la ingesta nociva de esta sustancia.

La verdadera comprensión del problema del consumo riesgoso de alcohol implica un análisis desde la perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 1987; Newcomb, 1995; Fagan et al., 2015; Scoppetta et al., 2021) que trasciende el impacto del grupo familiar, ya que incluye los medios escolar, barrial, cultural, legislativo y económico, que cuando facilitan el acceso al alcohol también determinan el consumo individual (MSPS, 2013<sup>a</sup>; Obrador et al., 2020).

En el mundo, el 13.6% de bebedores entre los 15 años y 19 años tiene consumo episódico abundante de alcohol y aumenta a 21.8% entre los 20 a 24 años (Burton & Sheron, 2018; WHO, 2018). En Colombia el consumo abusivo de alcohol aumentó entre 2008 y 2013 de 33.8% a 35.8% (MSPS et al., 2013). En la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), se encontró que el 2.7% de los menores estudiados entran en la categoría de bebedor de riesgo y el mayor porcentaje se ubica en la franja de 18 a 44 años (De la Espriella et al., 2015). En otra investigación posterior la mayor prevalencia de uso actual de alcohol se encuentra entre el grupo de 25 a 34 años (39.7%), seguido por los jóvenes de 18 a 24 años con un 38.3%, entre los consumidores del último mes, un 20.4% puede considerarse con un uso perjudicial o de riesgo de alcohol. Con cifras muy similares, un 23% de los usuarios de último mes en los grupos etarios de 18 a 24 y 25 a 34 años pueden ser considerados con un uso perjudicial de bebidas alcohólicas, prácticamente una de cada cuatro personas (Ministerio de Justicia y del Derecho (Minjusticia) & Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), 2019).

En un estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C., se encontró que la mayor tasa de uso actual de alcohol se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 con el 50.7%, seguido por los de 25 a 34 años con una tasa del 45.9%. El uso abusivo y los indicadores de uso dependiente se encontraron en el 20.6% de los consumidores de alcohol del último mes (Oficina de la Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) et al., 2106).

Colombia es un país culturalmente bebedor de alcohol, pues se considera que el consumo de bebidas alcohólicas es necesario en diversas situaciones sociales cotidianas (Molano Díaz & Sanguino Gómez, 2015; MSPS, 2013a), hay alta disponibilidad y acceso al alcohol a pesar de las restricciones de venta y consumo en jóvenes y adolescentes, y alta exposición a publicidad que difunde el consumo (Dunlop et al., 2016; MSPS, 2013a). Aunque es preciso anotar que se han realizado múltiples acciones encaminadas a promover la moderación del consumo con resultados positivos (Cabarcas et al., 2017; MSPS, 2013b).

El consumo abusivo de alcohol puede ser estimado como una enfermedad crónica, ya que las exposiciones a la sustancia se mantienen en el tiempo y el bebedor presenta continuas recaídas, reciba o no tratamiento (Castaño, 2013). Es necesario que los consumidores adopten intervención continua, integral y multidisciplinaria dirigida a reducir o cesar el consumo, ya que las recaídas afectan el desarrollo del individuo, generan sobrecostos en los servicios de salud (MSPS, 2013c), incrementan el riesgo de policonsumo (García et al., 2017; Roncero et al., 2013; Velásquez, 2013) y requieren atención especial para facilitar la recuperación del consumidor.

Sobre los factores asociados con las recaídas en el consumo abusivo de alcohol se encuentran: factores personales (abstinencia, craving, características e historia de consumo, problemas de personalidad, financieros, baja habilidad social y autoeficacia, deficiencia en estilo de afrontamiento, impulsividad, agresividad, intolerancia a la frustración, dificultad para la regulación emocional, estados emocionales positivos y negativos y la ausencia de estilos de vida saludables), familiares (conflicto, ruptura de relaciones y falta de apoyo), sociales y ambientales (nivel socioeconómico bajo, problemas con amigos, inadecuada inclusión social, presión social mal manejada, bajo soporte social, acceso y disponibilidad para el consumo), entre otros, y factores del sistema de salud (limitaciones en la calidad y acceso a los servicios) (Baars et al., 2013; Becker, 2008; Blanco-Álvarez & Jiménez-Morales, 2015; Kuria, 2013; Martin et al., 2011; Rohsenow, 2011; Tuithof et al., 2014; US, 2000; Vargas et al., 2015).

Acerca de los factores que facilitan la recuperación, se han determinado variables personales (espiritualidad, responsabilidad, conciencia de los efectos del alcohol, conocimiento y aplicación del proceso de cambio, reconocimiento de las recaídas, manejo del craving y deslices), familiares (apoyo para resolver problemas y manejar el estrés y la dinámica), características de las intervenciones (individuales, familiares, ambulatorias, en centros de rehabilitación, holísticas o parciales) y comunitarias (amigos, grupos de apoyo y redes sociales) (Allen et al., 2014; Dermatis & Galanter, 2016; Schwarzer, 2014; Korcha et al., 2016; Lyytikäinen, 2016; Sandoz, 2014; Tripodi et al., 2010).

En general las intervenciones consideradas efectivas contra el consumo nocivo de alcohol implican un proceso de cambio que se da por etapas requeridas para la adquisición de habilidades específicas que permitan sobrepasar las barreras y alcanzar la moderación (APA, 2000; Ayako et al., 2019; Hsiao et al., 2014; Levy & Kokotailo, 2011).

Diferentes investigadores reconocen la necesidad de abordar el problema de las recaídas y generar procedimientos para prevenir las o controlarlas identificando situaciones de alto riesgo y vulnerabilidad, con el fin de concebir estrategias cognitivo-conductuales para enfrentarlas (Marlatt & Witkiewitz, 2005).

Entre el 40 y el 92% de las personas que intentan abandonar o moderar el consumo de alcohol y drogas recaen, y requieren apoyo para retomar el proceso de cambio y lograr la recuperación (NIH, 2014; Ramsewak et al., 2020).

Se han incorporado a las estrategias de acompañamiento en la moderación o cesación del consumo, intervenciones para la prevención de recaídas, entre éstas la identificación de señales o estresores ambientales disparadores de una recaída, autorregulación emocional, promoción de estilos de vida saludable, habilidades sociales, desarrollo de sistemas de soporte para la recuperación, conocimiento y manejo del craving y detención rápida de deslices y recaídas (Fishman et al., 2010).

Es necesario adaptar el tratamiento a las dificultades y requerimientos de cada paciente para que retome su funcionamiento productivo en su entorno. Se destaca que la adicción es tratable y como características se realzan la disponibilidad, la atención sobre las demandas del paciente, su eficacia, la intervención individual y de grupo con terapia de conducta, el uso de medicamentos, la evaluación continua y modificable, es indispensable tratar al individuo con una visión dimensional, no tiene que ser voluntario, con supervisión constante, monitoreo de enfermedades infecciosas y modificación de conductas de riesgo que puedan llevar a ellas (NIH, 2018).

Así mismo, las personas con mayor anhedonia, fumadores activos o menos días de abstinencia antes del tratamiento, tienen mayores índices de recaída en 6 meses (Nguyen et al., 2020).

No obstante, el cambio no siempre ocurre de manera continua, pues al bebedor se le dificulta cumplir las metas de reducción del consumo debido a factores personales, familiares, culturales y ambientales que promueven el retorno a la bebida; se ha establecido que diferentes programas en los trastornos por uso de sustancias pueden ser igualmente eficaces, pero es necesario que los componentes de los programas ayuden a una recuperación holística (atendiendo los potenciales biológicos, psicológicos, sociales y espirituales); así, la efectividad de la recuperación se incrementa independientemente del modelo de recuperación utilizado especialmente cuando se combina con programas de reinserción social (Ayako et al., 2019; Kelly & Eddie, 2019; Petrova et al., 2015) y abarcando los diferentes aspectos comprometidos de la vida (NIH, 2014).

Se ha demostrado una recuperación más lenta en el grupo con recaídas frente a los abstinentes, en todas las dimensiones psicológicas, conductas de evitación, ansiedad, depresión, impulsividad y sentido de la vida en los períodos estudiados (cuatro años) (Arias et al., 2021).

La promoción de la recuperación y prevención de la recaída dependen de la aplicación de estrategias para preservar la determinación de no consumir mediante el control del medio ambiente (Snoek et al., 2016; Karriker et al., 2020). Además, existe evidencia que mensajes de texto ayudan a los bebedores problemáticos adultos a reducir la frecuencia y la cantidad de bebida, pero aún hace falta entender las diferencias entre las intervenciones de mensajería y sus mecanismos de eficacia (Muench et al., 2017).

Se resalta que las intervenciones individuales en adolescentes, especialmente las dirigidas a la conducta, tienen un tamaño del efecto más alto en la recuperación (reducción del consumo), que las centradas en la familia, especialmente cuando se hace mayor seguimiento (Tripodi et al., 2010). Sin embargo, al estudiar las condiciones favorables de la moderación/abstención del consumo se encontraron factores protectores personales, familiares y comunitarios; que incluyen participación comunitaria de los jóvenes, apoyo familiar y de pares para resolver problemas y hacer frente al estrés (Allen et al., 2014).

El proceso de cambio y la motivación para moderar el consumo se fortalece a partir del apoyo social, el número de personas en la red social, el comportamiento de consumo en ellos, el balance de costos y beneficios percibidos para influir en la abstinencia, el fortalecimiento espiritual mediante la ayuda a otros (Dermatis & Galanter, 2016) y el sentido de responsabilidad con sus propias vidas (Lyytikäinen, 2016). La idea es que una red social reducida puede no proporcionar ayuda en situaciones sociales que representan peligro de recaída (Korcha et al., 2016) o puede funcionar como soporte para lograr la meta de moderación/abstinencia (Sandoz, 2014).

Pese a la importancia del tema y gravedad de las recaídas, se encontraron pocas medidas para determinar factores personales, familiares, sociales, culturales y ambientales, predictores de recaídas y recuperación en adultos jóvenes con consumo riesgoso de alcohol. Giraldo-Ferrer et al. (2016), realizaron una revisión de instrumentos clínicos para el tratamiento en trastornos por uso de sustancias, de 393 artículos, seleccionaron 76 que incluían el estudio de un elemento de medición, sin embargo, solo dos, el Research Institute on Addictions Self-Inventory (RIASI) y el Inventory of Drinking Situations (IDS) incluyen la evaluación de las recaídas, pero el primero solo presenta análisis de consistencia interna y el segundo fue diseñado para adolescentes.

Aunque se encuentran diversas escalas para evaluar el consumo de alcohol, la disponibilidad de cuestionarios para valorar el riesgo de recaída es limitada y centra su atención en factores específicos que ignoran las diversas condiciones involucradas. En recuperación y en consumo de riesgo de alcohol no se encontraron instrumentos de medición.

Finalmente resaltar, que los instrumentos elaborados se basan en la teoría clásica de los test y no tienen en cuenta las concepciones del modelo de Rasch, aplicable a una gran serie de proyectos, que comprenden el desarrollo de instrumentos, programas de investigación innovadora y políticas públicas (Duckor et al., 2015).

Teniendo en cuenta el anterior marco de referencia el objetivo del estudio fue diseñar dos cuestionarios predictores de recaídas y de recuperación en personas con consumo riesgoso de alcohol entre 18 y 35 años.

## Método

### Tipo de estudio

Instrumental de acuerdo con la categorización de Ato et al. (2013) en cuanto estuvo encaminado al diseño de dos cuestionarios y al análisis de sus propiedades psicométricas.

### Participantes

Para el estudio piloto se contó con la participación de 77 estudiantes universitarios residentes en Bogotá (Colombia), de diferentes semestres académicos, con edades entre 18 y 23 años. La aplicación final se realizó con 486 hombres y mujeres para recaídas y 455 hombres y mujeres para recuperación estudiantes universitarios entre 18 y 35 años seleccionados por conveniencia, con consumo de alcohol, residentes en la misma ciudad. El 64 % de los participantes fueron mujeres. Se utilizó como criterio de inclusión, haber decidido disminuir el consumo de alcohol, y de exclusión no consumir alcohol. No se les solicitó pensar en un período de tiempo determinado en el que decidieron disminuir el consumo de alcohol.

### Instrumentos

*Formato de calificación para expertos:* para la validación de la calidad metodológica del instrumento, se elaboró un formato de calificación que incluyó las instrucciones, las definiciones de los factores representados en las diferentes categorías del cuestionario, los ítems y los criterios de evaluación: claridad, relevancia y pertinencia con una evaluación preliminar y una evaluación definitiva.

*Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (Audit):* desarrollado por la OMS, evalúa el patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, está constituido por 10 ítems que evalúan el nivel de riesgo (Babor et al., 2001). En la versión colombiana el coeficiente alfa de Cronbach fue de .77 y se confirmó la estructura unidimensional del test que explica el 57.95% de la varianza. Se consideró que el cuestionario AUDIT es un instrumento confiable y válido para la detección de dificultades por el consumo de alcohol (Campo-Arias et al., 2013; Ospina-Díaz et al., 2012).

*Ficha de registro de datos sociodemográficos:* formato con datos personales como edad, sexo, nivel socioeconómico, educativo, estado civil, profesión u oficio y personas con quienes vive.

### Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en nueve fases: Fase 1. Plan de prueba y diseño del cuestionario: los instrumentos fueron diseñados por los investigadores a partir de la revisión teórica sobre indicadores de recaídas y promotores de la recuperación en la población de estudio. Fase 2. Elaboración del formato de calificación de los jueces que incluyó la definición de los factores representados en los ítems y un consentimiento informado. Fase 3. Aplicación de la prueba piloto que permitió verificar la logística y viabilidad del estudio y en forma relevante probar los ítems (Díaz-Muñoz, 2020). Fase 4. Validez de contenido: se utilizó el método Angoff modificado que consiste en la realización de mediciones fraccionadas sobre el análisis de los ítems con discusión entre los participantes (Ricker, 2006). El cuestionario fue validado por cinco psicólogos clínicos, tres psicólogos expertos en psicometría y un psiquiatra. Los evaluadores debían calificar de 0 a 10 (siendo 0 la mínima y 10 la máxima calificación) y verificar el cumplimiento de los siguientes criterios: Claridad (si el ítem planteado es conciso, directo y comprensible), Relevancia (Si el ítem es importante y significativo para el componente o dimensión que pretende indagar), Pertinencia (grado de relación entre el ítem y la dimensión), además, se incluyó una columna para observaciones. Fase 5. Validez de constructo: se realizó con un análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Fase 6. Validez Convergente: se confirmó el nivel de consumo con los resultados del Audit. Fase 7. Se analizó el ajuste de los ítems del instrumento desde la TRI, específicamente con el modelo de Rasch (Prieto & Delgado, 2003). Fase 8. El instrumento obtenido del pilotaje fue aplicado a la muestra total. Los participantes se convocaron a través de sus profesores y la prueba fue suministrada en medio físico. Se les solicitó firmar el consentimiento informado, en el que se declararon las consideraciones éticas del estudio. Se comunicó que no existía compromiso contra su salud física o mental y se aseguró la confidencialidad. Cada participante contestó las tres (3) pruebas. Fase 9. Las variables fueron procesadas con el Statistical Package for the

Social Sciences (SPSS) versión 25 (Aldrich, 2018) y el procedimiento a través de la TRI se llevó a cabo con el Winsteps (Linacre, 2016).

Los análisis se adelantaron en ocho puntos: 1) Categorización de la población. 2) Evidencia de validez de contenido a través del juicio de expertos y el producto se analizó con el coeficiente  $r_{wg}$  (Benavente, 2009). 3) Análisis de consistencia interna del instrumento a través de los coeficientes alfa de Cronbach y Omega de MacDonald's. 4) Evidencia de validez de constructo realizada con el análisis factorial exploratorio (AFE) y el análisis factorial confirmatorio (AFC). 5) A través de la TRI, concretamente con el modelo de Rasch, se analizó el ajuste de los ítems. 6) Luego de eliminar los ítems que no se acomodaron al modelo, se volvió a realizar el AFE. 7) Los resultados obtenidos previamente fueron el sustento para el análisis factorial confirmatorio (AFC). 8) Se estableció la validez convergente a través de las correlaciones de las puntuaciones del Audit con las respuestas dadas a los cuestionarios elaborados.

## Consideraciones éticas

El estudio realizado se adaptó a la ley vigente establecida en la resolución número 8430 de 1993 la cual dictamina las pautas indispensables para la investigación en salud, y el desarrollo de investigaciones en psicología, anunciadas en la ley 1090 de 2006. A los participantes se les precisó que no existía ningún compromiso contra su salud corporal o mental, se aseguró la confidencialidad y se les subrayó que su participación era libre.

## Resultados

### Válidez de contenido

La primera versión de los cuestionarios evaluaba los aspectos relacionados con la recaída y la recuperación a través de 83 ítems; a partir de la evaluación de los expertos y el cálculo de los coeficientes de concordancia con rango [.26 a .90]; relevancia, rango [.11 a .86] y pertinencia con valores entre [.11; .87], fueron eliminados 22 ítems en total. El  $r_{wg}$  osciló entre .11 y .92. Los expertos sugirieron incluir los datos de edad de inicio del consumo y reporte de antecedentes psiquiátricos en el formato de información general. Además, recomendaron incluir en las instrucciones una nota con la definición de "trago" y dejar en tercera persona la redacción de los cuestionarios.

Una vez eliminados los ítems que no cumplieron con los indicadores evaluados, se realizaron los ajustes de redacción en cada cuestionario. Estas versiones fueron aplicadas a la muestra piloto, de la cual se identificó la importancia de añadir información sobre la necesidad de realizar cambios en el nivel de consumo, las opciones de respuesta y el orden de presentación.

### Análisis psicométrico

#### Válidez de constructo

##### *Cuestionario de Predictores de Recaídas*

Se aplicaron la prueba KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett para establecer la pertinencia de realizar el análisis factorial exploratorio. El valor de la prueba de adecuación muestral, KMO fue = .73 y de la esfericidad de Bartlett ( $\chi^2 = 2769.79$  con un  $p < 0.00$ ) que según Lloret-Segura, et al. (2014) se considera suficiente.

Los resultados mostraron una primera solución con 12 factores que explicaron un 69.24% de la varianza total con las dos variables de estudio. Los análisis demostraron que el ajuste era mejor si el cuestionario total se dividía en dos: uno para recaídas y otro para recuperación.

Se eliminaron los registros con datos perdidos. Para depurar el cuestionario se utilizaron los siguientes criterios: 1) Los ítems seleccionados debían tener carga factorial superior a .45. 2) No debían tener carga compartida entre los factores y si esto ocurría, la mayor debía estar en el factor coherente con la teoría y 3) Si un factor quedaba conformado por un solo ítem, este se eliminaba. En cada análisis se utilizó una rotación oblicua oblímín, puesto que se asume que todos los factores se relacionan con un solo constructo, recaídas o recuperación.

DISEÑO DE DOS CUESTIONARIOS PARA EVALUAR RECAÍDAS Y RECUPERACIÓN EN CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL

Después de la depuración, el cuestionario de recaídas quedó con 29 ítems distribuidos de la siguiente manera: el antecedente A que incluye preguntas relacionadas con el momento previo al intento de disminución del consumo (beber menos de 5 tragos) con tres ítems; el antecedente B con preguntas respecto al intento de disminuir el consumo, con ocho ítems, el antecedente C referido al tiempo posterior al intento de disminución de su consumo con tres ítems; el antecedente D que evalúa comportamientos relacionados con la frecuencia de dificultades asociadas al consumo con cuatro ítems, el antecedente E, evalúa las oportunidades para el consumo, conformado por seis ítems y los antecedentes F y G, conformados por tres y dos ítems, evalúan percepciones y presión acerca del consumo.

El índice de consistencia interna para los ítems de recaídas obtenido con el alfa de Cronbach con todos los ítems fue de .71 y los valores alfa en las diferentes dimensiones fueron .73, .92, .83, .77, .71, .52 y .69. Los coeficientes w de Macdonald's fluctuaron entre .53 y .77. La tabla 1 presenta la distribución de las cargas factoriales de cada uno de los ítems en los siete factores, las cuales oscilaron entre .47 y .95.

**Tabla 1.** Distribución de las cargas factoriales de cada uno de los ítems en los diferentes factores del cuestionario de recaídas

Ítems	Factores						
	1	2	3	4	5	6	7
I1					.81		
I2					.77		
I3					.76		
I4	.63						
I5	.89						
I6	.90						
I7	.78						
I8	.88						
I9	.85						
I10	.74						
I11	.77						
I12			.75				
I13			.95				
I14			.85				
I15				.79			
I16				.79			
I17				.74			
I18				.76			
I19		.66					
I20		.66					
I21		.69					
I22		.72					
I23		.65					
I24							.47
I25							.75
I26							.64
I27							.57
I28						.85	
I29						.83	

Fuente: Elaboración propia



### Cuestionario de Predictores de Recuperación:

Con el cuestionario conformado por 38 ítems se llevaron a cabo los mismos análisis realizados al anterior cuestionario. En el análisis factorial exploratorio (AFE), los resultados mostraron una primera solución con cinco factores que explicaban el 78.12% de la varianza total. Se eliminaron los registros con datos perdidos. Después de la depuración, el cuestionario quedó conformado por 32 ítems, el valor de la prueba de adecuación muestral, KMO fue = .73 y de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2 = 2.769.79$  con un  $p < 0.00$ ) indicaron la pertinencia de realizar el análisis. Los ítems se distribuyeron en cuatro factores: el factor 1 que comprende los ítems del 14 al 26 se denominó *Reconocimiento del problema*, el factor dos incluye los ítems del 1 al 6 y se denominó *Asumir el problema*, el tercer factor que incluye los ítems del 27 al 32, se denominó *Apoyo familiar y social* y el cuarto factor que comprende los ítems del 7 al 13, se denominó *Control de la situación*. El valor del coeficiente Alfa de Cronbach, utilizado para establecer la consistencia interna, con todos los ítems fue de .98 y de cada factor fue de .98, .92, .94 y .95 respectivamente. Los coeficientes w de MacDonald's oscilaron entre 0.970 y 0.972.

La tabla 2 presenta la distribución de las cargas factoriales de cada uno de los ítems en los cuatro factores. Las cargas factoriales oscilaron entre .50 y .95.

**Tabla 2.** Distribución de las cargas factoriales de cada uno de los ítems en los diferentes factores, del cuestionario de recuperación

Ítems	Factores			
	1	2	3	4
I1		.71		
I2		.61		
I3		.95		
I4		.91		
I5		.88		
I6		.71		
I7				-.67
I8				-.69
I9				-.81
I10				-.79
I11				-.75
I12				-.71
I13				-.83
I14	.82			
I15	.86			
I16	.83			
I17	.88			
I18	.76			
I19	.69			
I20	.89			
I21	.89			
I22	.89			
I23	.65			
I24	.64			
I25	.50			
I26	.67			
I27			.90	
I28			.89	
I29			.94	
I30			.66	
I31			.58	
I32			.53	

Fuente: Elaboración propia

Se agrega el valor eigen para cada factor y el porcentaje de varianza explicada (Tabla 3).

**Tabla 3.** Autovalores y porcentaje de varianza explicada por cada factor.

Prueba de Recaídas

Indicador	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Auto valor	4.44	4.27	2.38	2.30	2.02	1.91	1.28
Porcentaje de la varianza explicada	15.33	14.72	8.21	7.94	6.96	6.60	4.42

Prueba de Recuperación

Indicador	F1	F2	F3	F4
Autovalores	8.699	5.560	4.860	4.298
varianza explicada	27.184	17.374	15.188	13.433

Los resultados del análisis factorial confirmatorio de los cuestionarios de recaídas y recuperación se muestran en la tabla 4, se evidencia que los índices  $GFI \geq .90$ ,  $RMSEA \leq .05$ ,  $IFI$ ,  $TLI$ ,  $CFI \geq .90$ , están próximos o en los valores requeridos por lo cual presentan un buen ajuste (Hu & Bentler, 1999). El valor .85 en recuperación se considera aceptable (Schermelel-Engel & Moosbrugger, 2003).

**Tabla 4.** Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de los cuestionarios de recaídas y recuperación

AFC	CMIN/DF	GFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA	LO 90	HI 90
Recaída	2,333	,898	,906	,886	,905	,052	,048	,057
Recuperación	3,033	,850	,944	,934	,943	,067	,063	,071

Notas: CMIN/DF: Razón del chi cuadrado sobre los grados de libertad; GFI: Índice global de bondad de ajuste; IFI: Índice de ajuste incremental; TLI = Índice de Tucker-Lewis; CFI = Índice de ajuste comparativo; RMSEA = Error cuadrático medio; HI 90=Máximo LO 90= Mínimo.

Fuente: Elaboración propia.

## Ajuste de los ítems al Modelo de Rasch

Posteriormente con los dos cuestionarios conformados por 29 ítems (Recaídas) y 32 ítems (Recuperación) se llevó a cabo el análisis bajo la teoría de respuesta al ítem (TRI), se evaluaron los parámetros de ajuste cercano y lejano desde el modelo de Rasch, los valores INFIT y OUTFIT, tabla 5, indicaron que todos los ítems excepto el ítem tres de recaídas, se ajustaron al modelo, puesto que se encontraron en el intervalo aceptado [.4; 1.40] (Bond & Fox, 2007).

**Tabla 5.** Estadígrafos de ajuste del modelo Rasch para los ítems de los dos cuestionarios

ÍTEM	RECAÍDAS		RECUPERACIÓN	
	INFIT	OUTFIT	INFIT	OUTFIT
1	.55	.55	1.39	2.49
2	1.12	1.13	1.28	1.35
3	<b>.36</b>	<b>.36</b>	1.28	1.24
4	.75	.83	1.25	1.36
5	1.09	.97	1.26	2.37
6	1.15	.97	1.15	1.26
7	1.04	1.04	.97	.98

8	.96	.86	1.03	1.02
9	1.09	.92	1.07	1.10
10	.89	.85	.90	.94
11	1.08	1.03	.86	.67
12	1.12	1.13	.88	.75
13	.89	.87	.87	.64
14	1.04	1.03	.93	.80
15	1.88	1.53	.85	.72
16	1.15	1.10	.70	.56
17	2.09	1.76	.86	.69
18	1.97	1.65	.79	.66
19	.84	.84	.77	.57
20	1.16	1.05	.81	.85
21	1.15	.99	.71	.52
22	1.07	.95	.79	.56
23	.75	.74	.79	.66
24	.71	.74	.97	1.06
25	1.17	1.27	.87	1.00
26	.81	.79	1.18	.99
27	1.32	.90	1.24	1.38
28	.51	.63	1.29	1.16
29	.62	.77	1.03	.89
30	-	-	1.01	.91
31	-	-	1.01	1.61
32	-	-	1.86	1.70

Fuente: Elaboración propia

## Validez convergente

Para establecer el grado de relación que los cuestionarios tienen con otra prueba que evalúa el mismo constructo, se utilizó el AUDIT, el puntaje del r de Pearson fue igual a .53, ( $p < .01$ ) con el cuestionario de recaída y -.13 ( $p < .05$ ) con recuperación, relación inversa, la cual era esperada.

## Discusión

Se cumplió el objetivo, diseñar dos cuestionarios para evaluar factores personales, familiares, sociales, culturales y ambientales, predictores de recaídas y recuperación en personas con consumo riesgoso de alcohol entre 18 y 35 años, puesto que los índices psicométricos obtenidos, fueron favorables. El contenido de cada cuestionario se encuentra sustentado en los planteamientos teóricos revisados y la información obtenida en la muestra seleccionada.

La elaboración de los dos cuestionarios, es un aporte para la psicología, especialmente en seis aspectos: 1) conlleva al avance de la psicometría; 2) incluye los indicadores predominantes de recaídas en jóvenes con consumo riesgoso de alcohol; 3) proporciona insumos para el profesional clínico que atiende este tipo de población con fines terapéuticos; 4) ofrece un instrumento para la recuperación, inexistente en la revisión de la literatura realizada, que ayuda a trazar una ruta en este proceso, 5) provee una herramienta para el proceso de evaluación, que cumple con los requerimientos psicométricos exigidos para este tipo de pruebas y 6) favorece la labor de los profesionales, que realizan inferencias en función de los resultados arrojados por las pruebas psicológicas (Padilla et al., 2006), al contar con dos instrumentos válidos y fiables.

Uno de los productos de este trabajo es la información proporcionada sobre la validez y fiabilidad y el procedimiento para el análisis de ítems que ha sido destacado como una de las necesidades de los trabajos en psicometría

realizados en el ámbito colombiano (Rodríguez-Jiménez et al., 2011). Por otra parte, se ha señalado la escasez de instrumentos validados en población colombiana 13.3% y en países latinoamericanos 28.5% (Londoño et al., 2017). El presente cuestionario representa una contribución en el ámbito colombiano y latinoamericano.

En el Cuestionario de Recaídas, inicialmente se consideraron 4 antecedentes, el A que incluye preguntas relacionadas con el momento previo al intento de disminución del consumo (beber menos de 5 tragos) con tres ítems; el antecedente B con preguntas respecto al intento de disminuir el consumo, con ocho ítems, el antecedente C referido al tiempo posterior al intento de disminución de su consumo con tres ítems; el antecedente D que evalúa comportamientos relacionados con la frecuencia de dificultades asociadas al consumo con cuatro ítems y cómo resultado del análisis realizado, surgieron los antecedentes E que evalúa las oportunidades para el consumo, conformado por seis ítems y los antecedentes F y G, conformados por tres y dos ítems, que evalúan percepciones y presión acerca del consumo. Se pasa de una evaluación de un comportamiento en el tiempo con los antecedentes A, B, y C, que evalúa especialmente la intensidad del consumo y nos ubica en el modelo transteórico al antecedente D en donde ya se mencionan las dificultades asociadas al consumo. En los antecedentes E, F y G se hace referencia a las oportunidades, percepciones y presión acerca del consumo como resultado del análisis factorial, los cuales nos ubican en el modelo ecológico y en las creencias relacionadas con el consumo contempladas en la teoría cognitiva, sin olvidar que se está considerando solo un consumo de riesgo lo que implica situaciones que se presentan antes de que se presenten los trastornos.

Por su parte, el Cuestionario de Recuperación con 4 factores, armoniza con el Modelo Transteórico tanto en sus etapas como en los procesos experienciales y conductuales (Prochaska et al., 2008).

Los cuestionarios elaborados a partir de la revisión teórica realizada y su aplicación, confirman que la recaída y la recuperación son procesos secuenciales, y en el caso de las recaídas, puede presentarse un consumo antes, durante o después del intento de disminuir el consumo, están vinculadas con comportamientos relacionados con el consumo de alcohol y se deben evaluar en forma separada.

La recuperación es el momento posterior a la recaída, en el que la persona, las familias y las comunidades que padecen problemas serios de alcohol y otras sustancias, restablecen sus metas de cambio reafirmando sus fortalezas para solucionar las debilidades, adquiriendo habilidades para sobrepasar las barreras y asumir la reincidencia como parte natural del proceso de cambio por etapas, por ello regresa a la abstinencia y retoma el avance de moderación o cesación del consumo (APA, 2000; Hsiao et al., 2014; Levy & Kokotailo, 2011; White, 2007; WHO & GEMSC, 1994).

## Conclusiones

Al analizar los múltiples factores involucrados en las recaídas, la moderación y la recuperación mencionados previamente, se concluye que las evaluaciones e intervenciones que se realizan en el ámbito clínico y en la comunidad, son parciales, tienen seguimiento limitado en el tiempo y el desarrollo de sistemas de soporte adecuados aún es incipiente. Si se logra comprender la dinámica de las recaídas y de la recuperación en el tratamiento del consumo excesivo de alcohol, e implementar medidas para mejorar tanto el acceso al tratamiento temprano como su efectividad; será posible realizar acciones de prevención, control y atención basadas en la evidencia.

En la evaluación de un comportamiento tan sensible como el consumo riesgoso, es posible que los participantes traten de mentir para no quedar expuestos; esta fue una de las limitaciones del presente estudio que dificultó la consecución de la muestra, aun cuando, se les garantizó confidencialidad y no se solicitó nombre ni documento de identificación.

Se sugiere aplicar los cuestionarios a una muestra más heterogénea, o clínica, que incluya, por ejemplo, adultos jóvenes con trastornos de personalidad inestable, variable que no ha sido suficientemente explorada, hasta donde los autores conocen, lo cual podría ampliar los factores que se han encontrado en una población no clínica, especialmente relacionados con la impulsividad, la vulnerabilidad emocional y los problemas con el vínculo.

## Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores

## Financiación

Universidad El Bosque Bogotá Colombia

## Responsabilidades éticas

## Protección de personas y animales

Los autores declaran que los procedimientos se conformaron a las normas éticas el Comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

## Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de personas.

## Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores han obtenido el consentimiento informado de las personas referidas en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Agradecimientos

Universidad El Bosque, Universidad Católica de Colombia, Bogotá Colombia.

## Referencias

Aldrich, J. O. (2018). *Using IBM SPSS statistics: An interactive hands-on approach*. Sage Publications. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=tS5cDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=software+ibm+spss+version+25&ots=rsbAl-O1r8I&sig=fWRBvpwDRRINd9YF7BjBkAOphU#v=onepage&q=software%20ibm%20spss%20version%2025&f=false>

Allen, J., Mohatt, G.V., Fok, C.C.T., Henry, D., & Burkett, R. (2014). A protective factors model for alcohol abuse and suicide prevention among Alaska Native youth. *American journal of Community Psychology*, 54(1-2), 125-139.

Arias, F., Sion, A., Espinosa, R., Jurado-Barba, R., Marin, M., Maldonado, A. M., & Rubio, G. (2021). Fases de la recuperación psicológica en pacientes dependientes del alcohol tras un tratamiento intensivo: un seguimiento de 4 años. *Adicciones*. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1575>.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic criteria from dsm-iv-tr*. American Psychiatric Pub. file:///C:/Users/Pedro%20V/Downloads/DSM%20IV%20TR.pdf

Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

- Ayako, Y., & Sechinmichi, Y. (2019). Relapse risks in patients with alcohol use disorders. En *Neuroscience of Alcohol: Mechanisms and Treatment*. Academic Press. <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.unbosque.edu.co/book/9780128131251/neuroscience-of-alcohol>
- Baars, M.Y., Matthias, J., Müller, M.J., Bernd Gallhofer, B., & Netter, P. (2013). Relapse (number of detoxifications) in abstinent male alcohol-dependent patients as related to personality traits and types of tolerance to frustration. *Neuropsychobiology*, 67, 241–248. <https://doi.org/10.1159/000350483>
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT): Pautas para su utilización en Atención Primaria*. OMS/Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/05/AUDITmanualSpanish.pdf>
- Becker, H. C. (2008). Alcohol dependence, Withdrawal, and relapse. *Alcohol Health & Research World*, 31(4), 348. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh314/348-361.pdf>
- Benavente, A. P. (2009). *Medidas de acuerdo y de sesgo entre jueces*. Tesis Doctoral. Murcia, España: Universidad de Murcia, Departamento de Psicología Básica y Metodología. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/112752/TAPBR.pdf;jsessionid=5D7372847B8C766D5D16ACE3447BF0F2?sequence=1>
- Bond, T. G., & Fox, C. M. (2007). *Applying the Rash Model: Fundamental measurement in the human sciences*. 2ª ed. New Jersey, USA: Erlbaum Associates. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.686.6690&rep=rep1&type=pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Ediciones Paidós.
- Blanco-Álvarez, T., & Jiménez-Morales, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia/Risk Factors Affecting Relapse of Licit and Illicit Drug Use in Adolescents Assisted by the Institute of Alcoholism and Drug Dependence (IAFA). *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2). 147-157. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v34i02.07>
- Burton, R., & Sheron, N. (2018). No level of alcohol consumption improves health. *The Lancet*, 392(10152). 987-988. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31571-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31571-X)
- Cabarcas Acosta, K. L., Londoño Pérez, C., Pulido Garzon, D. C., & Vélez-Botero, H. (2017). Validación del programa de intervención para el consumo abusivo de alcohol: pactos por la vida. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(1), 55-68. <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0001.04>
- Castaño, G. (2013). Prevención de recaídas en adicciones. En: Velásquez, E., Olaya, A., Castaño, G., & Castro, S. (2013). *Adicciones. Aspectos Clínicos y Psicosociales. Tratamiento y Prevención* (1a edición pp. 365-368). Medellín. Antioquia: Fondo Editorial.
- Castaño-Pérez, G.A., & Calderón-Vallejo, G.A. (2014). Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 22(5), 739-746. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3579.2475>.
- Campo-Arias, A., Villamil-Vargas, M., & Herazo, E. (2013). Confiabilidad y dimensionalidad del AUDIT en estudiantes de medicina. *Psicología desde el Caribe*, 30(1). [http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla\\_revision.pdf?file=1&type=node&id=154&force=](http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_revision.pdf?file=1&type=node&id=154&force=)
- Council, N. A. (2004). *NIAAA Council approves definition of binge drinking*. *NIAAA Newsletter*, 3(5). Recuperado de: NIAAA Council approves definition of binge drinking de la Clasificación. G. D. B. (2004). [https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter\\_Number3.pdf](https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.pdf)

De la Espriella, R.A., Rodríguez, V., Rincón, C.J., Cabrera, D., Pérez, S.J., & Gómez-Restrepo, C. (2015). Consumo de alcohol en la población colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(S1), 76-88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.05.002>.

Dermatis, H., & Galanter, M. (2016). The role of twelve-step-related spirituality in addiction recovery. *Journal of Religion and Health*, 55(2), 510-521. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0019-4>

Díaz-Muñoz, G. (2020). Metodología del estudio piloto. *Revista chilena de radiología*, 26(3), 100-104. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082020000300100>

Duckor, B., Santelices, M. V., & Brandt, S. (2015). El Modelo de Rasch: Nuevos desarrollos y aplicaciones en la ciencia de la medición objetiva. *Pensamiento Educativo, Revista de Investigación Latinoamericana (PEL)*, 52(2), 1-5. <https://doi.org/10.7764/PEL.52.2.2015.1>

Dunlop, S., Freeman, B., & Jones, S. C. (2016). Marketing to youth in the digital age: The promotion of unhealthy products and health promoting behaviours on social media. *Media and Communication*, 4(3). <http://dx.doi.org/10.17645/mac.v4i3.522>

Fagan, A. A., Pinchevsky, G. M., & Wright, E. M. (2015). A multi-level analysis of the impact of neighborhood structural and social factors on adolescent substance use. *Drug and alcohol dependence*, 153, 180-186. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.022>

Fishman, M. J., Shulman, G. D., Mee-Lee, D., Kolodner, G., & Wilford, B. B. (Eds.). (2010). *ASAM patient placement criteria: supplement on pharmacotherapies for alcohol use disorders*. Lippincott Williams & Wilkins.

García, C., Calvo, F., Carbonell, X., & Giralt, C. (2017). Consumo intensivo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en población universitaria. *Salud y Drogas*, 17(1). <https://doi.org/10.21134/haaj.v17i1.282>

Giraldo-Ferrer, L. F., Velásquez-Tirado, J. D., Restrepo-Medrano, J. C., & Tirado-Otálvaro, A. F. (2016). Uso de instrumentos clínicos para la evaluación de pacientes y resultados de tratamiento en trastornos por uso de sustancias (TUS). *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(4), 749-759. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54697>

Hsiao, R. C. J., Miselis, K. A., & Varley, C. K. (2014). Substance abuse and the primary care clinician. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 7(4), 369. <https://search.proquest.com/openview/43a7cc57d6cf05513ccd-5f49ea283c3e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2034872>

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

Karriker-Jaffe, K. J., Witbrodt, J., Mericle, A. A., Polcin, D. L., & Kaskutas, L. A. (2020). Testing a Socioecological Model of Relapse and Recovery from Alcohol Problems. *Substance abuse: research and treatment*, 14, <https://doi.org/10.1177/1178221820933631>

Kelly, J. F., & Eddie, D. (2020). The role of spirituality and religiousness in aiding recovery from alcohol and other drug problems: An investigation in a national US sample. *Psychology of religion and spirituality*, 12(1), 116. <http://dx.doi.org/10.1037/rel0000295>

Korcha, R. A., Polcin, D., & Bond, J. (2016). Interaction of Motivation and Social Support on Abstinence Among Recovery Home Residents. *Journal of Drug Issues*, 46(3), 164-177. <https://doi.org/10.1177/0022042616629514>

Kuria, M. W. (2013). Factors associated with relapse and remission of alcohol dependent persons after community-based treatment. *Open Journal of Psychiatry* Vol.3 No.2(2013), Article ID:30670,9 pages <https://doi:10.4236/ojpsych.2013.32025>

Levy, S.J., Kokotailo, P.K. (2011). Committee on Substance Abuse. *Pediatrics*,128(5), e1331.

Linacre, (2016). *A User's Guide to WINSTEPS MINISTEP Rasch-Model Computer Programs Program Manual 3.92.0* <http://www.winsteps.com/winman/copyright.htm>

Londoño, C., & Alejo Castañeda, I. E. (2017). *Instrumentos usados en Colombia para evaluar la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad*. <https://publicaciones.ucatolica.edu.co/pdf/instrumentos-usados-en-colombia-para-evaluar-la-dimension-psicologica-del-proceso-salud-enfermedad.pdf>

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(3), 1151-1169. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

Lyytikäinen, L. (2016). Mutual support and recovery in the Russian Alcoholics Anonymous online community. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 33(2), 151-172. <https://doi.org/10.1515/nsad-2016-0013>

Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2005). En *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). The Guilford Press

Martin, R.A., MacKinnon, S.M., Johnson, J.E., Myers, M.G., Cook, T.A.R., & Rohsenow, D.J. (2011). The alcohol relapse situation appraisal questionnaire: development and validation. *Drug and Alcohol Dependence*, 116, 45–51.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.022> McCambridge, J., McAlaney, J., & Rowe, R. (2011). Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLoS Med*, 8(2), e1000413.

Ministerio de Justicia y del Derecho (Minjusticia) & Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) (2019).

*Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas*. <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Justicia y del Derecho [MJD], & Observatorio de Drogas de Colombia [ODC] (2013). *Estudio Nacional de Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. [http://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Estudio-consumosustancias-psicoactivas2013%20\(1\).pdf](http://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Estudio-consumosustancias-psicoactivas2013%20(1).pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social (2013a). *Estrategia Nacional de respuesta integral frente al consumo de alcohol en Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-alcohol-colombia.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2013b). *Pactos por la vida: fundamentación, principios y estructura de una estrategia para reducir el consumo problemático de alcohol*. [file:///C:/Users/pv/Downloads/3.pactos%20por%20la%20vida%20%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pv/Downloads/3.pactos%20por%20la%20vida%20%20(1).pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social (2013c). *Manual para la detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas y problemas de salud mental en los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes*. [http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Consumos%20Nocivos/manual\\_deteccion\\_consumos.pdf](http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Consumos%20Nocivos/manual_deteccion_consumos.pdf)

Molano Díaz, A. C., & Sanguino Gómez, M. A. (2015). *Toxicomanía: el alcohol y la cultura colombiana* (Doctoral disertación, Universidad del Rosario). <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/11657/Tesis%20Carolina%20Molano%20D%C3%ADaz%20y%20Mónica%20Sanguino%20Gómez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



Muench, F., van Stolk-Cooke, K., Kuerbis, A., Stadler, G., Baumel, A., Shao, S..... & Morgenstern, J. (2017). A randomized controlled pilot trial of different mobile messaging interventions for problem drinking compared to weekly drink tracking. *PLoS one*, 12(2), e0167900.

National Institute on Drug Abuse (2014). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/treatment-recovery>.

National Institute on Drug Abuse (2018). Principios de tratamientos para la drogadicción: ¿Una guía basada en las investigaciones? ¿Es eficaz el tratamiento para la drogadicción? <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones/preguntas-frecuentes/eficaz-el-tratamiento-para-la>

National Institute on Drug Abuse (2021). ¿Qué es el consumo excesivo y peligroso de alcohol? <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/el-consumo-excesivo-y-peligroso-de-alcohol#:~:text=El%20Instituto%20Nacional%20sobre%20el,0.08%20gramos%20de%20alcohol%20por>

Nguyen, L. C., Durazzo, T. C., Dwyer, C. L., Humphreys, K., Padula, C. B. Rauch, A. A., & Williams, L. M. (2020). Predicting relapse after alcohol use disorder treatment in a high-risk cohort: The roles of anhedonia and smoking. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.04.003>

Newcomb, M.D. (1995). Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. In: *Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic interventions*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. NIDA, 7-38

Obradors-Rial, N., Ariza, C., & Muntaner, C. (2014). Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 381-385. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.04.004>.

Obradors-Rial, N., Ariza, C., Contente, X., & Muntaner, C. (2020). School and town factors associated with risky alcohol consumption among Catalan adolescents. *Alcohol*, 82, 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2019.04.005>

Oficina de la Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Organización de los Estados Americanos (OEA), & Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. (2016). *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C.* <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052016-estudio-consumo-sustancias-psicoactivas-bogota-2016.pdf>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico., & The World Bank (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.

Ospina-Díaz, J. M., Manrique-Abril, F. G., & Ariza Riaño, N.E. (2012). Confiabilidad y dimensionalidad del Cuestionario para Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) en estudiantes universitarios de Tunja (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*, 28(2), 276-282. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724957010>

Padilla, J. L., Gómez, J., Hidalgo, M. D., & Muñoz, J. (2006). La evaluación de las consecuencias del uso de los test en la teoría de la validez. *Psicothema*, 18, 307-312. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3215>

Petrova, H.A., Zavarzina, O.O., Kytianova, I.P., & Kozyakov, R.V. (2015). Social and personal factors of stable remission for people with drug addictions. *Psychology in Russia: State of the Art*, 8(4), 126-138. <https://doi.org/10.11621/pir.2015.0411>

- Prieto, G., & Delgado, A.R. (2003). Análisis de un test mediante el modelo de Rasch. *Psicothema*, 15(1). file:///C:/Users/pv/Downloads/1029
- Prochaska, J.O., Redding, C.A., & Evers, K.E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. En *Health Behavior and Health Education*. (4 th edition. pp. 97-102). Jossey-Bass.
- Ramsewak, S., Putteeraj, M., & Somanah, J. (2020). Exploring substance use disorders and relapse in Mauritian male addicts. *Heliyon*, 6(8), e04731.
- Ricker, K.L. (2006). Setting cut-scores: a critical review of the Angoff and modified Angoff methods. *Alberta Journal of Educational Research*, 52(1), 53. <https://eric.ed.gov/?id=EJ739649>
- Rodríguez-Jiménez, O. R., Rosero-Burbano, R. F., Sanabria, M. L. B., & Mateus, L. H. D. (2011). Producción de conocimiento en Psicometría en instituciones de educación superior de Bogotá y Chía. *Revista Colombiana de Psicología*, 20 (1), 9-25. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/16270/23772>
- Roncero, C., Barral, C., Pérez-Pazos., & Casas, M. (2013). El Centro especializado en adicciones. Hospitalización y tratamiento ambulatorio. En: Velásquez. E., Olaya. A., Castaño. G., & Castro. S. (2013). *Adicciones. aspectos clínicos y psicosociales. tratamiento y prevención*. (1a edición. pp. 205-212). Medellín. Antioquía: Fondo Editorial.
- Rohsenow, D.J. (2011). The Alcohol Relapse Situation Appraisal Questionnaire: Development and Validation. *Drug and Alcohol Dependence*. 116, 45–51. doi: 10.1016/j. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.022>
- Rosón, B. (2008). Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clin*, 69(1), 29-44. <https://galiciaclinica.info/PDF/1/27.pdf>
- Sandoz, J. (2014). Finding God through the spirituality of the 12 steps of alcoholics anonymous. *Religions*, 5(4). 948-960. <https://doi.org/10.3390/rel5040948>
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 8 (2), 23-74. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.509.4258&rep=rep1&type=pdf>
- Schwarzer, R. (2014) *The Health Action Process Approach (HAPA)*. <http://userpage.fu-berlin.de/health/hapa.htm>
- Scoppetta, O., & Ortiz Garzón, E. (2021). Modelos Ecológicos del Desarrollo aplicados al consumo de drogas ilícitas: una revisión sistemática. *Psicología desde el Caribe*, 38(2), 167-188. <https://doi.org/10.14482/psdc.38.2.158.1>.
- Simonelli, M.C. (2005). Relapse: A concept analysis. *Nursing Forum*, 40 (1), 3. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2005.00003.x>
- Snoek, A., Levy, N., & Kennett, J. (2016). Strong-willed but not successful: The importance of strategies in recovery from addiction. *Addictive Behaviors Reports*, 4, 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2016.09.002>
- Tripodi, S.J., Bender, K., Litschge, C., & Vaughn, M.G. (2010). Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(1), 85-91. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.235>
- Tuithof, M., Ten Have, M., VandenBrinkb, W., Volleberghc, W., & Ron de Graaf, R. (2014). Alcohol consumption and symptoms as predictors for relapse of DSM-5 alcohol use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 140, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.03.035>

US Department of Health and Human Services (2000). *10th special report to the US Congress on alcohol and health*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/10report/intro.pdf>

Vargas, P., Parra Vera, M. D., Arévalo Zamora, C., Cifuentes Gaitán, L. K., Valero Carvajal, J., & de Jaramillo, M. S. (2015). Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. *Revista colombiana de psiquiatría*, 44(3). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.02.007>

Velásquez, E. (2013). Conceptos básicos y clasificación en adicciones. En: Velásquez, E., Olaya, A., Castaño, G., & Castro, S. (2013). *Adicciones, aspectos clínicos y psicosociales. tratamiento y prevención*. (1a edición. pp.50). Medellín. Antioquía: Fondo Editorial.

White, W.L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33 (3), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015>

Witkiewitz, K., Marlatt, G.A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-Based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19 (3), 211-228. <https://doi.org/10.1891/jcop.2005.19.3.211>

World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health 2014*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639eng.pdf?ua=1>

World Health Organization, Gobierno de España Ministerio de Sanidad y Consumo (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

Zhao, X., Kelly, A.B., Rowland, B., Williams, J., Kremer, P., Mohebbi, M., Carter, R., Abraham, C., Abimanyi-Ochom, J., & Toumbourou, J.W. (2020). Intention to drink and alcohol use before 18 years among Australian adolescents: An extended Theory of Planned Behavior. *Addictive Behaviors*. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106545>