



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

**FACULTAD DE HUMANIDADES
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

TESIS

**“PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN
DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND: URICA EN
ADOLESCENTES RESIDENTES DE UNA COMUNIDAD
TERAPÉUTICA DE LIMA SUR”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

JORDAN JACK BASURTO GONZALES

ASESOR

JAVIER ANDRÉS REYES RODRÍGUEZ

LIMA, PERÚ, JULIO DE 2017

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este trabajo:

A los niños de la calle y a las
personas que realmente se preocupan por ellos.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a la motivación, la cual nunca conocí tanto hasta cuando la escuché en las palabras de los niños y adolescentes de las comunidades terapéuticas, la cual fue mi inspiración para poder estudiarla y de quien estoy eternamente agradecido por impulsarme a alcanzar mis metas.

A las comunidades terapéuticas al abrirme sus puertas incondicionalmente para poder realizar la investigación.

A las personas que viven dentro de estas, quienes me apoyaron al darme su tiempo, compartirme muchas experiencias de su vida y permitirme ser parte de alguna de ellas.

A mis maestros que me enseñaron y que me dieron esa calidez que uno puede encontrar en un amigo, y que se preocuparon en mi formación como psicólogo y en las de mis compañeros, cada uno apasionado en lo que hace y con todas esas ganas de que te lleves algo de sus conocimientos.

A mis amigos, en especial a Patricia Daza, Franc Guillen y Angie Gonzales, quienes creyeron en mí y me apoyaron en las dificultades que se presentaban en la realización de esta investigación.

A mis padres por la oportunidad que me dieron para formarme profesionalmente, al darme su apoyo, confianza y esfuerzo.

A mis hermanos, que estuvieron allí acompañándome en todo momento, en especial a mi hermana Luz Nicole, que espero que cuando lea en un futuro estas palabras se motive también alcanzar sus metas propuestas.

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue adaptar y obtener las propiedades psicométricas de la escala URICA en adolescentes de una comunidad terapéutica de Lima sur. El tipo de investigación fue no experimental transversal de diseño instrumental. La muestra fue de 100 residentes adolescentes de ambos sexos (80 varones y 20 mujeres) de una comunidad terapéutica de Lima sur, con el fin de contrastar y obtener una mejor validez se adicionó una muestra de 100 adolescentes no residentes de ambos sexos (48 varones y 52 mujeres). Los resultados de la validez de esta investigación concluyeron con un coeficiente mayor a $V=0.80$ por el método V de Aiken, en el coeficiente de correlación ítem test dio como resultado la eliminación de los ítems que estaban inicialmente destinados a evaluar la subescala pre contemplativo al obtenerse valores de $ID < 0.40$. En la validez de constructo se obtuvo un alto valor de $(KMO = ,950)$, y se identificó la presencia de 3 factores que representarían a los tres estadios de cambio del presente estudio, en la validez de contraste por grupos extremos se encontró, que la escala diferencia a los adolescentes residentes de los que no lo son. Los resultados de confiabilidad obtuvieron valores excelentes en el análisis por el coeficiente de alfa de Cronbach ($\alpha = ,963$) y el análisis de dos mitades ($p = ,933$), en la confiabilidad temporal se obtuvo para los adolescentes residentes y no residentes niveles de correlación significativa. Posteriormente se realizó la creación del baremo para la población según su condición y edad.

Palabras clave: Motivación, psicometría, urica, comunidad terapéutica, adolescente, modelo transteórico

ABSTRACT

The aim of this study was to adapt and obtain the psychometric properties of the URICA scale in adolescents in therapeutic community of southern Lima. The type of research was non-experimental cross and instrumental design. The sample was of 100 resident adolescents of both genders (80 males and 20 females) of a therapeutic community in southern Lima, in order to contrast and obtain better validity was added a sample of 100 non-resident adolescents of both genders (48 males and 52 females). On the results of the validity of this research concluded with a coefficient greater than $V = 0.80$ per the Aiken's V method, the coefficient of correlation item test gave as a result the removal of items that were initially designed to evaluate pre contemplative subscale to obtain values of $ID < 0.40$. In construct validity was obtained a high value ($KMO = .950$), and the presence of 3 identified factors that would represent the three stages of change in the present study, the validity of contrast by extreme groups was found the scale difference resident adolescents who aren't. Reliability results obtained excellent values in the analysis by the Cronbach's alpha coefficient ($\alpha = .963$) and analysis of two halves ($p = .933$), in the temporary reliability was obtained for the adolescent residents and non-residents levels of significant correlation. Later was the creation of the scale for the population according to their condition and age.

Keywords: Motivation, psychometrics, Urica, therapeutic community, teen, Transtheoretical Model.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi adaptar e obter as propriedades psicométricas da escala URICA em adolescentes de uma comunidade terapêutica no sul de Lima. O tipo de pesquisa foi transversal não-experimental de design instrumental. A amostra consistiu em 100 adolescentes residentes de ambos os sexos (80 homens e 20 mulheres) de uma comunidade terapêutica em Lima, com o objetivo de contrastar e obter uma melhor validade foi adicionada uma amostra de 100 adolescentes não residentes de ambos os sexos. (48 homens e 52 mulheres). Os resultados da validade desta investigação concluída com um coeficiente maior que $V = 0,80$ pelo método V de Aiken, no teste de item de coeficiente de correlação resultaram na eliminação dos itens que inicialmente foram destinados a avaliar a subescala pré-contemplativa em para obter valores de $ID < 0,40$. Na validade da construção, foi obtido um alto valor de $(KMO = 950)$, e foi identificada a presença de 3 fatores que representaram os três estágios de mudança do presente estudo, na validade do contraste por grupos extremos, que a escala adolescentes diferença desses residentes não são. Os escores de confiabilidade obtiveram valores excelentes na análise pelo coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = ,963$) e a análise de duas metades ($p = ,933$), em confiabilidade temporal foi obtida para residentes de adolescentes e não residentes níveis correlação significativa. Em seguida, a criação da escala para a população foi realizada de acordo com a sua condição e idade.

Palavras chave: Motivação, psicométrica , urica , comunidade terapêutica , adolescente, modelo transteórico

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA
AGRADECIMIENTOS
RESUMEN
ABSTRACT
RESUMO
INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Realidad problemática	2
1.2 Formulación de problema	4
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación e Importancia	4
1.4.1 Justificación metodológica	4
1.4.2 Importancia de la investigación	5
1.5 Limitaciones	5

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación	8
2.1.1 Antecedentes internacionales	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales	11
2.2 Base teórica y científica	13
2.2.1 Droga	13
2.2.1.1 Clasificación de las drogas	13
2.2.1.2 Modelos explicativos del consumo de drogas	14
2.2.2 La Motivación	19
2.2.3 El modelo Transteórico	21
2.2.3.1 Estadios del cambio	21
a. Pre contemplación	21

b. Contemplación	21
c. Preparación	22
d. Acción	23
e. Mantenimiento	23
2.2.4 Procesos de cambio	24
2.2.4.1 Aumento de la conciencia	24
2.2.4.2 Relieve dramático	25
2.2.4.3 Autoevaluación	25
2.2.4.4 Reevaluación ambiental	25
2.2.4.5 Autoliberación	25
2.2.4.6 Liberación social	26
2.2.4.7 Contracondicionamiento	26
2.2.4.8 Control de estímulos	26
2.2.4.9 Manejo de contingencias	26
2.2.4.10 Relaciones de ayuda	26
2.2.5 Las comunidades terapéuticas	27
2.2.5.1 Las comunidades terapéuticas en el Perú	27

CAPÍTULO III: MÉTODO

3.1 Tipo y diseño de investigación	29
3.1.1 Tipo de investigación	29
3.1.2 Diseño de investigación	29
3.2 Población y muestra	29
3.2.1 Población	29
3.2.2 Muestra	29
3.2.2.1 Características sociodemográficas de la muestra	30
3.3 Variables	33
3.3.1 Variable de estudio: Estadios del cambio del consumo de droga	33
3.3.2 Variables demográficas:	33
3.4 Instrumentos de medición	33
3.4.1 Escala de la evaluación del cambio de la Universidad Rhode Island (URICA)	33
3.4.2 Norma de aplicación	33

3.4.3	Validez y confiabilidad de la Escala de la Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island en la ciudad de Trujillo	34
3.5	Procedimiento de ejecución para la recolección de datos	34
3.6	Procedimiento de análisis estadísticos de los datos	35

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1	Validez psicométrica	37
4.1.1	Validez de contenido	37
4.1.1.1	Coefficiente de validez de la prueba según V de Aiken	37
4.1.1.2	Coefficiente de validez según la Prueba Binomial	43
4.1.2	Validez de constructo	45
4.1.2.1	Validez ítem-test	45
4.1.2.2	Análisis factorial exploratorio	47
4.1.2.3	Validez por diferencia de grupos extremos	53
4.2	Confiabilidad	54
4.2.1	Análisis de la consistencia interna	54
4.2.1.1	Análisis por el coeficiente de alfa de Cronbach	54
4.2.1.2	Análisis por prueba de dos mitades	55
4.2.1.3	Confiabilidad por estabilidad temporal	57
4.3	Baremación	59

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	Discusión	69
5.2	Conclusiones	71
5.3	Recomendaciones	73

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS	75
---------------	-----------

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Muestra estudiada según la condición y sexo	30
Tabla 2	Muestra estudiada según la condición y edad	31
Tabla 3	Muestra estudiada según nivel educativo	31
Tabla 4	Muestra estudiada según la condición y tiempo de consumo	32
Tabla 5	Coeficiente V. de Aiken de la Escala URICA para adolescentes residentes	38
Tabla 6	Ítems sin modificar y modificados	39
Tabla 7	Validez de contenido de la escala Urica, según la Prueba Binomial	43
Tabla 8	Coeficientes de correlación ítem-test corregido (r).	45
Tabla 9	Prueba de KMO y Bartlett	47
Tabla 10	Análisis factorial exploratorio de la Escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island	48
Tabla 11	Índice de comunalidades de los ítems de la escala de motivación al cambio de la Universidad Rhode Island	50
Tabla 12	Matriz de componentes de la Escala de motivación al cambio de la Universidad Rhode Island	51
Tabla 13	Diferencias entre población Residente y No residente.	53
Tabla 14	Diferencia de rangos entre grupos residentes y no residentes.	53
Tabla 15	Nivel de confiabilidad de Urica para adolescentes	54
Tabla 16	Nivel de confiabilidad de la escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island para adolescentes. Diferenciado entre población residente y no residente.	55
Tabla 17	Índice de dos mitades de la escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island para adolescentes.	56
Tabla 18	Prueba de dos mitades de la escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island para adolescentes. Diferenciado entre población residente y no residente.	56
Tabla 19	Análisis por estabilidad temporal de la escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island para adolescentes en condición de residente.	57
Tabla 20	Análisis por estabilidad temporal de la escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island para adolescentes en condición de no residente	58

Tabla 21 Diferencias según la condición de la muestra	59
Tabla 22 Diferencias según el sexo de la muestra	59
Tabla 23 Diferencias según edades de la muestra	60
Tabla 24 Baremo de la URICA para adolescentes Residentes.	61
Tabla 25 Baremo de URICA para adolescentes no residentes.	61
Tabla 26 Baremo de la subescala contemplativa según edad	62
Tabla 27 Baremo de la subescala acción según edad	64
Tabla 28 Baremo de la subescala mantenimiento según edad	65
Tabla 29 Niveles de la escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island para adolescentes residentes.	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Gráfico de sedimentación. Elaboración propia

49

INTRODUCCIÓN

La investigación nos introduce hacia un tema muy poco estudiado de la motivación hacia el cambio de los adolescentes quienes por circunstancias de sus vidas entran al consumo de las sustancias psicoactivas. En esta investigación, se busca adaptar la escala de evaluación del cambio de la Universidad Rhode Island desarrollado por McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer en 1983 para adolescentes en una comunidad terapéutica registrada en la Asociación de Comunidades Terapéuticas del Perú. Muchos trabajos de investigación que se realizaron con este cuestionario fueron realizados con población adulta, mas no con menores de edad, tal vez el motivo de esto sea la escasez de comunidades terapéuticas formales en el Perú que residan a este grupo etario, quienes no están excluidos de pasar por el proceso de motivación al cambio, por existir en ellos la necesidad de aprender a llevar un estilo de vida que no incentive al maltrato o de poder alejarse de las drogas que los conducen a realizar actos de los que luego se arrepienten, y que los alejan cada vez del amor de sus seres queridos o en mayor amplitud de la misma sociedad.

El primer capítulo de esta investigación describe la realidad problemática del aumento de adolescentes que inician el consumo de sustancias psicoactivas, cada vez a más temprana edad en los últimos años. También se plantea el problema de que una vez que la escala esté adaptada obtenga una favorable propiedad psicométrica para ser usada en la población.

En el segundo capítulo, de la presente investigación se trata la base teórica en el que se sostiene.

El tercer capítulo, trata sobre el diseño de investigación, la característica de la población adolescente, las variables de estudio, el instrumento de medición y los procedimientos de recolección de datos.

El cuarto capítulo está dirigido a la presentación de resultados donde se responde las interrogantes de la validez y confiabilidad de la adaptación de la escala en la población adolescente.

En el quinto capítulo, se realiza la discusión, las conclusiones, se presenta recomendaciones correspondientes y se finaliza con los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Realidad problemática

En nuestra realidad y no ajeno a otros países extranjeros, existen los adolescentes y niños de la calle, quienes poseen entre 7 a 17 años de edad, los cuales habitan en las calles de las ciudades, que por motivos de maltrato infantil como forma de crianza familiar, la falta de redes de soporte que generalmente se produce cuando el menor escapa de su casa y no encuentra lugares familiares donde quedarse hospedado, llegan a vivir en la calle en la cual al entrar en contacto con pares similares, forman un tipo de soporte alternativo, adoptando sus costumbres y conductas de sobrevivencia, entre ellas el robo, la mendicidad y el uso de drogas, habitualmente los inhalantes, como el terokal que por su bajo costo es muy accesible para ellos. Adicional a esto, se incluye el bajo control de impulsos, la desconfianza ante los demás, el problema con la autoridad, la exacerbación de la sexualidad y la agresividad (Mundo Libre, 2003).

Según la investigación de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2012) se encontró que 40,5% de escolares encuestados consumió alguna droga legal en un momento de su vida, este es un aproximado de 900 000 escolares; el 23.3% lo hizo en el último año y el 12,3% en los últimos 30 días; habiendo sido el alcohol la droga legal más usada por los escolares. El 25% de escolares que declararon haber consumido alcohol dieron inicio a la ingesta entre los 8 y 11 años de edad. El 50% de bebedores escolares se iniciaron en el consumo de alcohol a los 12 y 14 años de edad.

El 40,5% de los escolares encuestados informaron haber consumido alguna droga de tipo legal, ya sea el alcohol o tabaco, de los cuales el 23% de ellos habían consumido en el último año antes de la encuesta, y en el último mes el 12,3%.

En el consumo de drogas ilegales, como PBC, marihuana, inhalantes, éxtasis, etc., se obtuvo que el 8.1 % de los estudiantes encuestados consumieron una de estas sustancias en un momento de su vida, esto es un aproximado de 177,000 adolescentes, un 3,8% lo han hecho en el último año y un 2.1% en los últimos treinta días.

El 5.5% de los estudiantes encuestados, consumieron alguna droga médica sin prescripción médica en algún momento de su vida. En el último año el 3,2% de los estudiantes encuestados consumieron este tipo de sustancia y el 1,9% en el último

mes antes de la encuesta.

El 11.6% de estudiantes, que no habían consumido bebidas alcohólicas un año antes de la encuesta, comenzaron el consumo en los últimos doce meses. La incidencia en el inicio del tabaco a los doce últimos meses fue de seis por cada cien escolares.

La marihuana es una de las drogas de mayor incidencia de consumo. Los escolares que no usaban esta droga un año antes de la encuesta y que comenzaron en los doce últimos meses fue de 1.5 por cada cien.

Respecto a la edad en el que se inicia el consumo de drogas, se encontró que se promedia entre los 13 a 14 años. En las drogas legales la edad de inicio está sobre los 13 años y en las drogas ilegales se encuentran sobre los 14 años de edad, pero resulta preocupante que la edad en el que los menores inician el consumo de inhalantes y alucinógenos se encuentran por debajo de los 13 años.

La edad más baja encontrada en el inicio de las drogas se obtuvo en el consumo de bebidas alcohólicas el cual se encuentra en los 8 años de edad. Uno de cada cuatro escolares, que consumió alcohol en algún momento de su vida, lo inició a los 8 y los 11 años de edad.

La edad más baja hacia el uso al cigarrillo se encuentra en los 8 años de edad. Uno de cuatro estudiantes que consumieron cigarrillos en algún momento de su vida, lo iniciaron entre los 8 y 11 años de edad.

En el inicio del consumo de los inhalantes, uno de cada dos estudiantes que declararon usar la sustancia inició el consumo entre los 11 a 13 años. Pero el 25% comenzó a consumir esta sustancia entre los 7 y 10 años de edad.

La edad de inicial al consumo de la marihuana, PBC y la cocaína fue entre los 13 y 14 años. Mientras que uno de cuatro lo iniciaron entre los 10 y 12 años.

En el consumo del éxtasis, el 50% de los escolares encuestados que declararon haber usado esta sustancia, inicio su uso a los 13 y 15 años; y el 25% lo realizó a los 9 y 12 años de edad.

Uno de cuatro estudiantes que declararon haber consumido medicamentos sin prescripción de un médico, se iniciaron en el consumo de esta sustancia entre los 7 y 10 años. Y el 50% lo inicio entre los 11 y 14 años de edad.

La incidencia menor en el uso de estimulantes se registró a los 10 años de edad, los cuales representaban el 25% de los escolares que declararon usar la sustancia, mientras que el 50%, que es uno de cada dos escolares, lo realizó entre los 11 y 14 años de edad.

1.2 Formulación de problema

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island: URICA adaptada a adolescentes residentes de 12 a 18 años de una comunidad terapéutica de Lima Sur?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar las propiedades psicométricas de la escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island: URICA adaptada a adolescentes residentes de 12 a 18 años de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Realizar una adaptación lingüística de la escala a la población de adolescentes de 12 a 18 años de una comunidad terapéutica de Lima Sur.
2. Establecer la validez del instrumento en la muestra mediante el análisis de validez de constructo y validez de contenido.
3. Establecer la confiabilidad del instrumento en la muestra mediante la prueba de dos mitades y consistencia interna.
4. Elaborar las normas percentilares de la escala de Evaluación del cambio terapéutico – URICA en adolescentes residentes de 12 a 18 años de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

1.4 Justificación e Importancia

1.4.1 Justificación metodológica

La justificación que se da a esta investigación es que el instrumento adaptado podrá facilitar futuras investigaciones en la motivación al cambio de los adolescentes residentes de comunidades terapéuticas o en programas terapéuticos con el fin de evaluar su motivación ante el tratamiento, también podrá ser usado

por los responsables de algún programa de tratamiento para identificar a residentes que necesiten un mayor refuerzo motivacional en su tratamiento.

1.4.2 Importancia de la investigación

La relevancia de esta adaptación es que existe una necesidad de tener al alcance instrumentos validados y confiables, ya que en la práctica se sigue utilizando versiones de instrumentos psicológicos no adaptados al entorno del sujeto, esto son resultados de los pocos estudios de baremación y estandarización de las pruebas psicológicas (Sanchez-López, Thorne, Martínez, Niño de Guzman y Argumedo, 2002).

Es de suma importancia tener a nuestra disposición una escala que evalúe los estadios de la motivación al cambio donde se encuentren ubicados la población de adolescentes de 12 a 18 años, ya que existe una carencia de instrumentos psicométricos que evalúen a este grupo etario. Y en la actualidad, se encuentra en vigencia la Ley 29765, el cual demanda que las comunidades terapéuticas en el Perú se encuentren en la formalización, y a seguir una serie de normas en la cual figura la obligación de que las comunidades terapéuticas deban tener instrumentos de recolección de información confiables.

Este instrumento no solamente se limitará a la evaluación de adolescentes residentes de Lima sur, sino podrá ser usado por otras comunidades terapéuticas que decidan emplear esta prueba psicológica en población con similares características.

1.5 Limitaciones

Las limitaciones en el presente trabajo de investigación son:

- La dificultad de contactar con la población adolescente de las distintas comunidades terapéuticas.
- La falta de un presupuesto económico mayor para alcanzar una muestra más extensa.
- La falta de participación de algunos miembros de la muestra.
- Población muy limitada y escasa.

- Evasiones de los residentes antes de terminar la fase de acogida del tratamiento.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Richaud de Minzi, Barrionuevo y Mussi (2001) usaron la escala de evaluación del cambio de la universidad Rhode Island y el cuestionario de afrontamiento de Lazarus y Folkman en una muestra de 60 sujetos con problemas de sobrepeso, de los cuales 11 eran varones y 49 mujeres, la media de la edad era de 40,70; quienes se habían inscrito en el Servicio de Salud Mental del Sanatorio Adventista de Villa Libertador San Martín de la Provincia de Entre Ríos dentro de un programa para el cambio de sus hábitos alimenticios. La investigación tuvo como objetivo analizar las características de los estilos de afrontamiento según los estadios de cambios. Los resultados indicaron que ha mayor estadio de cambio, se caracteriza por una mayor conciencia del problema, y la diferencia es de mayor importancia en el estadio de mantenimiento con la de pre contemplación y contemplación. Además, se encontró una menor frecuencia de afrontamiento a través de la descarga emocional y redefinición cognitiva en los estadios de contemplación y precontemplación a diferencia de los estadios de mantenimiento y acción. El sujeto en las últimas fases se vuelve más reflexivo, sin embargo, tiene una tendencia a poder recaer en conductas impulsivas, lo cual crea dudas de poder controlar su conducta problema

Da Silva, Laranjeira, Brasil, Leal y Di Giorgio (2003) en un estudio en el cual exploraron la correlación de los estadios de cambio y el nivel de alcoholismo, tomaron como muestra a 120 alcohólicos y administraron el Shortform Alcohol Dependence Data (SADD) y la Escala de Evaluación para el Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA). El estudio dio como resultado que existe una correlación positiva y de intensidad baja por el método de Rho de Spearman ($r_s = 0,197$; $p = 0,031$) entre el estadio de mantenimiento y la dependencia del alcohol. Se resalta en conclusión la importancia de la administración de instrumentos para realizar mejorías de la psicoterapia en esta población.

Hasler, Klaghofer y Buddeberg (2003) realizaron la adaptación y validación del URICA para la población alemana, en una muestra compuesta de 129 pacientes con trastornos de la alimentación. Se obtuvo que la consistencia interna de las sub escalas se categorizaba en buena y muy buena. Los promedios y desviaciones estándar fueron similares a los encontrados en la validación original de instrumento.

La validación de esta versión de URICA que tenía 24 ítem se agrupa en tres factores por análisis factorial, que juntos explican el 52% de la variación total y poseían la consistencia interna de $\alpha = 0.86$. El estudio concluyó que la escala de URICA mostro ser un instrumento válido para evaluar la dimensión motivacional para la modificación de la conducta problema.

Dozois, Westra, Collins, Fung y Garry (2004) realizaron un estudio para validar la escala de URICA en personas que tenían problemas de ansiedad. La muestra consistió de 252 alumnos, con un promedio de 20 años de edad evaluados con el inventario de ansiedad de Beck. El análisis estadístico indicó que la escala de URICA presentó en total una consistencia interna de alta intensidad ($\alpha = 0,79$), así como en sus subescalas: precontemplativo ($\alpha = 0.77$), contemplación ($\alpha = 0,80$), acción ($\alpha = 0.84$) y mantenimiento ($\alpha = 0,82$). Los investigadores también realizaron una validación de la escala URICA con pacientes diagnosticados con ansiedad (trastorno de pánico con o sin agorafobia). La muestra estaba compuesta de 81 sujetos. De manera similar, los resultados demostraron un alto coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = 0,83$) para la consistencia interna total de URICA y para su subescalas de: precontemplación ($\alpha = 0,73$); contemplación ($\alpha = 0,79$), acción ($\alpha = 0,90$) y mantenimiento ($\alpha = 0,81$).

Henderson, Saules y Galen (2004) investigaron la validez predictiva de las etapas de cambio en el dependiente de la heroína, usando el URICA para predecir la adherencia al tratamiento en 96 participantes investigando sus muestras de orina cada 3 veces por semana para descartar presencia de heroína o cocaína durante un programa de 29 semanas de tratamiento. El estudio demostró que los sujetos que obtuvieron mayor puntaje en el estadio de mantenimiento, tenían sus muestras de orines libres de cocaína y una mayor adherencia al tratamiento. La consistencia interna de las subescalas de URICA con respecto al uso de drogas ilícitas fue demostrado para ser usado oscilando entre 0,71 a 0,88.

Da Silva (2005) realizó una investigación con 39 adolescentes consumidores de marihuana, con un promedio de edad de 16 años. El objetivo de la investigación fue la de comprobar la efectividad de la entrevistas motivacionales e intervención breve. Para ello se uso la Escala de Evaluación para el Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) obteniéndose que el 84% de los participantes se

encontraban en el estadio precontemplativo. La investigación dio como resultado una mayor concientización del estilo de vida dañino que mantenían los adolescentes, el cual pudo ser identificado por la escala.

Orsi y Oliveira (2006) en su investigación evaluaron 70 cocainómanos internados con la Escala de Intensidad de Dependencia a la Cocaína (EIDC), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Evaluación para el Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA). Los promedios obtenidos por las sub escalas de precontemplación (17,03); contemplación (35,63); acción (35,10) y mantenimiento (33,33). La hipótesis de la investigación era de estudiar la correlación entre la gravedad de la dependencia de la cocaína, la intensidad de la ansiedad y depresión con los estadios del cambio, sin embargo, solo se encontró que el estadio de mantenimiento presentó una mayor gravedad hacia la dependencia ($r = 0,274$), y una tendencia significativa a los síntomas depresivos, lo cual indicaría la posible reflexión que hicieron estos individuos por encontrar el cambio a sus problemas a diferencia de los sujetos que se encontraron en otros estadios.

Szupszynski y Oliveira (2008) realizaron un estudio para adaptar y validar una versión reducida de la escala de la motivación al cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) para usuarios consumidores de sustancia ilícita en Brasil. La investigación tuvo como muestra a 214 sujetos de entre 13 a 44 años de edad, de los cuales 194 eran varones y 20 mujeres. El análisis dio como resultado una buena consistencia interna de la escala en total ($\alpha=0,657$), y por subescalas se obtuvo para la fase Precontemplativo ($\alpha=0,713$); la fase Contemplativo ($\alpha=0,768$); Acción ($\alpha=0,813$); y Mantenimiento ($\alpha=0,732$). Con el análisis estadístico fue posteriormente construido el T-score, lográndose al final una escala que ayudara a investigar la motivación para el cambio de la conducta problema.

Armentano (2009) realizó una investigación con el objetivo estudiar las propiedades psicométricas de la escala de evaluación de cambio Universidad de Rhode Island (URICA) hacia el comportamiento de comer compulsivamente. La muestra fue comprendida por 175 sujetos que residían en Porto Alegre - Brasil quienes se encontraban entre los 18 a 65 años de edad, de los cuales 164 eran mujeres y 11 hombres, edad media de 41,05 años obteniendo una consistencia

interna de $\alpha=0,80$ y $0,53$ para la subescala de precontemplación, $0,73$ para la subescala de contemplación, $0,90$ en la subescala de acción y $0,81$ en la subescala de mantenimiento.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Vallejos, Orbegoso y Capa (2007) con el propósito de identificar la confiabilidad y validez de la Escala URICA, realizaron una investigación en el que tomaron una muestra no probabilística de 105 drogodependientes del sexo masculino, quienes se encontraban entre los 18 y 60 años de edad, los cuales 91 de ellos pertenecían a una comunidad terapéutica y 22 eran de un Centro de día de la ciudad de Trujillo. Los autores obtuvieron como resultado que la Escala URICA presentaba una confiabilidad alta al conseguir un valor de alpha de Cronbach de ($\alpha= 0,81$) y una aceptable validez de constructo al ser sometido a un riguroso análisis factorial exploratorio al haberse comprobado la existencia de cuatros factores.

Rojas y Espinoza (2008) realizaron una investigación donde evaluaron las intervenciones realizada en el programa “Lugar de Escucha” de CEDRO, en una muestra no probabilística e intencional de 128 consumidores de SPA, los cuales $9,4\%$ eran mujeres y $90,6\%$ varones, con edades de 15 a 51 años de edad, quienes se ofrecieron de forma voluntaria. En esta investigación, se realizó un estudio piloto para adaptar los ítems de la Escala URICA a nuestra realidad, para ello se hizo una revisión en la confiabilidad haciendo uso del método de consistencia interna de Kuder-Richardson, obteniendo un error de medición muy bajo, también se revisó la validez de contenido dando como resultado estar en el margen de error permitido en los estudios psicológicos.

Jara (2008) realizó un estudio sobre la motivación para el cambio conductual en pacientes que reciben tratamientos especializados, la muestra fue de 270 pacientes de los cuales 93 fueron del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 71 del hospital Hermilio Valdizán y 108 del hospital Honorio Delgado Hideyo Noguchi, las edades de los pacientes se encontraban entre los 14 a 81 años de edad, hallándose que el mayor inicio de consumo se da entre los 16 a 24 años. En este estudio, se realizó un análisis en la validez y confiabilidad del instrumento para ser usada en nuestra realidad, dando como resultado que la escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island presentaba un adecuado nivel de discriminación de

los ítems hacia la muestra del estudio. La confiabilidad fue revisada por el método de la consistencia interna, haciendo uso del alpha de Cronbach obteniendo coeficientes altos que se encontraban en el rango ideal para ser considerado confiable.

Yataco (2008) aplicó el instrumento a una muestra piloto con el propósito de hallar la validez y confiabilidad, haciendo uso del coeficiente R de Pearson, y la prueba de consistencia interna por el alpha de Cronbach. El resultado del estudio piloto dio un valor de 0.79, el cual indicaría una buena confiabilidad, con la cual se pudo llevar a cabo su investigación.

Fasce (2003) con el objetivo de identificar la correlación de los procesos de cambio, los estadios de cambio motivacional y el tiempo de internamiento. Realizó la investigación tomando una muestra de 56 varones residentes de centros de rehabilitación en Lima Metropolitana. Para ello se hizo uso del Inventario de Procesos de Cambio, el Inventario de Personalidad NEO revisado (NEO PI-R) y la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA). Los resultados indicaron que el tiempo en el cual un residente se encuentra internado y su personalidad no tienen índices significativos en el proceso de cambio ni en los estadios de cambio.

Roth y Exeni (2010) realizó una investigación con el fin de adaptar la Escala URICA al contexto sociocultural boliviano, para ello se estudió una muestra no probabilística de 402 participantes, entre los cuales 154 eran mujeres y 248 varones de la ciudad de La Paz, de entre 14 y 80 años de edad, todos fumadores de tipo habituales. Como resultado de la validez factorial se obtuvo saturaciones en tres componentes (precontemplativo, contemplativo y acción), obteniendo por eliminar la escala de mantenimiento. La rotación produjo saturaciones superiores a .370, y la confiabilidad indicaron una consistencia adecuada de la escala al obtenerse un coeficiente alfa de .860 y por la sub escala de .63 en precontemplación, .86 para contemplación y .84 para acción.

2.2 Base teórica y científica

2.2.1 Droga

Para el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2014) “droga es todo compuesto químico o sustancia natural que altera la estructura y funciones del cerebro y del cuerpo”. Este compuesto químico operan en el cerebro, al penetrar en el sistema de comunicación bioeléctrica, interviniendo en los mensajes de las células nerviosas que transmiten, reciben y procesan. Algunas drogas, pueden activar a las neuronas por su forma química similar a los neurotransmisores, sin embargo, la activación de las células nerviosas por esta vía hace que se envíen mensajes de forma distorsionados en la red neuronal.

2.2.1.1 Clasificación de las drogas

Las drogas según la clasificación de sus efectos en el sistema nervioso central son:

Las drogas de tipo depresoras del SNC o psicodépticos son inhibidoras de la actividad del SNC, entorpecen las funciones nerviosas y el ritmo corporal. Los efectos que provocan es de somnolencia, sedación, sueño, relajación e inclusive la coma.

Las drogas de tipo estimulantes del SNC o psicoanalépticos producen una aceleración del SNC, incrementando las funciones nerviosas y corporales.

Las drogas de tipo alucinógenos o psicodislépticos, llamadas además perturbadores del SNC. Provocan una alteración de la conciencia, desfiguran la percepción y provoca la emisión de imágenes sensoriales sin ningún ingreso real del ambiente.

Otra clasificación es la que constituyen las drogas de tipo social e ilegal. La droga de tipo social o legal es la que tiene un libre comercio en la población, en contraste a las ilegales que no son aceptadas en la sociedad y se encuentran asociados al tráfico ilícito, la violencia y a la corrupción. Entre las principales drogas de tipo ilegal se encuentran los derivados de la cocaína (PBC, crack y el clorhidrato), la marihuana y las drogas sintéticas. (CEDRO, 2015).

Anicama, Vizcardo, Mayorga, Henostroza, Palacios, Jurado, y Tomas (1999) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores de riesgo que se encuentran relacionado en el abuso de drogas y su prevalencia en niños de 6 a 12 años de Lima Metropolitana. La muestra fue de 529 sujetos, de los cuales 249 eran varones y 273 mujeres. Para ello se elaboró un cuestionario para identificar los factores de riesgo el cual se correlaciono con una versión abreviada de la escala DUSI.

La investigación dio como resultado que el factor de riesgo más significativo es del área de las relaciones familiares, en donde se incluye la forma de crianza, que a pesar que los niños y adolescentes se encuentran sobreprotegidos por los padres, hay un uso frecuente de castigo físico y verbal, las peleas frecuentes entre hermanos y el quedarse callado ante las dificultades. También se encontró significancia alta las variables personales en sus hábitos de conducta, como es el irritarse con facilidad al no obtener lo que desean, la inestabilidad emocional al cambiar sus estados de ánimos con facilidad, el presentar una mayor ansiedad que sus pares y el encontrar atractivas las actividades de riesgo.

En los factores protectores con mayor significancia están; el área de desarrollo psicobiológico, encontrarse en buen estado de salud; el área de las relaciones familiares, el sentirse queridos y valorados por los miembros de su familia y compartir momentos agradables con ellos; el área de patrones de conducta, donde el componente moral de las consecuencias negativas de las drogas, el ser popular y la aceptación de los amigos; el área de interacciones escolares y sociales, el tener amistades con quien confiar sus preocupaciones y experiencias, el apoyo y cariño de sus maestros y el participar activamente durante las clases. Por último, el área de la comunidad con la existencia en el barrio, de grupo y amigos con quienes se integran para la participación en distintas actividades de recreación en uso del tiempo libre.

2.2.1.2 Modelos explicativos del consumo de drogas

La clasificación de las teorías y modelos que explican el consumo de drogas y la prevención de la drogodependencia están clasificados en tres grandes grupos. El primero de ellos son las teorías parciales o basados en pocos componentes, el

segundo se hallan las teorías integrativas y comprensivas y el tercero de ellos se encuentran las teorías de estadios y evolutivas. (Becoña, 2002, p.76).

El primer gran grupo que son las teorías parciales o basados en pocos componentes, contienen las teorías y modelos biológicos que demuestran a la adicción como un trastorno con sustrato biológico, sujetando la explicación a un origen biológico. Además, en este grupo se encuentra la hipótesis de la automedicación, el cual se indica que una vez que el sujeto descubre, prueba y nota los efectos positivos de la sustancia, su organismo requerirá autorregularse mediante la misma (Casas, Pérez, Salazar y Tejero, 1992).

El modelo de creencias de salud y de competencia. Según este modelo la enfermedad infecciosa es resultado entre la interacción entre el huésped, el medio ambiente y el agente. De tal forma en el ámbito de las drogas, el huésped es el individuo; el medio ambiente es el medio social, físico y biológico; y el agente las drogas. (Costa y López, 2000).

Las teorías del aprendizaje se enfocan en la conducta como resultado en las que se basan las leyes del condicionamiento operante, clásico y aprendizaje social. Las teorías de este grupo explican cómo se adquiere la conducta, como se aprende nuevas y como poder debilitar las conductas ya existentes en su repertorio conductual del sujeto (Becoña 2002).

En la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975), trata de demostrar que existe la posibilidad de predecir la conducta desde las actitudes del sujeto y las creencias que se tiene de sí mismo, con las normas subjetiva. El ser humano como ser racional procesa la información para poder tomar una decisión que lo llevara a realizar o no la conducta. (Becoña, 1986).

Las teorías psicológicas basadas en causas interpersonales, se encuentra el modelo de la mejora de la estima de Kaplan, Johnson y Bailey (1986) el cual indica que el adolescente busca la aprobación de sus conductas, así la decisión de mantener una conducta desviada o convencional dependerá de varios elementos como son las fuentes de socialización, el bajo rendimiento escolar o la historia de los problemas familiares. Si la conducta convencional es menos reforzante que la

desviada, existirá entonces una debilitación en las normas convencionales y vínculos sociales que lo sostenían.

La teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996) indica que un acto que es considerado como desviado, llega a ser adaptativo por el sujeto ya sea por una norma o por las expectativas de un grupo en concreto que lo define como adaptativo. Respecto estas teorías la persona busca encontrar su valoración positiva a través de la aceptación de las personas de su grupo, lo cual lo llevará a realizar actividades desviadas que le lleven a disfrutar de nuevas experiencias.

Modelo basado en la afectividad de Pandina (1992). Según este modelo la afectividad es considerada como un mecanismo importante en el control y determinación de la conducta. Por lo cual las drogas de abuso son poderosos inductores de afecto positivo y reductores del afecto negativo. Para las personas que se sienten privados crónicamente de refuerzo positivo y que necesiten niveles altos de activación, es muy probable que encuentren atrayente y deseable el consumir drogas (Becoña, 2002).

Las teorías con base sistémica y las demás teorías derivadas de ellas, parten que el consumo de droga es la expresión inadaptada de la conducta de un o más integrantes de la familia, lo que conlleva a su disfunción sistémica (Waldrom, 1998).

El modelo social de Peele (1985), indica que la interpretación de la experiencia y la forma de cómo responde en el nivel fisiológico, emocional o conductual son los que provocaría la adicción. Entonces el consumo de drogas sería una “muletilla” que tiene el sujeto para afrontar situaciones de la vida ante las situaciones de estrés, dolor, ansiedad, etc., para sentirse en “equilibrio” con el mundo. El adicto caracterizado por su dependencia y su pasividad, escapa del esfuerzo que conlleva adaptarse en su entorno, excusándose en su adicción por ser de efecto inmediato y seguro.

El segundo gran grupo lo constituyen las teorías integrativas y comprensivas. Los cuales se basan, en algunos casos, en la integración de diferentes componentes de otras teorías y en algunos otros, en una teoría comprensiva que explica por si misma el problema.

La teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social de Bandura (1986), es la teoría de mayor importancia al ámbito de las drogodependencias, esta teoría esta basada en los principios de la cognición, la persona y el aprendizaje en conjunto a los componentes ambientales en el que se lleva a cabo el comportamiento. El individuo al ser influenciado por la familia, grupo de pares y modelos deseables y no deseables por la sociedad, va creando costumbres, actitudes, pensamientos y valores que lo marcarán de modo importante en su decisión a futuro respecto al consumo de drogas.

El modelo de desarrollo social de Hawkins, Catalano, y Miller (1992) explica la conducta antisocial haciendo relevancia a los factores de protección y de riesgo. Los procesos que lleva a realizar una conducta antisocial o prosocial son similares. La conducta de tipo antisocial como es el consumo de drogas se produciría cuando: 1) se niega al individuo a participar en una vida prosocial, o porque esta no produjo un reforzamiento adecuado cuando se realizó la conducta. 2) Cuando su unidad de socialización inmediata presenta creencias de tipo antisocial y 3) Cuando aún en presencia de vínculos prosociales, la evaluación de su coste y beneficio es de bajo interés para el individuo, la conducta antisocial resultará para el sujeto más reforzante.

La teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor (1991) comprende a los factores de riesgo y otras de protección, unas conductas de riesgo y unos resultados de riesgo. Entre los grupos de factores de riesgo y protección se encuentra las siguientes dimensiones biológico-genéticos, medio percibido, medio social, conducta y personalidad; en las conductas de riesgo de los adolescentes son considerados las conductas problemas, las conductas relacionadas hacia la salud y la conducta escolar. Entre los resultados del riesgo conceptúan los resultados del compromiso de salud y vida, donde son considerados la salud, el desarrollo personal, la preparación para la vida y los roles sociales. Para esta teoría es de suma importancia poder identificar los factores de riesgo, con el propósito de poder disminuirlo y aumentar los factores protectores, en los adolescentes que viven en entornos desfavorables.

El modelo basado en el autocontrol de Santacreu y Froján (1992) proponen que propio del desarrollo evolutivo del adolescente en buscar su independencia del

refuerzo paterno y poder conseguir una mayor capacidad de autocontrol, interactúa con su medio donde puede llegar a obtener una sociabilización inadecuada como es el consumo de drogas, esto no sería determinante para conseguir la adicción por que dependerá del nivel de autocontrol que tenga el sujeto. Al no llegar al grado de competencia exigido por el medio, se le niega los refuerzos deseados, es ahí donde el adolescente con el fin de encontrar gratificación optará por tomar vías alternas socialmente aceptadas como es el consumo de drogas.

El tercer gran grupo de teorías, están basados en los estadios o en el desarrollo evolutivo de las personas en relación a su madurez para explicar el consumo de drogas.

El modelo evolutivo de Kandel (1975) explica que el consumo de drogas se inicia a través del consumo de drogas legales, siendo esto el paso de entrada hacia otro tipo de drogas más fuertes o ilegales. La secuencia probabilística que se da hacia el consumo de drogas ilegales son las siguientes 1) cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) marihuana, y 4) otras drogas ilegales. Para la autora esta secuencia no es determinante ya que existe muchos factores que influenciarían en la toma de decisión hacia consumo de las drogas, como son la familia y sus iguales. Este modelo fue uno de los pioneros en los años 70 en lo que es la prevención hacia el consumo de drogas.

El modelo psicopatológico por Glantz (1992) se basa en factores neurológicos y genéticos que predisponen a las conductas de riesgo. Los adolescentes de alto riesgo probablemente mantengan una relación oposicionista con sus padres, poca adaptabilidad, y con mayores conductas desviadas a diferencia de compañeros de su misma edad. Esta característica puede llevarlo a reunirse con grupos que mantiene conductas desadaptativas y con ello entrar al consumo de drogas. Este modelo no trata de ser pesimista, pues el ser vulnerable es distinto al de destino, porque muchos individuos a pesar de encontrarse cerca de muchos factores adversos, no llegan a convertirse en consumidores, ya que también están expuesto a factores protectores que contrarrestan a los adversos.

Chatlos (1996) se basa en tres componentes o etapas que son claves para la adquisición de la conducta de consumo de sustancias, e identificarlos ayudaría en la prevención y tratamiento del problema, las etapas son: 1) Antecedentes o predisposición como es tener padres consumidores, problemas mentales, abuso sexual, físico o psicológico. 2) Los concomitantes o uso de drogas, como puede ser la presión de los grupos de pares y el refuerzo positivo que provoca la droga. 3) Mantenimiento, aquí tiene importancia los pares que promueven el consumo, mostrando formas de consumir, enfocarse solo en los efectos placenteros e ignorar las consecuencias negativas del consumo. Este modelo a pesar de ser simple ha ayudado en nuestros tiempos en la prevención primaria, secundaria y terciaria.

El modelo de los estadios o etapas de Werch y Diclemente (1994) está basado en la presencia de una secuencia de estadios, que va desde el no consumo de drogas hasta el consumo continuo, las fases se caracterizan individualmente en: 1) cuando el sujeto no contempla el usar drogas; 2) cuando el sujeto piensa en empezar el consumir; 3) cuando se proyecta el consumir en un futuro próximo; 4) cuando se inserta en el consumo por primera vez; 5) cuando se mantiene el consumo. El modelo ayudaría pues a intervenir de forma primaria en los jóvenes, al sugerirles la abstinencia a iniciarse en el consumo, o sino a no continuar pasando a la siguiente fase donde se encuentra (Becoña, 2002).

2.2.2 La Motivación

Según Miller y Rollnick (1999) la motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, en constante cambio y puede fluctuarse de un momento a otro o de una situación a otra. Este estado puede ser influenciado por múltiples factores externos como internos.

Desde diversos paradigmas muchas veces contradictorias la motivación puede ser concebida como un impulso psíquico u orgánico que mueve internamente al sujeto, o también diferentes autores proponen que la motivación puede ser algo externo que actúe sobre el sujeto. Del mismo modo hay teorías que combinan ambas propuestas indicando que la motivación puede ser impulsado por una fuerza interna y externa (Mesurado, 2008, p.1).

En las teorías que proponen que la motivación es intrínseca se encuentran el psicoanálisis, que indica que la fuente de motivación humana se encuentra en una fuerza inconsciente que se encuentra en lo profundo del psiquismo humano. Así el “ello” es quién posee los instintos e impulsos que mueven al hombre.

Para Dollard y Miller (1950) el impulso produce incomodidad, lo que realiza que el sujeto busque saciar esta necesidad. El poder disminuir la sensación de incomodidad del impulso se convierte en un reforzador. Los impulsos son divididos en dos grandes grupos: Los primeros son los impulsos primarios, que son representados por las necesidades básicas o de tipo biológica. Los segundos son de tipo secundario que son aprendidos por las influencias sociales y culturales.

Para Maslow (2014) la motivación es la reducción de la tensión de satisfacer estados de carencia de alguna necesidad. Este autor elaboró una pirámide en la que clasificó las necesidades de la siguiente forma: las necesidades fisiológicas, las de seguridad, las de pertenencia y amor, las de autoestima y la de la autorrealización.

Como teoría que propone que la motivación es extrínseca al sujeto, tenemos a la propuesta por Skinner (1938) quien señala que es un estímulo que se encuentra en el ambiente el que provoca la conducta del sujeto como respuesta. Propuso la teoría del reforzamiento, que se basa en el reforzamiento negativo y positivo, y el castigo. Según Skinner no es necesario entender las necesidades ni las razones por las que el sujeto trata de satisfacerlas, sino solo es necesario entender la relación entre la conducta y sus consecuencias para poder crear condiciones que motiven a la realización de conductas deseadas y desmotiven a las que no lo son.

En las teorías que proponen que la motivación se da por una combinación de la atracción de objeto e impulso del sujeto, se encuentra las teorías cognitivas conductuales como la de Ellis, quien fundo la terapia racional emotiva y postuló la teoría A-B-C, donde A es la situación activante o estímulo que luego es evaluado por el sistema de creencias e interpretaciones que el sujeto posee (B) dando luego una respuesta. La motivación del sujeto, entonces es producto de un estímulo del ambiente, pero esto no es producto directo de este, sino que es evaluado e interpretado por su sistema de creencia. (Ellis y Grieger, 1981, p.19).

2.2.3 El modelo Transteórico

El modelo transteórico es un modelo tridimensional que fue elaborado por Prochaska y Diclemente, el cual provee una concepción global y diferencial del cambio de las conductas adictivas, dividido por estadios, procesos y niveles de cambio. (Graña,1994. p.5).

2.2.3.1 Estadios del cambio

a. Pre contemplación

Estas personas no creen que tienen un problema; pueden sentirse obligados por otros para entrar en tratamiento. Puede admitir que tienen un problema, sin embargo, no tiene deseo alguno por cambiar. El sujeto no está consciente o simplemente ignora el problema.

Las personas precontemplativas entran en tratamiento, por el deseo de otros o se sienten obligados a entrar por orden de los tribunales u otros. Estas personas no han escogido por ellos mismo cambiar.

Estos sujetos no quieren cambiar en un futuro próximo. No son conscientes de los problemas o los minimizan. Sólo desean cambiar cuando existe una exigencia o una amenaza muy fuerte. Quizás puedan desear cambiar, pero no lo consideran seriamente. Usan frases como: “Todavía no tengo ningún problema que me exija cambiar”, “tengo errores, pero no tengo nada que realmente necesite cambiar” (Prochaska, Diclemente & Norcross, 1992).

b. Contemplación

La persona está empezando a concientizar de que existe un problema y empieza a preocuparse de cómo solucionarlo. Lucha por comprender el problema al estar buscando información, pero aún no se hace un compromiso por cambiar.

Estas personas empiezan a ser conscientes de su situación, se preocupan y están interesados en buscar información sobre si sus problemas se pueden resolver y si la terapia podría ser útil para ellos.

Mientras estas personas empiezan a ser conscientes del problema, perciben las razones por el cual preocuparse y por las que cambiar. Las personas en este

estadio aún usan sustancias, pero se encuentra reflexionando en la posibilidad de frenar o disminuir el consumo de las mismas en un futuro próximo. En esta etapa podrían estar en búsqueda de información relevante, reevaluando su conducta hacia el consumo de sustancias, o buscando ayuda para que lo apoyen en poder cambiar su comportamiento. Las personas que permanecen en esta etapa contemplativa realizan un debate entre los pros y contra de mantener la conducta adictiva, los beneficios positivos que le traería y la cantidad de esfuerzo, energía y pérdida que le costara para superarse.

No es de sorprenderse que algunos individuos contemplativos permanezcan periodos largos de tiempo, a menudo años antes de tomar una decisión hacia su cambio conductual.

En un estudio se realizó un seguimiento a un grupo de 200 fumadores en la etapa contemplativa por un periodo de dos años. Los resultados indicaron que no presentaron cambios significativos de haberse movido de ese estadio durante el tiempo que se llevó el estudio (Prochaska & DiClemente, 1984).

c. Preparación

Originalmente se llamó esta fase toma de decisiones. Las personas que se encuentra en esta fase han hecho un compromiso para poder cambiar su conducta que le está trayendo problemas.

Estas personas han tomado la decisión de cambiar; y están preparados a pagar el precio, en otras palabras, dinero, tiempo, esfuerzo, incomodidad; y asumir la responsabilidad de sus conductas; pero no han empezado a trabajar en el problema, es decir, no han comenzado a cambiar el comportamiento o cambiar el medio que aumenta la probabilidad de volver a realizarlo.

La etapa de preparación es un espacio que fusiona la intención y criterios de comportamiento, los sujetos en este estadio se están proponiendo tomar medidas en el próximo mes o no han tenido éxito al tomar acción en el último año. Estas personas presentan cambios pequeños en su comportamiento como por ejemplo el fumar cinco cigarrillos menos o retrasar por media hora más su primer cigarrillo del día (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez & Rossi, 1991). Si bien son algunas reducciones en sus conductas problemas, esto no indicaría que los

sujetos en el estadio de preparación hayan logrado aún un criterio para la acción eficaz, como es la abstinencia a la sustancia del cual es dependiente. Ellos están pensando tomar acción en un futuro muy cercano. Algunos investigadores optan por definir el estadio de preparación como las fases tempranas del estadio de acción. (Prochaska, et al., 1992).

d. Acción

Las personas han comenzado a trabajar activamente en el cambio y buscan ayuda en la implementación de estrategias de acción. En esta fase puede que no obtengan éxito al cambiar por su cuenta propia por lo cual necesitarán ayuda de otras personas.

La acción es la fase en el cual los sujetos realizan modificaciones en sus conductas, experiencias o su medio social con el propósito de poder superar sus dificultades. Consiste en cambios conductuales más significativos y con un mayor costo de energía y tiempo. Los cambios realizados de la conducta adictiva en la etapa de acción, son más notorios por ellos los sujetos reciben un mayor reconocimiento por otras personas que lo perciben. Personas, incluidos expertos, con frecuencia equiparan erradamente la acción con el cambio significativo del problema. Como resultado, descuidan la labor requerida que necesitan las personas que están en la fase de acción, y restan importancia en los esfuerzos necesario de mantener los cambio que se van realizando.

Personas clasificadas en el estadio de acción obtienen éxito al haber alterado la conducta adictiva por un plazo de un día a seis meses. Por ejemplo, en la adicción al consumo de cigarrillo, si se llegara a reducir un 50% la frecuencia de consumo o se cambia a unos cigarrillos con menor alquitrán y nicotina serian cambios conductuales que pueden ayudar a la persona a prepararse mejor para la acción, sin embargo, esto no satisfaría los criterios del campo de acción exitosa. (Prochaska, et al., 1992).

e. Mantenimiento

Los que se encuentran en este estadio ya han realizado cambios en las áreas problemáticas y buscan tratamiento para conservar las ganancias anteriores.

Las personas evitan no volver a caer en su problema de conducta. El lograr el cambio les ha resultado difícil, y mantener los nuevos comportamientos y nuevas actitudes, es un esfuerzo que tendrán que luchar para poder hacerlo.

Es el estadio en el que las personas trabaja en fortalecer los logros alcanzados durante la acción y prevenir la recaída. Comúnmente el mantenimiento fue visto como un escenario estático. No obstante, el mantenimiento es parte de un proceso, y no es significado de ausencia de cambio. Para conductas adictivas este estadio comprende desde los seis meses hasta un período indeterminado. Para algunas conductas puede considerarse el estadio de mantenimiento para toda la vida. Ser capaz de permanecer libre de la conducta adictiva y poder dedicarse constantemente a una nueva conducta adaptativa durante más de seis meses son los criterios para calificar a alguien que se encuentra en la fase de mantenimiento. Estabilizar el cambio conductual y tratar de evitar la recaída son las peculiaridades distintivas de esta fase. (Prochaska, et al., 1992).

2.2.4 Procesos de cambio

Son el segundo aspecto más importante en el modelo transteórico, los estadios de cambio son el aspecto temporal que ocurren cuanto hay cambios en las actitudes, intenciones y comportamientos y describen como estos cambios se están dando. (Patten, Vollman & Thurston, 2000; Prochaska et al., 1992; Rodgers, Courneya & Bayduza, 2001). Son diez procesos que reciben el mayor sustento teórico empírico. Los primeros cinco son indicados como experimentales porque son aquellos que buscan modificaciones en la forma en que las personas creen y siente sobre su conducta problema, mientras que los cinco últimos son considerados procesos de comportamiento que involucran a las personas a cambiar aspectos de la conducta. (Patten et al., 2000; Velicer, Prochaska, Fava, Norman & Redding, 1998).

2.2.4.1 Aumento de la conciencia

Aumento de consciencia es un proceso en que el individuo necesita aumentar su nivel de conciencia de las consecuencias negativas, las causas y los métodos de tratamiento que puede recibir para cambiar su conducta problema. El aumento de conciencia se puede lograr mediante la retroalimentación, la educación, en la

confrontación y en las campañas publicitarias de los distintos medios de comunicación. (Prochaska et al., 1992; Prochaska y Velicer, 1997).

2.2.4.2 Relieve dramático

Es el proceso por el cual el individuo necesita experimentar sus sentimientos sobre su conducta problema. Las técnicas utilizadas que ayudan a entrar en este proceso son el psicodrama, juego de rol, testimonios personales y campañas en los medios (Prochaska et al., 1992 y Prochaska y Velicer, 1997).

2.2.4.3 Autoevaluación

Es un proceso de evaluación cognitiva y afectiva del mismo sujeto. En este proceso el individuo evalúa lo que siente y piensa sobre mantener la conducta problema, llegando a ser consciente de su culpabilidad hacia ella. Los modelos saludables se encuentran como las formas que pueden aumentar las posibilidades de la reevaluación de uno mismo. (Prochaska et al., 1992; Prochaska y Velicer, 1997; Velicer et al., 1998).

2.2.4.4 Reevaluación ambiental

Es el proceso por el cual el individuo evalúa como afecta en su entorno social la presencia o la ausencia de su conducta problema. Prochaska y Velicer (1997) sugiere que en este proceso el individuo incluye conocimiento de que si funciona como un modelo positivo o negativo para otros en su entorno social. Las estrategias que ayudan en este proceso son el entrenamiento de la empatía y las intervenciones familiares (Prochaska et al., 1992; Prochaska y Velicer, 1997; Velicer et al., 1998).

2.2.4.5 Autoliberación

El proceso de autoliberación representa la creencia del individuo que puede cambiar y que es parte del proceso de cambio y el compromiso personal de trabajar en cambiar su conducta (Graña 1994). Las estrategias que ayudan en este proceso pueden incluir a las resoluciones de año nuevo, terapia de toma de decisiones, técnica de Logoterapia y testimonios (Prochaska et al., 1992; Prochaska y Velicer, 1997; Velicer et al., 1998).

2.2.4.6 Liberación social

El proceso de liberación social se caracteriza con el aumento de conciencia y de la capacidad del paciente para elegir alternativas adaptativas, evitando la realización de conductas prohibidas por la sociedad y que tengan relación con su conducta problema. (Graña 1994).

2.2.4.7 Contracondicionamiento

Es un proceso conductual en el cual el individuo modifica la respuesta fisiológica, motora y cognitiva, provocados por estímulos condicionados relacionados a su conducta problema, sustituyéndolo por otros más saludables. (Patten et al., 2000; Prochaska et al., 1992; Prochaska y Velicer, 1997; Velicer et al., 1998). Las técnicas de relajación, desensibilización, técnicas de control de ansiedad, son ejemplo, favorecen el desarrollo de este proceso (Prochaska et al., 1992; Velicer et al., 1998).

2.2.4.8 Control de estímulos

Es el proceso por la cual el individuo realiza una reestructuración de su entorno con el propósito de disminuir la presencia de los estímulos relacionados a su conducta problema. La reestructuración de su entorno, los grupos de autoayuda y las técnicas de evitación pueden apoyar al cambio y reducir el riesgo a una recaída en el individuo (Prochaska et al., 1992; Prochaska y Velicer, 1997; Velicer et al., 1998).

2.2.4.9 Manejo de contingencias

Es una estrategia conductual que autorrefuerza una conducta saludable deseada y reduce la frecuencia de realizar conductas referentes a la conducta problema del individuo. (Graña 1994). El procedimiento para el manejo de contingencias incluye los contratos de contingencia, reforzamiento positivo, de reforzamiento negativo, el castigo y el reconocimiento del grupo social. (Prochaska et al., 1992; Prochaska y Velicer, 1997; Velicer et al., 1998).

2.2.4.10 Relaciones de ayuda

Reside en el uso del apoyo social de quienes participan activamente en el cambio conductual del individuo, como pueden ser los familiares, las amistades, entre otros.

(Graña 1994). El apoyo puede ser encontrado en los grupos de autoayuda, las alianzas terapéuticas, acompañamiento de consejero y apoyo social. (Prochaska et al., 1992; Prochaska y Velicer, 1997; Velicer et al., 1998).

2.2.5 Las comunidades terapéuticas

Las comunidades terapéuticas son un tratamiento psicológico el cual busca alcanzar que la persona dependiente a las drogas o de alguna otra conducta adictiva pueda afrontar la abstinencia. Para ello se capacita a la persona con diferentes técnicas que lo ayuden a hacer frente al consumo de sustancias, y que pueda optar por una mejor calidad de vida, evitando, rechazando y reorganizando su ambiente a modo de que no haya estímulos que sean adversos a los cambios que quiera realizar (Becoña y Vázquez, 2001).

2.2.5.1 Las comunidades terapéuticas en el Perú

En el Perú existen comunidades terapéuticas, en la gran mayoría privadas, que se encuentran en la informalidad y con frecuencia son dirigidos por personal no profesional, como pueden ser adictos rehabilitados, religiosos o personas que buscan un fin lucrativo, quienes contrastan a las comunidades profesionalizadas que utilizan modelos y programas de tratamiento psicológico ya establecidos. Existen evidencias de comunidades terapéuticas informarles que no cumplían con la ley 29765 y el reglamento D.S. 006-2012/SALUD, que mantenían a sus residentes encerrados y captados contra su voluntad y en los peor de los casos el fallecimiento de estos.

Las comunidades que se encuentran en estado formalizadas están asociadas a la Asociación de Comunidades Terapéuticas del Perú que fue fundado en 1995 el cual se encuentra afiliada a la federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas y a la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (DEVIDA, 2010).

CAPÍTULO III
MÉTODO

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación es de tipo no experimental transversal debido a que estudia las variables tal y como se muestran en su contexto natural en un momento único determinado (Hernandez, Fernández y Baptista, 2010).

3.1.2 Diseño de investigación

El diseño de investigación es instrumental, debido a que se trata de una estandarización psicométrica. (Alarcón, 2008)

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Todos los adolescentes de 12 a 18 años de edad que residen en comunidades terapéuticas tratados por consumo de sustancias psicoactivas en Lima sur.

3.2.2 Muestra

El diseño de la muestra es intencional con criterios de inclusión. La muestra está compuesta por 100 adolescentes residentes de 12 a 18 años de edad. Para asegurar la validez de constructo se utilizará una muestra de 100 adolescentes no residentes de 12 a 18 años de edad, los criterios de inclusión y exclusión se muestra a continuación.

Criterios de inclusión de la muestra para adolescentes residentes:

- Diagnosticado como consumidor de sustancias psicoactivas.
- Edad entre los 12 a 18 años.
- Residentes de comunidades terapéuticas de puertas abiertas registradas en la ACTP de Lima sur
- Participación voluntaria.
- Residentes que hayan finalizado la fase de acogida del tratamiento

Criterio de exclusión de la muestra para adolescentes residentes:

- Menores de los 12 años o mayores de 18 años.
- Analfabetos.

- Residentes que no desea participar en la investigación.
- Residentes que estén bajo efecto del consumo de droga o del síndrome de abstinencia.

Criterios de inclusión de la muestra de adolescentes no residentes

- No residentes de comunidades terapéuticas
- No haber sido diagnosticado como consumidor de drogas con anterioridad
- Edad entre 12 a 18 años
- Residente en un distrito perteneciente a Lima sur
- Participación voluntaria

Criterios de exclusión de la muestra de adolescentes no residentes

- Edad menor de los 12 años o mayores de 18 años
- Participación involuntaria
- Analfabetos
- Residente en un distrito no perteneciente a Lima sur

3.2.2.1 Características sociodemográficas de la muestra

Para describir las características de la muestra estudiada se presenta las siguientes tablas:

Tabla 1
Muestra estudiada según la condición y sexo

Condición	Varones		Mujeres		Subtotal	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Residente	80	62.5	20	27.8	100	50
No residente	48	37.5	52	72.2	100	50
Total	128	100	72	100	200	100

Elaboración propia.

En la tabla 1 se observa la muestra estudiada según su condición de residentes y no residentes de comunidades terapéuticas, así mismo se observa que hay un número mayor de varones residente que mujeres de la misma condición.

Tabla 2

Muestra estudiada según la condición y edad

Condición	Edad														Subtotal	
	12 años		13 años		14 años		15 años		16 años		17 años		18 años		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Residente	6	100	10	100	17	85	26	28.9	29	50.9	10	66.7	2	100	100	50
No residente	0	0	0	0	3	15	64	71.1	28	49.1	5	33.3	0	0	100	50
Total	6	100	10	100	20	100	90	100	57	100	15	100	2	100	200	100

Elaboración propia.

En la tabla 2, se aprecia la muestra estudiada según su condición y edad, donde se encuentra que existe un mayor número de adolescentes de 15 a 16 años de edad, y un menor número de adolescentes de 18 años de edad en las dos distintas condiciones.

Tabla 3

Muestra estudiada según nivel educativo

Nivel Educativo	Residente		No residente		Subtotal	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Segundo de primaria	16	16	0	0	16	8
Tercero de primaria	15	15	0	0	15	7.5
Cuarto de primaria	17	17	0	0	17	8.5
Quinto de primaria	19	19	0	0	19	9.5
Sexto de primaria	14	14	0	0	14	7
Primero de secundaria	7	7	0	0	7	3.5
Segundo de secundaria	6	6	0	0	6	3
Tercero de secundaria	5	5	0	0	5	2.5
Cuarto de secundaria	1	1	67	67	68	34

Quinto de secundaria	0	0	33	33	33	16.5
Total	100	100	100	100	200	100

Elaboración propia.

En la Tabla 3 nos indica que en la muestra de adolescentes residentes tienen un nivel educativo menor a la muestra de adolescentes no residentes.

Tabla 4

Muestra estudiada según la condición y tiempo de consumo

Tiempo de consumo	Residente		No residente		Subtotal	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
No especifica	35	35	100	100	135	67.5
Menores de 6 meses	12	12	0	0	12	6
6 a 12 meses	20	20	0	0	20	10
12 a 18 meses	25	25	0	0	25	12.5
18 a 24 meses	6	6	0	0	6	3
Más de 24 meses	2	2	0	0	2	1
Total	100	100	100	100	200	100

Elaboración propia.

En la Tabla 4, se observa que hay un mayor número de adolescentes no residentes que no especificaron haber consumido algún tipo de droga, a diferencia del grupo de adolescentes residentes que indicaron haber consumido alguna droga en un momento de su vida.

3.3 Variables

3.3.1 Variable de estudio: Estadios del cambio del consumo de droga

Son delimitaciones de un conjunto de procesos del cambio intencional de la conducta adictiva dirigido hacia el consumo de drogas propuesto en el modelo transteórico, el cual está conformado por cinco estadios del cambio, en las cuales el paciente puede lograr su cambio conductual adictiva pasando por estas etapas.

3.3.2 Variables demográficas:

- Edad: El número de edad que la persona coloque en el recuadro en la ficha de datos sociodemográficos.
- Sexo: Será descrito por la persona en el recuadro de la ficha de datos sociodemográfico.
- Nivel educativo: Será descrito por la persona en el recuadro de la ficha de datos sociodemográfico.
- Tiempo de consumo: El número de meses que coloque en el recuadro en la ficha de datos sociodemográficos.

3.4 Instrumentos de medición

3.4.1 Escala de la evaluación del cambio de la Universidad Rhode Island (URICA)

La escala de evaluación del cambio está conformada por cuatro sub escalas que definen operacionalmente cuatro estados de cambio (Precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento). Las cuatro escalas tienen 32 ítems, de los cuales 8 son para cada escala. El cuestionario tiene un formato de Likert de 5 puntos en lo que una puntuación de 1 indica Totalmente en desacuerdo y 5 Totalmente de acuerdo.

3.4.2 Norma de aplicación

La escala no tiene un límite de tiempo, la consigna que se da al sujeto es la de valorar las frases que podría sentir una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema de su vida. Se debe indicar el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las frases. Respondiendo en función de cómo se

siente ahora mismo y no en función de cómo se sintió en el pasado o de cómo le gustaría sentirse.

3.4.3 Validez y confiabilidad de la Escala de la Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island en la ciudad de Trujillo

Se realizó un estudio a partir de una muestra de 105 pacientes dependientes a sustancias psicoactivas de la ciudad de Trujillo. En la prueba de confiabilidad mediante los coeficientes de consistencia interna, se obtuvo que los índices del Alpha Cronbach apreciados para cada subescala del URICA son altos, ya que superaron los valores de 0.70 o estuvieron muy cercanos a ella, lo que indica la presencia de una consistencia interna alta.

Para verificar la validez de constructo de la escala URICA se llevó a un análisis riguroso su multidimensionalidad, mediante el análisis factorial exploratorio. Para ello se hizo uso de la prueba de esfericidad de Barlett, donde se obtuvo que la matriz de correlación en la población es una matriz de identidad y el valor de la estadística KMO .676 resulta adecuado (Vallejos, Orbegoso, y Capa, 2007).

3.5 Procedimiento de ejecución para la recolección de datos

Para la siguiente investigación se realizó en primer lugar la validez de contenido, para ello se solicitó a 10 jueces, profesionales con experiencia y/o especialistas en el tema de rehabilitación de adictos a drogas, la revisión de los ítems de la escala haciendo uso del formato de revisión (Anexo 6) donde marcaron con un aspa (x) si aprobaban o no el ítem, además de poder dar sugerencias para poder mejorarlo. Con los datos obtenidos se obtuvo el coeficiente de validez de la prueba de V de Aiken y se realizó modificaciones en los ítems observados.

Para la aplicación de la escala se solicitó el permiso de las autoridades de una comunidad terapéutica ubicado en el sur de Lima, el cual cedieron una hora del horario de talleres que se daba por las mañanas, ya que no interferiría con actividades lúdicas del adolescente, porque de otro modo podría haberse dado el marcado de respuestas al azar al querer participar en otras actividades recreativas. En el momento de la evaluación se evaluó como máximo a cuatro residentes que fueron ubicados alejados los unos a otros, procurando no encontrarse de frente el

uno con otro, ya que de este modo se evitaría los conflictos entre ellos lo que provocaría el distraerse en la lectura de los ítems.

Posteriormente se solicitó la autorización de una institución educativa del sur de Lima para poder realizar la evaluación, se aprovechó el horario de tutoría de tres salones de secundaria, ya que era el único momento que disponían de tiempo los alumnos. En el momento de la aplicación se solicitó a los estudiantes que se separen unos de otros, sin estar frente a frente a otro compañero, se pidió ayuda de la maestra de turno para mantener el orden.

Después de dos meses de la primera aplicación se procedió a realizar la prueba re test, dando por finalizado la obtención de datos para dar paso al análisis estadístico.

3.6 Procedimiento de análisis estadísticos de los datos

Para la validez de contenido se usó la prueba V de Aiken y la prueba binomial.

Para la validez de constructo se hizo uso de la validez ítem test, el análisis factorial exploratorio, y la validez por diferencia de grupos extremos.

Para obtener la confiabilidad se hizo uso del análisis por el coeficiente de alfa de Cronbach, el análisis por pruebas de dos mitades y la confiabilidad por estabilidad temporal.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1 Validez psicométrica

4.1.1 Validez de contenido

La validez de contenido se conceptualiza como el nivel de significancia, en el que los ítems de un instrumento dominan el contenido que se piensa medir con ellos. Este modo de validez se obtiene con la comparación sistémica de los ítems del instrumento con el contenido de estudio, el análisis es posible de ser realizado por dos modos, el primero consiste en estudiar de forma racional y lógica los ítems explicitando el motivo por el cual se incluye en el instrumento; y el segundo es la técnica denominada “criterio de jueces” el cual con la ayuda de jueces, quienes son profesionales calificados y competentes en el tema de estudio, evalúan el grado de los reactivos del instrumento según los planteamientos del investigador. Esta técnica es la que comúnmente se realiza en la validez de contenido y se calcula por medio de la prueba binominal y el coeficiente de validez de Aiken.

4.1.1.1 Coeficiente de validez de la prueba según V de Aiken

El coeficiente de validez de Aiken de la escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island, se realizó con la valoración de los ítems por 10 jueces. Para que un ítem sea considerado como válido; los valores tienen que ser igual o mayor a 0.80 y tener una significancia de 0,05. La fórmula usada para determinar la validez de contenido es la siguiente:

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

En donde

- S: es la sumatoria de Si (valor asignado por el Juez).
- N: es el total de jueces
- C: Lo forma el número de opciones del instrumento, para este estudio son dos: acuerdo y desacuerdo.

Tabla 5

Coeficiente V. de Aiken de la Escala URICA para adolescentes residentes

Ítem	Jueces										Aiken (V)
	Ju1	Ju2	Ju3	Ju4	Ju5	Ju6	Ju7	Ju8	Ju9	Ju10	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0,90
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,90
4	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0,80
5	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0,80
6	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,80
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,90
8	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0,90
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,90
10	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0,80
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,90
12	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,90
13	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0,80
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
15	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0,80
16	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0,90
17	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,90
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,90
19	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0,90
20	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,90
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
22	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0,80
23	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0,80
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
25	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0,80
26	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0,80
27	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,90
28	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0,80
29	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,90
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,90

31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,90
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,90

Elaboración propia.

Los resultados están representados en la tabla 5 donde nos indica que los valores obtenidos son igual y mayores a 0.80.

A pesar de que los ítems 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 16, 18, 20, 22, 23, 25, 26, 29, 30, 31; obtuvieron un puntaje por el coeficiente V de Aiken mayor o igual a 0.80 se optó por ser cambiados, ya que se siguió las recomendaciones de los mismos profesionales que trabajaban con este tipo de población, quienes indicaban que los ítems eran confusos y de lectura muy extensa lo que podría ocasionar la desmotivación de los adolescentes en la realización de la escala. Estos cambios son mostrados en la tabla 6.

Tabla 6

Ítems sin modificar y modificados

Ítems originales	Ítems modificados
1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.	1. No tengo problemas que cambiar. *
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.	2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.	3. Estoy haciendo algo con los problemas que me preocupaban. *
4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema.	4. Puede que sirva el trabajar en solucionar mi problema.
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo este aquí.	5. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.
6. Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un	6. Estoy aquí para que me ayuden a no regresar al

problema que ya he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda.

7. Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema.
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.
9. He trabajado con éxito en mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.
10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo.
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.

problema que ya eh cambiado. *

7. Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema. *
 8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.
 9. A veces dudo si puedo mantener yo solo el problema que ya he solucionado. *
 10. Estoy trabajando en mi problema a pesar de las dificultades. *
 11. Estar aquí es casi como perder el tiempo ya que no tengo ningún problema. *
 12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme a mí mismo.
 13. A pesar de mis defectos, no hay nada que yo necesite realmente cambiar. *
-

-
- | | |
|--|--|
| 14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar. | 14. Me estoy esforzando realmente mucho por cambiar. |
| 15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo. | 15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo. |
| 16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema. | 16. No me siento capaz de mantener lo que eh cambiado, por eso estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema. * |
| 17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando. | 17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando. |
| 18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él. | 18. Pensaba que una vez resulto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aun me encuentro luchando contra él. * |
| 19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema. | 19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema. |
| 20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que se me ayudara. | 20. He empezado a hacer frente a mis problemas* |
| 21. Quizás en este lugar me puedan ayudar. | 21. Quizás en este lugar me puedan ayudar. |
| 22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los | 22. Puede que aún necesite ayuda para mantener los cambios que ya hice.* |
-

cambios que ya he
llevado a cabo.

23. Puede que yo sea parte
del problema, pero no
creo que realmente sea
así.

24. Espero que aquí alguien
me pueda dar algún buen
consejo.

25. Cualquier persona puede
hablar sobre el cambio;
yo de hecho estoy
haciendo algo para
cambiar.

26. Toda esta charla
psicológica es aburrida.
¿Por qué no podrá la
gente simplemente
olvidar sus problemas?

27. Estoy aquí para prevenir
la posibilidad de recaer en
mi problema.

28. Es frustrante, pero siento
que podría reaparecer el
problema que pensaba
haber resuelto.

29. Tengo tantas
preocupaciones como
cualquier otra persona.
¿Por qué perder el tiempo
pensando en ellas?

23. Creo que no tengo
realmente un problema por
el cual deba de estar aquí.
*

24. Espero que aquí alguien
me pueda dar algún buen
consejo.

25. Cualquier persona puede
hablar de cambiar sus
problemas; yo de hecho lo
estoy haciendo. *

26. En cualquier momento
puedo solucionar mi
problema. *

27. Estoy aquí para prevenir la
posibilidad de recaer en mi
problema.

28. Es frustrante, pero siento
que podría reaparecer el
problema que pensaba
haber resuelto.

29. ¿Por qué perder el tiempo
pensando en los
problemas de uno mismo?
*

30. Estoy trabajando activamente en mi problema.	30. Estoy siguiendo las indicaciones para resolver mis problemas. *
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.	31. Viviría con mis problemas antes de querer cambiarlos. *
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.	32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.

Elaboración propia.

* Ítems corregidos.

4.1.1.2 Coeficiente de validez según la Prueba Binomial

Para obtener la interpretación de los resultados de la Prueba Binomial, se determina la H_0 y la H_a :

H_0 : La proporción de los jueces es mayor de 0.05, por lo tanto, la prueba no tiene validez de contenido.

H_a : La proporción de los jueces es menor o igual de 0.05, por lo tanto, si hay concordancia entre los jueces y la prueba es válida.

Tabla 7

Validez de contenido de la escala Urica, según la Prueba Binomial

		Categ.	N	Prop. observada	Prop. prueba	Sig. exacta (bilat)
J1	Grupo 1	1	28	.88	.50	.000
	Grupo 2	0	4	.13		
J2	Grupo 1	1	32	1.00	.50	.000
	Grupo 2	0	0	0.00		

J3	Grupo 1	1	6	.19	.50	.001
	Grupo 2	0	26	.81		
J4	Grupo 1	1	32	1.00	.50	.000
	Grupo 2	0	0	0.00		
J5	Grupo 1	1	32	1.00	.50	.000
	Grupo 2	0	0	0.00		
J6	Grupo 1	1	32	1.00	.50	.000
	Grupo 2	0	0	0.00		
J7	Grupo 1	1	27	.84	.50	.000
	Grupo 2	0	5	.16		
J8	Grupo 1	1	23	.72	.50	.020
	Grupo 2	0	9	.28		
J9	Grupo 1	1	30	.94	.50	.000
	Grupo 2	0	2	.06		
J10	Grupo 1	1	19	.59	.50	.377
	Grupo 2	0	13	.41		

Elaboración propia.

En la tabla 7, se observa que los niveles de significancia son menores a 0.05, excepto de los jueces J8 y J10, los cuales superan el 0.05 de significancia; sin embargo, se rechaza la H_0 y se acepta la H_a para los ítems, entonces si existe concordancia entre los jueces, por lo tanto, la prueba constituida por 32 ítems presenta validez de contenido.

4.1.2 Validez de constructo

4.1.2.1 Validez ítem-test

El tipo de análisis de ítems fue calculado con el índice de discriminación (I.D.) como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 8

Coefficientes de correlación ítem-test corregido (r)

Ítems	Ítem-total
1	-.270
2	.572
3	.656
4	.721
5	.025
6	.694
7	.776
8	.719
9	.564
10	.668
11	.012
12	.734
13	.057
14	.745
15	.728
16	.643
17	.710
18	.693
19	.717

20	.730
21	.744
22	.733
23	.070
24	.728
25	.731
26	.316
27	.709
28	.586
29	.335
30	.692
31	.319
32	.593

Elaboración propia.

En la Tabla 8, se halló que en los ítems 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 y 31 obtuvieron un índice de discriminación menor a 0.40 lo cual indicaría que los ítems no discriminan de manera excelente. Por tal motivo, se procedió con la eliminación de los ítems ya mencionados.

4.1.2.2 Análisis factorial exploratorio

El método de la validez de constructo se realizó mediante el análisis factorial exploratorio, la extracción de los factores fue realizada con el método de componentes principales y se hizo uso de la rotación varimax.

Tabla 9
Prueba de KMO y Bartlett

Medida de adecuación muestral de KMO		,950
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	3868,201
	GI	276
	Sig.	,000

Elaboración propia.

En la tabla 9, se muestra que el valor de KMO fue muy bueno (,950) superando el valor mínimo de ,50 y la prueba de esfericidad de Bartlett también se mostró estadísticamente significativo. ($p < 0.05$). Estos valores señalan que los ítems del test están correlacionados y pueden formar factores.

Tabla 10

Análisis factorial exploratorio de la Escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	13.064	54.434	54.434	5.837	24.320	24.320
2	1.679	6.995	61.430	5.240	21.834	46.154
3	1.376	5.732	67.162	5.042	21.007	67.162
4	1.040	4.334	71.495			
5	.720	2.999	74.495			
6	.621	2.587	77.082			
7	.592	2.467	79.548			
8	.466	1.943	81.492			
9	.432	1.799	83.290			
10	.420	1.749	85.039			
11	.401	1.669	86.709			
12	.385	1.603	88.312			
13	.364	1.515	89.827			
14	.335	1.398	91.225			
15	.301	1.252	92.477			
16	.286	1.190	93.667			
17	.277	1.154	94.821			
18	.254	1.060	95.881			
19	.207	.862	96.743			
20	.184	.767	97.510			
21	.176	.735	98.245			
22	.157	.654	98.899			
23	.139	.578	99.476			
24	.126	.524	100.000			

Elaboración propia.

La solución inicial dado por el análisis factorial exploratorio nos señala cuatro factores (autovalores mayor a 1). Sin embargo, se ajustará a 3 factores, mostrado en la tabla 10, que nos explica al 67.16% de la varianza del instrumento. La solución encontrada nos indica la dispersión de los factores, lo cual coincidiría con los estadios contemplativo, acción y mantenimiento del test el cual estaría sustentado por la teoría.

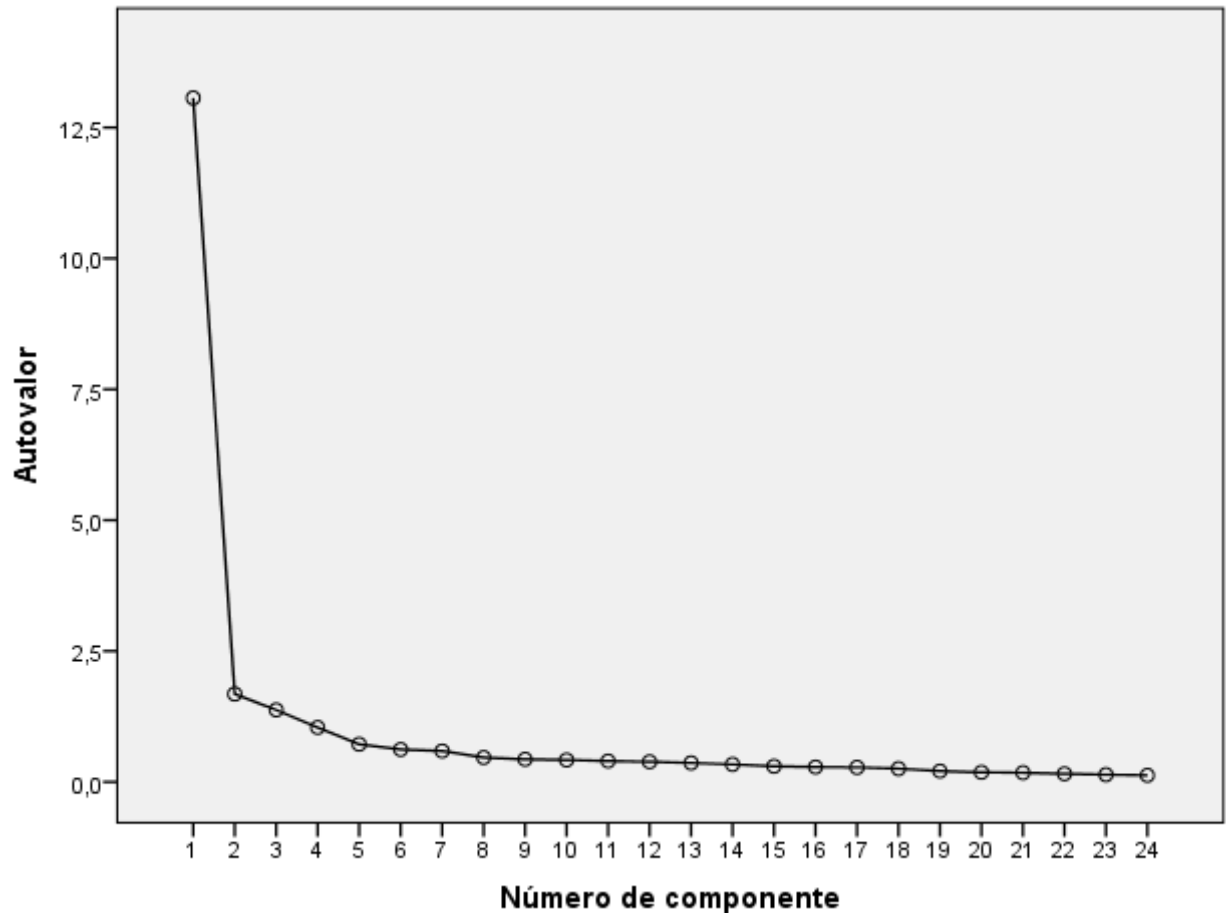


Figura 1. Gráfico de sedimentación. Elaboración propia.

La figura 1 presenta los 3 factores donde se confirma la estructura de la escala propuesta por McConnaughy et. al. (1983). Se observa que la mayor varianza se encuentra presente en el primer factor (54%) y los demás factores oscilan entre el 5% a 6%.

Tabla 11

Índice de comunalidades de los ítems de la escala de motivación al cambio de la Universidad Rhode Island

	Inicial	Extracción
Ítem 2	1,000	.716
Ítem 4	1,000	.665
Ítem 8	1,000	.721
Ítem 12	1,000	.697
Ítem 15	1,000	.748
Ítem 19	1,000	.718
Ítem 21	1,000	.844
Ítem 24	1,000	.767
Ítem 3	1,000	.694
Ítem 7	1,000	.791
Ítem 10	1,000	.747
Ítem 14	1,000	.706
Ítem 17	1,000	.700
Ítem 20	1,000	.757
Ítem 25	1,000	.739
Ítem 30	1,000	.800
Ítem 6	1,000	.584
Ítem 9	1,000	.731
Ítem 16	1,000	.662
Ítem 18	1,000	.650
Ítem 22	1,000	.647
Ítem 27	1,000	.663
Ítem 28	1,000	.699
Ítem 32	1,000	.717

Elaboración propia.

En la tabla 11 de las comunalidades, podemos apreciar que todos los ítems son muy bien explicados por el modelo propuesto por el análisis factorial del instrumento.

Tabla 12

Matriz de componentes de la Escala de motivación al cambio de la Universidad Rhode Island

Ítems	Componente		
	1	2	3
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.			.820
4. Puede que sirva el trabajar en solucionar mi problema.			.687
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.			.713
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme a mí mismo.			.669
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.			.710
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.			.698
21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.			.473
24. Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.			.541
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me preocupaban.	.761		
7. Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema.	.771		
10. Estoy trabajando en mi problema a pesar de las dificultades.	.805		
14. Me estoy esforzando realmente mucho por cambiar.	.724		
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.	.731		
20. He empezado a hacer frente a mis problemas.	.765		
25. Cualquier persona puede hablar de cambiar sus problemas; yo de hecho lo estoy haciendo.	.698		
30. Estoy siguiendo las indicaciones para resolver mis problemas.	.637		
6. Estoy aquí para que me ayuden a no regresar al problema que ya eh cambiado.		.573	

9. A veces dudo si puedo mantener yo solo el problema que ya he solucionado.	.223
16. No me siento capaz de mantener lo que eh cambiado, por eso estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.	.735
18. Pensaba que una vez resulto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aun me encuentro luchando contra él.	.563
22. Puede que aún necesite ayuda para mantener los cambios que ya hice.	.563
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.	.687
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.	.749
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.	.760

Elaboración propia.

En la Tabla 12, se observa la matriz de componente rotados, en la cual los ítems de cada componente se presentan ordenados y según la importancia relativa de su contribución a la escala

4.1.2.3 Validez por diferencia de grupos extremos

Tabla 13

Diferencias entre población Residente y No residente

	Contemplativo	Acción	Mantenimiento
U de Mann-Whitney	129.500	173.000	87.500
Sig. asintótica (bilateral)	.000	.000	.000

Elaboración propia.

En la tabla 13, se expone los resultados obtenidos por la prueba no paramétrica U de Mann Whitney a una muestra aleatoria de 80 adolescentes de los cuales estaban contrastados según su condición como residentes (N=40) y no residentes (N=40) de comunidades terapéuticas. Se puede observar que hay diferencias altamente significativas ($p < 0.01$) entre la población según las subescalas contemplativo, acción y mantenimiento. Lo que indicaría que la escala de motivación de la universidad Rhode Island para adolescentes es válida al discriminar a una población clínica de otra no clínica.

Tabla 14

Diferencia de rangos entre grupos residentes y no residentes

	Condición	N	Rango promedio	Suma de rangos
Contemplativo	Residente	40	57,26	2290,50
	No residente	40	23,74	949,50
Acción	Residente	40	56,18	2247,00
	No residente	40	24,83	993,00
Mantenimiento	Residente	40	58,31	2332,50
	No residente	40	22,69	907,50

Elaboración propia.

En la tabla 14, se aprecia que las personas Residentes obtuvieron mayor puntaje que los no residentes, en la subescala contemplativo, acción y mantenimiento,

mostrando así que la escala identifica entre los dos grupos diferencias significativas respecto a sus estadios motivacionales del cambio.

4.2 Confiabilidad

4.2.1 Análisis de la consistencia interna

4.2.1.1 Análisis por el coeficiente de alfa de Cronbach

La confiabilidad del instrumento fue analizada a través del Coeficiente Alfa de Cronbach. Según Gliem y Gliem (2003), los coeficientes de confiabilidad mayor a 0,9 obtiene una calificación de excelente, mayor a 0,8 es buenos, mayor a 0,7 es aceptable, mayor a 0,6 es cuestionable, mayor a 0,5 es pobre y sus menores inaceptables.

Para poder dar la interpretación del resultado del Índice de Alfa de Cronbach, se determina la H_0 y la H_a :

H_0 : el resultado es menor que 0.70, por lo tanto la prueba no tiene confiabilidad por el método de consistencia interna.

H_a : el resultado es igual o mayor que 0.70, por lo tanto la prueba tiene confiabilidad por el método de consistencia interna.

Tabla 15

Nivel de confiabilidad de Urica para adolescentes

Alfa de Cronbach	N de elementos
.963	24

Elaboración propia.

En la tabla 15, se observa que los resultados son mayores a 0.70, por lo cual se rechaza la H_0 y se acepta la H_a , es decir, la prueba tiene confiabilidad por el método de consistencia interna.

Tabla 16

Nivel de confiabilidad de la escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island para adolescentes. Diferenciado entre población residente y no residente.

Escala	Condición	Coeficiente		
		alfa de Cronbach	Ítems	Nivel
Contemplación	Residente	0,945	8 ítems	Excelente
	No Residente	0,896	8 ítems	Bueno
Acción	Residente	0,841	8 ítems	Bueno
	No Residente	0,941	8 ítems	Excelente
Mantenimiento	Residente	0,805	8 ítems	Bueno
	No Residente	0,890	8 ítems	Bueno
Escala URICA	Residente	0,919	24 ítems	Excelente
Total	No Residente	0,966	24 ítems	Excelente

Elaboración propia.

En la tabla 16, se realiza la prueba de confiabilidad diferenciado por condición observándose que los resultados son mayores a 0.70 en todas las subescalas y en las dos condiciones de residente y no residente, por lo que se rechaza la H_0 y se acepta la H_a , es decir, la prueba tiene confiabilidad por el método de consistencia interna.

4.2.1.2 Análisis por prueba de dos mitades

Díaz (1993) sustenta que el método de la partición en dos mitades para realizar el cálculo de la fiabilidad radica en la elaboración de dos formas paralelas o equivalentes del propio instrumento por una parte los reactivos que se encuentran en los lugares pares, y por el otro parte los que se encuentran en los lugares impares.

La fiabilidad se logra alcanzar cuando se calcula el coeficiente de correlación de Pearson entre las dos partes paralelas y corrigiendo sucesivamente el coeficiente obtenido.

Tabla 17

Índice de dos mitades de la escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island para adolescentes.

Alfa de Cronbach				Correlac entre formas	Coeficiente Spearman-Brown		Dos mitade s de Guttma n	
Parte 1		Parte 2		N Total	Longitud igual	Longitud desigual		
Valor	N	Valor	N					
,940	12 ^a	,926	12 ^b	24	,877	,935	,935	,933

Elaboración propia.

En la tabla 17, se muestra una correlación de ,933 entre ambas mitades, lo que implica una elevada confiabilidad por el método de las dos mitades

Tabla 18

Prueba de dos mitades de la escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island para adolescentes. Diferenciado entre población residente y no residente.

Condición	Alfa de Cronbach				N total	Correlac. entre formas	Coeficiente Spearman-Brow		Dos mitades de Guttman
	Parte 1		Parte 2				Longitud igual	Longitud desigual	
	Valor	N	Valor	N					
Residente	,907	12 ^a	,794	12 ^b	24	,757	,862	,862	,844
No Residente	,939	12	,934	12	24	,897	,946	,946	,943

Elaboración propia.

En la tabla 18, se realiza el análisis por prueba de dos mitades diferenciado entre las dos condiciones, obteniéndose que el grupo de residentes y no residentes obtuvieron una correlación de ,844 y ,943 respectivamente, lo que implicaría una elevada confiabilidad por el método de las dos mitades.

4.2.1.3 Confiabilidad por estabilidad temporal

El método test-retest o por estabilidad temporal busca la estabilidad a través del tiempo los resultados del instrumento. El método es posible haciendo uso del coeficiente de correlación “r” de Spearman en dos puntajes obtenidos aun mismo grupo en un periodo determinado (Alarcón, 2008).

Tabla 19

Análisis por estabilidad temporal de la escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island para adolescentes en condición de residente.

		RContemplativo	RAcción	RMantenimiento
TContemplativo	Coeficiente de correlación	.462		
	Sig. (bilateral)	.003		
TAcción	Coeficiente de correlación		.489	
	Sig. (bilateral)		.001	
TMantenimiento	Coeficiente de correlación			.440
	Sig. (bilateral)			.004

Elaboración propia.

En la tabla 19 se muestra los resultados del método test - retest a una muestra aleatoria de 40 adolescentes residentes de una comunidad terapéutica, obteniéndose un nivel de significancia menor a $p < 0.05$ lo que se puede concluir entonces que la correlación es significativa, lo que indica una correlación real, no debida al azar. El coeficiente rho de las variables presento una correlación positiva

media al encontrarse en el rango de +0,11 al +0,50 propuesto por Hernandez, Fernández y Batista (2010).

Tabla 20

Análisis por estabilidad temporal de la escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island para adolescentes en condición de no residente.

		RContemplativo	RAcción	RMantenimiento
TContemplativo	Coeficiente de correlación	.853		
	Sig. (bilateral)	.000		
TAcción	Coeficiente de correlación		.835	
	Sig. (bilateral)		.000	
TMantenimiento	Coeficiente de correlación			.841
	Sig. (bilateral)			.000

Elaboración propia.

En la tabla 20, se muestra los resultados del método test - retest a una muestra aleatoria de 40 adolescentes no residentes, obteniéndose un nivel de significancia menor a $p < 0.05$ lo que se puede concluir entonces que la correlación es significativa. El coeficiente rho de las variables presentó una correlación positiva muy fuerte al encontrarse en el rango de +0.76 a +0.90 propuesto por Hernandez et al., (2010)

4.3 Baremación

Con a la finalidad de realizar la interpretación de resultados se diseñó la baremación de la escala por lo cual se procedió a explorar si existían diferencias significativas según la condición, el sexo y los años de edad.

Tabla 21

Diferencias según la condición de la muestra

	Contemplativo	Acción	Mantenimiento
U de Mann-Whitney	2682,500	1737,500	1715,500
Sig. asintótica (bilateral)	,000	,000	,000

Elaboración propia.

En la tabla 21, apreciamos las diferencias según la condición en la que se encuentra la muestra en cada una de las subescalas contemplativo, acción y mantenimiento, donde los resultados de la prueba U de Mann-Whitney nos indica que existen diferencias significativas ($p < 0.05$) en cada una de ellas.

Tabla 22

Diferencias según el sexo de la muestra

	Contemplativo	Acción	Mantenimiento
U de Mann-Whitney	4053,000	4106,000	3927,500
Sig. asintótica (bilateral)	,157	,201	,083

Elaboración propia.

En la tabla 22, se muestra los resultados de la prueba U de Mann-Whitney según el sexo, nos indica que no existen diferencias significativas ($p < 0.05$) en cada una de ellas.

Tabla 23

Diferencias según edades de la muestra

Variable	Edad	N	Rango Media	Chi- Cuadrado	Df	Sig. Asintót
Contemplativo	12	6	131,50	18,030	6	,006
	13	10	135,40			
	14	20	129,63			
	15	90	84,82			
	16	57	101,69			
	17	15	112,77			
	18	2	121,50			
	12	6	144,67			
Acción	13	10	157,90	27,114	6	,000
	14	20	135,63			
	15	90	85,67			
	16	57	98,83			
	17	15	96,10			
	18	2	77,75			
	12	6	126,00			
	13	10	128,45			
Mantenimiento	14	20	129,38	17,427	6	,008
	15	90	86,17			
	16	57	98,11			
	17	15	122,43			
	18	2	144,00			

Elaboración propia.

En la tabla 23, se muestra los resultados de la prueba Kruskal Wallis según la edad, nos indica que existen diferencias significativas ($p < 0.05$) en cada subescala

Las tablas del 24 al 28 representan los baremos obtenidos según la condición y edad, los cuales según la prueba U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis respectivamente indicaron que existían diferencias significativas, en el caso del baremo según el sexo las pruebas indicaron que la escala no diferencia la motivación al cambio según el sexo del adolescente.

Tabla 24

Baremo de la URICA para adolescentes Residentes.

PC	Contemplativo	Acción	Mantenimiento	URICA Total	PC
1		8 a 12	8 a 9	8 a 50	1
2	8	16		51 a 52	2
3			10		3
4			11	53 a 55	4
5	9				5
6	10	19	12		6
7	11		13		7
8		20	14	56	8
9	12		15		9
10	13 a 15	21 a 23	16 a 17	57 a 60	10
15	16 a 17	24 a 25	18 a 20	61 a 67	15
20	18 a 22	26 a 27	19 a 22	68 a 73	20
25	23 a 24	28 a 29	23	74 a 77	25
30	25 a 28	30	24 a 25	78 a 83	30
35	29			84 a 86	35
40		31	26	87 a 89	40
45	30 a 31		27	90 a 91	45
50		32		92	50
55	32	33	28	93 a 94	55
60	33			95 a 96	60
65		34	29 a 30		65
70	34	35		97 a 98	70
75	35 a 36			99	75
80		36	31 a 32	100 a 101	80
85	37 a 38	37		102 a 105	85
90				106	90
91			33		91
92					92
93		38		107 a 108	93
94	39		34		94
95			35		95
96				109	96
97			36	111	97
98		39	37 a 38	113	98
99	40	40	39 a 40	114 a 120	99
Media	28,61	31,36	26,43	86,40	Media
D.S.	9,271	6,033	6,733	17,810	D.S.

Elaboración propia.

Tabla 25

Baremo de URICA para adolescentes no residentes.

PC	Contemplativo	Acción	Mantenimiento	URICA Total	PC
1					1
2					2
3					3
4					4
5					5
6					6
7					7
8					8
9				24	9
10	8 a 10			25 a 26	10
15	11	8		27 a 30	15
20	12 a 14	9	8	31 a 32	20
25	15	10	9 a 10	33 a 37	25
30		11 a 15	11	38 a 43	30
35	16	16	12	44 a 50	35
40	17 a 18	17 a 19	13	51 a 54	40
45	19 a 21	20	14	55 a 58	45
50	22 a 23	21 a 23	15	59 a 63	50
55	24 a 25	24	16 a 18	64 a 68	55
60	26 a 27	25	19	69 a 72	60
65		26 a 27	20	73	65
70	28 a 29	28	21	74 a 82	70
75		29	22 a 23		75
80	30		24 a 26	83 a 86	80
85	31	30 a 31	27	87 a 89	85
90	32	32			90
91				90	91
92	33	33			92
93		34		91 a 92	93
94					94
95		35	28	93	95
96	34			94 a 95	96
97				96 a 98	97
98	35	36	29		98
99	36-40	37 a 40	30 a 40	99 a 120	99
Media	21,49	20,62	16,76	58,87	Media
D.S.	8,757	9,508	7,559	24,585	D.S.

Elaboración propia.

Tabla 26

Baremo de la subescala contemplativa según edad

PC	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	PC
1						8 a 10	8 a 29	1
2								2
3								3
4								4
5				8				5
6				9		11 a 15		6
7								7
8								8
9								9
10		8 a 18	8 a 11	10 a 11	8 a 11	16 a 22		10
15	8 a 23		12 a 17	12	12 a 14			15
20		19 a 28	18 a 20	13 a 14	15	23		20
25			21 a 24	15	16 a 17			25
30	24 a 31	29 a 31	25 a 29		18 a 21	24		30
35			30 a 31	16 a 17	22 a 23			35
40				18 a 21	24 a 27	25 a 27		40
45			32	22				45
50	32 a 36	32	33	23	28 a 29			50
55				24 a 25				55
60		33 a 34	34	26 a 28	30	28 a 29		60
65	37			29		30 a 31		65
70			35		31 a 32	32		70
75			36	30 a 31	33			75
80		35 a 37		32	34 a 35	33 a 34		80
85				33	36 a 38	35 a 39		85
90		38 a 39	37 a 38					90
91								91
92								92
93								93
94				34				94
95			39	35				95
96				36	39			96
97								97
98				37 a 38				98
99	38 a 40	40	40	39 a 40	40	40	30 a 40	99
Media	29,50	30,20	29,15	22,58	25,25	27,80	30,00	Media
D.S.	11,828	9,390	10,236	8,869	10,209	7,930	,000	D.S.

Elaboración propia.

Tabla 27

Baremo de la subescala acción según edad

PC	12 Años	13 Años	14 Años	15 Años	16 Años	17 Años	18 Años	PC
1	8 a 21	8 a 30					8 a 22	1
2								2
3								3
4								4
5			8 a 20					5
6						8 a 15		6
7					8			7
8								8
9								9
10		31	21 a 24	8	9 a 11	16 a 18		10
15	22 a 31		25	9 a 10	12 a 15			15
20			26 a 27	11 a 14	16 a 19	19		20
25			28 a 29	15 a 16	20 a 23	20 a 25		25
30	32 a 33			17 a 18				30
35			30	19 a 20	24 a 25			35
40		32 a 33	31 a 32	21 a 22	26	26		40
45				23 a 24	27	27 a 28		45
50		34	33	25	28		23 a 26	50
55				26 a 28	29			55
60			34	29		29 a 30		60
65	34 a 35			30	30			65
70		35 a 36	35	31	31 a 33			70
75				32	34			75
80	36	37	36 a 37	33-34	35	31 a 32		80
85				35		33		85
90		38 a 39	38					90
91					36			91
92				36				92
93					37	34		93
94					38			94
95				37				95
96								96
97								97
98				38	39			98
99	38 a 40	40	39 a 40	39 a 40	40	35 a 40	27 a 40	99
Media	32,67	34,60	31,45	23,39	25,91	26,33	25,00	Media
D.S.	5,610	2,989	7,366	10,107	9,391	7,537	2,828	D.S.

Elaboración propia.

Tabla 28

Baremo de la subescala mantenimiento según edad

PC	12 Años	13 Años	14 Años	15 Años	16 Años	17 Años	18 Años	PC
1	8	8 a 9					8 a 26	1
2								2
3								3
4								4
5			8 a 10					5
6						8 a 15		6
7								7
8								8
9								9
10		10	11	8	8 a 9	16 a 18		10
15	9 a 23		12 a 16	9	10 a 11			15
20		11 a 22	17 a 20	10 a 11	12 a 13	19 a 21		20
25			21 a 22	12	14			25
30		23	23 a 25	13 a 14	15	22 a 23		30
35				15 a 16	16 a 17			35
40		24 a 25	26	17 a 18	18	24		40
45				19	19 a 20	25 a 26		45
50	24 a 28	26 a 28	27	20	21 a 23		27 a 28	50
55					24 a 25			55
60		29	28 a 29	21 a 23	26	27		60
65	29 a 30		30	24	27			65
70		30 a 32		25 a 26		28		70
75			31	27	28 a 29			75
80	31 a 32		32	28	30	29 a 30		80
85					31 a 32	31 a 34		85
90		33 a 36	33					90
91				29 a 30				91
92								92
93					33	35 a 38		93
94								94
95			34					95
96				31 a 32	34 a 38			96
97								97
98				33	39			98
99	33 a 40	37 a 40	36 a 40	36 a 40	40	39 a 40	29 a 40	99
Media	25,00	25,60	25,70	19,47	21,25	25,33	28,00	Media
D.S.	8,649	9,046	8,053	8,083	9,054	7,547	1,414	D.S.

Elaboración propia.

Tabla 29

Niveles de la escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island para adolescentes residentes.

CATEGORIA	PERCENTIL
Muy alto	91 a 99
Alto	76 a 90
Promedio	25 a 75
Bajo	10 a 24
Muy bajo	0 a 9

Elaboración propia.

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Discusión

La muestra fue de un total de 100 adolescentes residentes, de una comunidad terapéutica de Lima sur, sin embargo, se usó una muestra adicional de 100 adolescentes no residentes para poder realizar la validez de constructo por grupos extremos. De la muestra de adolescentes residentes, se identificó que el 80% eran varones y el 20% eran mujeres, este dato se asemeja al estudio realizado por Rojas y Espinoza (2008) quienes identificaron que de una muestra de $n=128$ participantes, voluntarios consumidores, el 90.6% eran varones y el 9.4% mujeres.

Con respecto a la variable edad, en nuestro estudio se observó que las edades más significativas son de 15 y 16 años, quienes representaron un 55% de la muestra, proporción etaria equivalente a lo reportado por Jara (2008), en el que se observa que la edad más significativa en el inicio hacia el consumo, es a los 16 años. Asimismo, en la muestra de no residentes de nuestro estudio, se observó que el 81% de residentes no logró terminar el nivel educativo de primaria, y que el 65% indicó haber usado algún tipo de droga en los últimos 6 meses.

Los resultados del análisis ítem test señalaron un bajo índice de discriminación ($ID < 0.40$) en los ítems 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 y 31, lo que llevó a su eliminación, esto benefició en un alza en la confiabilidad y validez en la escala en general. Posteriormente, se realizó el análisis factorial donde se obtuvo un valor de KMO de .950 y por el método de rotación de Varimax se permitió extraer tres factores que representan a tres de cinco estadios propuestos en la teoría (Contemplativo, Acción y Mantenimiento).

Estos resultados fueron avalados por los estudios de Roth y Exeni (2010) quienes obtuvieron un KMO de .888, en el cual solo consideraron los factores de precontemplación, contemplación y acción, ya que la etapa de mantenimiento resultaba confusa con la de la acción.

Asimismo, Sutton (2001) demostró en su estudio, que algunas subescalas como la de contemplación y mantenimiento tienden a diferenciarse de manera difusa. Haro (2008), quien realizó la prueba de validez de constructo por análisis factorial, tuvo como resultado la eliminación de los ítems 1 y 31 los cuales correspondieron a la subescala precontemplativo.

Respecto a la confiabilidad, del presente estudio, se obtuvo altos índices mediante el coeficiente de alfa de Cronbach de .963 y de Spearman Brown de .933, datos bastantes cercanos a los hallados en la investigación realizada en la ciudad de Trujillo por Vallejo, Orbegoso y Capa (2007), quienes encontraron una confiabilidad mediante el alfa de Cronbach de .814, demostrando de esta manera que las puntuaciones de esta escala son confiables. A su vez, los resultados encontrados del presente estudio también confirman las investigaciones realizadas por Yataco (2008) y Dozois et al. (2004), en las cuales se obtuvo una confiabilidad de $\alpha = 0.79$. Por último, Hasler et al. (2003), bajo la misma línea de exploración psicométrica, reportó una confiabilidad de $\alpha=0,86$.

El presente estudio obtuvo valores de confiabilidad por alfa de Cronbach en la subescala de contemplación de $\alpha=0,945$, acción de $\alpha=0,841$ y mantenimiento de $\alpha=0,805$. Estos resultados confirman los estudios de Rojas y Espinoza (2008) al obtenerse una buena fiabilidad de $\alpha=.830$ en la sub escala precontemplativa, de la misma forma se obtuvo $\alpha=.830$ en la subescala contemplativa, en la subescala de acción $\alpha=.860$ y Mantenimiento en $\alpha=.890$.

Además, los resultados se asemejan a los hallados por Henderson, Saules y Galen (2004), quienes reportaron en las subescalas valores de consistencia interna que fluctúan entre 0.71 y 0.88.

Dozois, Westra, Collins, Fung y Garry (2004) hallaron en la subescala precontemplativo un valor de consistencia interna de 0.77, en la subescala contemplación un valor de 0.80, en la subescala acción un valor de 0.84 y en la subescala de mantenimiento un valor de 0.82.

En esta misma línea, Szupszynski y Oliveira (2008) identificaron, para la subescala precontemplativo un valor de .713, para la subescala contemplativo reportaron un valor de .768, para la subescala acción .813 y para la subescala mantenimiento .732.

5.2 Conclusiones

En primer lugar, se alcanzó de forma parcialmente el objetivo propuesto de adaptar y de obtener las propiedades psicométricas de la escala de motivación al cambio de la universidad Rhode Island para adolescentes residentes de una comunidad terapéutica de Lima sur al eliminar la subescala precontemplativa, por lo cual se considerará las tres subescalas restantes.

Con base a los objetivos propuestos de la presente investigación se comprobó que la escala URICA para adolescentes posee una moderada propiedad psicométrica en su confiabilidad y validez, y concluyó con los siguientes resultados:

1. La escala de motivación al cambio de URICA para adolescentes demostró una adecuada adaptación al obtener puntajes de .80 a 1.00 mediante la validez de contenido por jueces.

2. En lo que concierne a la validez de constructo, se obtuvo que los ítems 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 y 31, no discriminaban bien a los adolescentes que se encontraban en el estadio precontemplativa por lo cual se optó realizar la eliminación de los ítems y por ende la subescala a la que originalmente pertenecía, al realizar esto aumentó la confiabilidad y validez en la escala total.

En el análisis factorial exploratorio, se obtuvo un valor de KMO de .950. En validez factorial mediante el método de rotación Varimax, se pudo comprobar que los ítems de cada etapa se agruparon en tres componentes mostrando así la existencia de las tres etapas de la motivación al cambio (contemplativo, acción y mantenimiento) propuesto en el modelo transteórico del cambio motivacional.

Se demostró mediante uso de una muestra que sirvió de contraste, la validez por diferencia de grupos extremos mediante la prueba no paramétrica U de Mann Whitney donde se encontró que existían diferencias significativas, lo que indicaría que la escala tiene validez al identificar a sujetos residentes de otros que no lo son.

3. También se demostró que la escala de motivación al cambio de URICA para adolescentes, posee una alta confiabilidad por consistencia interna al obtener un alfa de Cronbach de ,963 y por prueba de dos mitades al obtener un índice de Spearman Brown de ,933.

Con el fin de asegurar la confiabilidad, se usó el método test-retest a la muestra según su condición. En la muestra de adolescentes no residentes se obtuvo un nivel significativo menor a $p < 0,05$ indicando que existe correlación en la primera y segunda aplicación de la escala, con ello podemos deducir que la motivación al cambio se mantuvo constante en los dos meses que duró el método. En la segunda muestra de adolescentes residentes, se obtuvo un nivel de significancia de .001 a .004 lo que nos indicaría que aún existe correlación entre la primera y segunda aplicación de la escala, pero al ras de mostrar diferencias significativas.

4. Y por último, se logró elaborar el baremo de la escala de evaluación del cambio de la Universidad Rhode Island en adolescentes residentes de una comunidad terapéutica de Lima sur según la condición y edad.

5.3 Recomendaciones

1. Se sugiere que el tamaño de la muestra sea mayor de 320 residentes adolescentes, en los cuales el porcentaje de sujetos del sexo femenino sea significativo, ya que es lo más adecuado para obtener mejores resultados en las propiedades psicométricas de la escala URICA.

2. Se sugiere que se aplique otra prueba similar para realizar una comparación de las mismas escalas.

3. Es de importancia determinar si los resultados obtenidos, que fueron motivo de la eliminación de la subescala de precontemplación, está relacionado con el tiempo de acogida de los residentes al inicio de su tratamiento, el cual tiene una duración de 30 a 45 días, ya que es en este tiempo donde existe un mayor abandono del tratamiento de los adolescentes, y que fue un criterio de inclusión en la muestra el haber pasado por esta fase.

4. Se recomienda también realizar una evaluación de las características manipuladoras de los residentes, ya que podría ser una variable que no se haya tomado en cuenta, al presentarse ante la evaluación como un sujeto libre del problema hacia las drogas.

5. Se sugiere que el evaluador de la escala sea un sujeto ajeno de la comunidad terapéutica, ya que, por las características paranoicas de los residentes ante los resultados de la prueba y su sistema de evaluación de conducta dentro de la comunidad, implicarían una variable por el cual no se obtendría resultados más confiables y válidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, pesonality, and behavior*. Homewood, Illionis: Dorsey Press.
- Alarcón, R. (2008). *Métodos y diseños de Investigacion del Comportamiento*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Anicama, J., Vizcardo, S., Mayorga, E., Henostroza, C., Palacios, J, Jurado, I. y Tomas, A. (1999). Factores de riesgo para el abuso de drogas en niños de 6 a 12 años de Lima Metropolitana. *Wiñay Yachay*, 3 (1), 43-60.
- Armentano, O. (2009). *Motivação para mudança: análise fatorial da URICA para hábitos alimentares. Porto Alegre – Brasil*. Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul. Recuperado de <https://goo.gl/RwFQDb>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Clifs, New Jersey: Prentice Hall.
- Becoña, E. (1986). *La relación actitud-conducta*. Santiago de Compostela, España: Grial.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional de Drogas. Recuperado de <https://goo.gl/HtNWRP>
- Becoña, E. y Vázquez, F. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
- Casas, M., Pérez, J., Salazar, I., y Tejero, A. (1992). *Las conductas de automedicación en drogodependencias*. Barcelona, España: Ediciones en neurociencias.
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) (2015). *El problema de las drogas en el Perú*. Lima: Cedro. Recuperado de <https://goo.gl/qVfYdg>
- Chatlos, J. (1996). Recent trends and a developmental approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y vida sin Drogas (DEVIDA) (2010). *Sistematización del modelo de comunidad terapéutica para personas con*

problemas de dependencia a las drogas. Lima. Peru. 1, 12-13. Recuperado de <https://goo.gl/BKnGQ1>

Comisión Nacional para el Desarrollo y vida sin Drogas (DEVIDA) (2012). *IV Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria*. Lima: Mercedes Group S.A.C. Recuperado de <https://goo.gl/zmEXWd>

Costa, M. y López, E. (2000). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.

Da Silva, M. (2005). Avaliação e Intervenção Breve em Adolescentes usuários de drogas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1, 69-74.

Da Silva, M., Laranjeira, R., Brasil, R., Leal, R. y Di Giorgio, D. (2003). Estudio dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16, 265-270. Recuperado de <https://goo.gl/jFF8Tm>

Diaz, J. (1993). *Teoría de los tests. Psicometría II: clásica y de las respuestas al ítem*. Valencia: Cristobal Serrano.

Diclemente, C., Prochaska, J., Fairhurst, S., Velicer, W., Velasquez, M. & Rossi, J (1991). The process of smoking cessation: An Analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59. 295 – 304. Recuperado de <https://goo.gl/ZWZ3Fg>

Dollard, J. & Miller, N. (1950). *Personality and psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture*. Nueva York: McGraw-Hill.

Dozois, D. J., Westra, H. A., Collins, K. A., Fung, T. S. & Garry, J. K.(2004). Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (6), 711-729.

Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. España: editorial Desclee de Brouwer, 1, 19 -21.

Fasce, N. (2003). *Relación entre estudio y proceso de cambio según el tiempo de internamiento en un grupo de parientes drogodependientes*. (Tesis para optar el título de magíster en Psicología Clínica). Universidad Cayetano Heredia, Lima, Perú.

- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley. Recuperado de <https://goo.gl/51zLhu>
- Glantz, M. (1992). *A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability*. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 389-418). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gliem, J. & Gliem, R. (2003). *Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales*. Recuperado de <https://goo.gl/xHUVdm>
- Graña, J. (1994). *Conductas adictivas*. Madrid: Debate S.A.
- Haro, P. (2008). *Adaptación de la escala de motivación al cambio de urica a drogodependientes residentes de comunidades terapéuticas de Lima metropolitana* (Tesis de licenciatura en psicología). Universidad Cesar Vallejos, Lima, Perú.
- Hasler, G., Klaghofer, R. & Buddeberg, C. (2003). The university of Rhode Island change assessment scale (URICA) psychometric testing of a German version. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53 (9-10), 406-411.
- Hawkins, J., Catalano, R. & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, (112), 64- 105.
- Henderson, M., Saules, K. & Galen, L. (2004). The predictive validity of the University of Rhode Island change assessment questionnaire in a heroin-addicted polysubstance abuse sample. *Psychology Addictive Behaviors*, 18 (2),106-112.
- Hernandez, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGraw-Hill.
- Jara, C. (2008). *La motivación para el cambio de conducta y la evolución del tratamiento en pacientes dependientes a sustancias*. (Tesis para optar el grado de doctora en Psicología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de <https://goo.gl/RCfdv7>

- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health, 12*, 597-605.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science, 190*, 912-914.
- Kaplan, H. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory behaviour to the study of drugs use. *Journal of Drugs Issues, 345-377*. Recuperado de <https://goo.gl/tsk54Y>
- Kaplan, H., Johnson, R. & Bailey, C. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly, 49(1)*, 110-128. Recuperado de <https://goo.gl/GkbNNR>
- Maslow, H. (2014). *Motivación y personalidad*. España: Editorial Díaz de Santos. Recuperado de <https://goo.gl/ZVDTBK>
- McConaughy, E., Prochaska, J. & Velicer, W. (1983). Stages of change in psychotherapy measurement and sample profiles. *Psychotherapy Theory Research & Practice, 20(3)*, 368 – 375. Recuperado de <https://goo.gl/9P2iDR>
- Mesurado, B. (2008). Explicaciones psicológicas sobre la motivación y el sustrato neurobiológico que posibilita la misma. *Psicología y Psicopedagogía, 7(19)*, 1-14. Recuperado de <https://goo.gl/vgMZhA>
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. España: Ediciones Paidós Iberica S.A.
- Mundo Libre (2003). *La fuerza del amor*. Lima: Universidad de San Martín de Porres.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. Recuperado de <https://goo.gl/agyqZB>
- Orsi, M. y Oliveira, M. (2006). Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. *Estudos de Psicologia (Campinas), 23(1)*, 3-12. Recuperado de <https://goo.gl/xtKLRo>
- Pandina, R., Johnson, V. & Labouvie, E. (1992). Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence. En M. Gland y R. Pickens (Eds.),

- Vulnerability to drugs abuse* (pp. 179-209). Washington, DC: American Psychological Association.
- Patten, S., Vollman, A. & Thurston, W. (2000). The utility of the transtheoretical model of behavior change for HIV risk reduction in injection drug users. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 11(1), 57-66. Recuperado de <https://goo.gl/Gz7zbS>
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change*. Homewood, IL; Dorsey Press
- Prochaska, J., Diclemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to Addictive Behaviors. *The American psychologist*, 47(9), 1102- 1114. Recuperado de <https://goo.gl/Phwm2w>
- Prochaska, J. & Velicer, W. (1997). The Transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. Recuperado de <https://goo.gl/A6TWqe>
- Richaud de Minzi, M., Barrionuevo, D. y Mussi, C. (2001). Estilo de afrontamiento en relación con los estadios de cambio intencional de la conducta adictiva. *Revista Electrónica de Psicología*, 5(2), 13-27. Recuperado de <https://goo.gl/7LzNp9>
- Rodgers, W., Courneya, K. & Bayduza, A. (2001). Examination of the Transtheoretical model and exercise in 3 populations. *American Journal of Health Behavior*, 25(1), 33-41. Recuperado de <https://goo.gl/F3mhqS>
- Rojas, M. y Espinoza, L. (2008). Consejo psicológico y sesiones motivacionales en casos de drogodependencias: evaluación de las intervenciones del programa "Lugar de escucha"- CEDRO. *Revista Adicciones*, 20(2), 185-196. Recuperado de <https://goo.gl/aQmVAQ>
- Rojas, M. (2002). Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual. En CEDRO, *Factores de riesgo y proteccion en el consumo de drogas en la juventud* (pp. 53-93). Lima, Perú: Centro de ediciones CEDRO.

- Roth, E. y Exeni, S. (2010). Exploración de la validez y la confiabilidad del instrumento en la Medición de la Disposición al Cambio en Fumadores Habituales. *Revista Ajayu*, 1-21. Recuperado de <https://goo.gl/6cqcZp>
- Sanchez-López, M., Thorne, C., Martínez, P., Niño de Guzman, I. y Argumedo, D. (2002). Adaptación del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon en una población universitaria peruana. *Revista de Psicología de la PUCP*, 28-53. Recuperado de <https://goo.gl/7dLw9S>
- Santacreu, J. y Froján, M. (1992). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (II). *Revista Española de Drogodependencias*, 17(4), 253-268.
- Skinner, B. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. New York: Appleton-Century. Recuperado de <https://goo.gl/w2Qxg5>
- Sutton, S. (2001). *Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance abuse*. *Addiction*, 96, 175–186. Recuperado de <https://goo.gl/GMY1NF>
- Szupszynski, K. y Oliveira, M. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, 13(1), 31-39. Recuperado de <https://goo.gl/Kc4v1A>
- Vallejos, M., Orbegoso, C. y Capa, W. (2007). Escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island (URICA): Validez y confiabilidad en drogadependientes. *Revista de Psicología*, 9(1), 52-59. Recuperado de <https://goo.gl/qefYXW>
- Velicer, W., Prochaska, J., Fava, J., Norman, G. & Redding, C. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 38(5), 216-233.
- Waldrom, H. (1998). Substance abuse disorders. *Comprehensive clinical psychology*, 5(1), 539-563. Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Werch, C. & DiClemente, C. (1994). A multi-component state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9(1), 37-46.

Yataco, A. (2008). *Estadios de cambio y calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos en los consultorios externos de farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen* (Tesis para obtener el título de Especialista en Salud mental y Psiquiatría). Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de <https://goo.gl/2wGE86>

ANEXOS

Anexo 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores / ítems	Escala de medición
Estadio de cambio del consumo de droga	Son delimitaciones de un conjunto de procesos del cambio intencional de las conductas adictivas dirigido hacia el consumo de drogas propuesto en el Modelo Transteórico, el cual está conformado por cinco estadios del cambio, en las cuales el paciente puede lograr su cambio conductual adictiva pasando por estas etapas	Es el puntaje total obtenido de la escala	Precontemplación	1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31.	Intervalo
			Contemplación	2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24	Intervalo
			Acción	3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30	Intervalo
			Mantenimiento	6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32.	Intervalo

Elaboración propia.

Anexo 2

ESCALA DE EVALUACION DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (ORIGINAL)

Edad _____ Sexo _____ Grado de
instrucción _____ Fecha _____

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

MARCA CON UNA "X" UNA DE LAS 5 ALTERNATIVAS DE RESPUESTA:

1	Totalmente en desacuerdo	2	Bastante en desacuerdo	3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	Bastante de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo
----------	---------------------------------	----------	-------------------------------	----------	---------------------------------------	----------	----------------------------	----------	------------------------------

		1	2	3	4	5
1	Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar					
2	Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera					
3	Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando					

4	Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema					
5	No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí					
6	Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda					
7	Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema.					
8	He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo					
9	He trabajado con éxito en mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo					
10	A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo.					
11	Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.					
12	Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.					
13	Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar					
14	Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar					
15	Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.					
16	No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.					
17	Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando					
18	Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él.					
19	Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.					

20	He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que se me ayudara.					
21	Quizás en este lugar me puedan ayudar.					
22	Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.					
23	Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.					
24	Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.					
25	Cualquier persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.					
26	Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?					
27	Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.					
28	Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.					
29	Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?					
30	Estoy trabajando activamente en mi problema.					
31	Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.					
32	Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.					

Pre contemplación: 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31.

Contemplación: 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24

Acción: 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30

Mantenimiento: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32

PRECONTEMPLATIVO: _____

CONTEMPLATIVO: _____

ACCIÓN: _____

MANTENIMIENTO: _____

Anexo 3

ESCALA DE EVALUACION DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND PARA ADOLESCENTES

Nombre y Ap.:

Fecha:

Edad:

Sexo: Masculino: M Femenino: F

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

Valores:

MARCA CON UNA "X" UNA DE LAS 5 ALTERNATIVAS DE

RESPUESTA:

1	Muy en desacuerdo	2	En desacuerdo	3	Indeciso	4	De acuerdo	5	Muy de acuerdo
---	----------------------	---	------------------	---	----------	---	---------------	---	-------------------

		1	2	3	4	5
1	Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera					
2	Estoy haciendo algo con los problemas que me preocupaban					
3	Puede que sirva el trabajar en solucionar mi problema					

4	Estoy aquí para que me ayuden a no regresar al problema que ya he cambiado					
5	Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema					
6	He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo					
7	A veces dudo si puedo mantener yo solo el problema que ya he solucionado					
8	Estoy trabajando en mi problema a pesar de las dificultades					
9	Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme a mí mismo					
10	Me estoy esforzando realmente mucho por cambiar					
11	Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo					
12	No me siento capaz de mantener lo que he cambiado, por eso estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema					
13	Aunque, no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando					
14	Pensaba que una vez resulto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando contra él.					
15	Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema					
16	He empezado a hacer frente a mis problemas					
17	Quizás en este lugar me puedan ayudar					
18	Puede que aún necesite ayuda para mantener los cambios que ya hice					
19	Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.					
20	Cualquier persona puede hablar de cambiar sus problemas; yo de hecho lo estoy haciendo					
21	Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.					
22	Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.					
23	Estoy siguiendo las indicaciones para resolver mis problemas					
24	Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.					

Contemplación: 1, 3, 6, 9, 11, 15, 17, 19
Acción: 2, 5, 8, 10, 13, 16, 20, 23
Mantenimiento: 4, 7, 12, 14, 18, 21, 22, 24

CONTEMPLATIVO: _____

ACCIÓN: _____

MANTENIMIENTO: _____

Anexo 4.

VALIDACIÓN POR JUECES EXPERTOS

Respetado juez, usted ha sido seleccionado para evaluar la escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island para adolescentes que hace parte de la investigación de Propiedades psicométricas de la escala de evaluación del cambio de la universidad Rhode Island (URICA) en residentes adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas en Lima Sur

Con el fin de poder realizar la validez de contenido del presente instrumento, y poder comprobar que los reactivos evalúen significativamente la variable de estudio para lo que fueron diseñados. Es de suma importancia realizar la validez por jueces expertos en el tema, por tal motivo agradezco su valiosa colaboración para que usted pueda ejercer su criterio en los ítems de este instrumento.

Nombre y apellidos del juez:

Formación académica:

Áreas de experiencia profesional:

Tiempo:

Cargo actual:

Institución:

Anexo 5.

FORMATO PARA EVALUAR BONDAD

Cuando se habla de bondad hacemos referencia al **grado de efectividad** que muestra un **reactivo** en satisfacer el área que debe evaluar un instrumento. Puede usar la pregunta “**¿Qué tan efectivo es este reactivo para medir la motivación al cambio en esta etapa?**”, su respuesta puede realizarlo marcando un aspa (X) en:

SÍ: Si considera que el ítem es representativo del área

NO: Si considera que el ítem no es representativo del área

En el casillero de observaciones, puede anotar las sugerencias de cambios a algún ítem.

Objetivo General de la Prueba: Identificar la etapa de cambio motivacional que se encuentre el adolescente residente

Etapa 1: Precontemplativo: Fase en el que el sujeto no se encuentra motivado por cambiar el problema pues aun no toma conciencia de este.

Nº	REACTIVOS	APROBADO		OBSERVACIONES
		SÍ	NO	
01	Que yo sepa, no tengo problemas de consumo			
05	No tengo problemas de consumo. No tiene sentido que yo esté aquí			
11	Para mí, estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema de consumo no tiene que ver conmigo.			
13	Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar			
23	Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.			
26	Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no puede la gente simplemente olvidar su problema con el consumo?			
29	Tengo tantos problemas como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?			

Etapa 2: Contemplativo: Fase por el cual el sujeto empieza a tomar conciencia de las consecuencias negativas de mantener aun la conducta del consumo.

Busca información de cómo solucionar su problema, pero aun no hace un compromiso de cambio

Nº	REACTIVOS	APROBADO		OBSERVACIONES
		SÍ	N O	
02	Creo que puedo estar preparado para cambiar de alguna manera			
04	Puede que sirva el trabajar en solucionar mi problema de consumo			
08	He pensado que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo			
12	Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.			
15	Tengo problema de consumo y pienso que realmente debo afrontarlo.			
19	Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema de consumo.			
21	Quizás en este lugar me puedan ayudar.			
24	Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.			

Etapa 3: Acción: Fase en la cual el sujeto ha empezado a cambiar su conducta problema y busca ayuda para implementar estrategias en su tratamiento

Nº	REACTIVOS	APROBADO		OBSERVACIONES
		SÍ	N O	
03	Estoy haciendo algo con el problema de consumo que me han estado preocupando			
07	Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema de consumo.			
10	A veces es difícil cambiar mi problema de consumo, pero estoy trabajando para resolverlo.			
14	Me estoy esforzando realmente mucho por cambiar			
17	Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando			
20	He empezado a trabajar en solucionar mi problema de consumo pero me gustaría que me ayudarán.			
25	Cualquier persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.			

30	Estoy trabajando mucho para solucionar mi problema con el consumo.			
----	--	--	--	--

AREA 4: Mantenimiento: En esta fase el sujeto ya logrado hacer cambios significativos en su conducta problema, pero puede tener problemas para mantener los cambios ya obtenidos por ello busca ayuda para poder mantenerlos. El sujeto ya ha alcanzado el cambio deseado y es mejor de lo que era inicialmente.

Nº	REACTIVOS	APROBADO		OBSERVACIONES
		SÍ	N O	
06	Me preocupa que pueda retroceder en el problema de consumo que ya he cambiado, por eso estoy aquí en búsqueda de ayuda			
09	He trabajado con éxito en mi problema de consumo pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo			
16	No me siento capaz de mantener lo que he cambiado, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.			
18	Pensaba que una vez que hubiera resuelto mi problema de consumo me sentiría liberado pero a veces aún me encuentro luchando con él.			
22	Puede que ahora necesite ayuda para mantener los cambios que ya hice.			
27	Estoy aquí para prevenir recaer en mi problema de consumo.			
28	Es molesto, pero siento que podría reaparecer el problema de consumo que pensaba haber resuelto.			
32	Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa			

Anexo 6.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El motivo de esta ficha es de dar conocimiento a los participantes sobre la investigación “**Adaptación y propiedades psicométricas de la escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island en adolescentes residentes de una comunidad terapéutica de Lima sur**” el cual es investigado por Jordan Jack Basurto Gonzales de la Universidad Autónoma del Perú.

La importancia en la investigación reside es que existe una necesidad de tener al alcance un instrumento válido, confiable, y adaptado que mida la motivación al cambio en la población de adolescentes residente de comunidades terapéuticas.

La participación del estudio es de forma voluntaria, y la información recogida será totalmente confidencial y no será usado para otro fin fuera de los planteados en esta investigación.

Si usted está de acuerdo en participar en la investigación se seguirá los siguientes procedimientos:

1. Se pedirá sus datos personales (edad, sexo y grado de instrucción)
2. Se aplicarán el instrumento: Escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island para adolescentes, en el cual se marcará con (X) la alternativa que usted considere conveniente.

Sobre los riesgos:

No existe riesgo alguno en ser participante de la investigación. Todos los datos serán confidenciales

Sobre los beneficios:

No hay beneficio alguno en ser participante de la investigación. Sin embargo, la creación de la escala beneficiará a futuros adolescentes residentes de comunidades terapéuticas, al poder evaluar la motivación al cambio, ayudará en futuras investigaciones y mejoras en el tratamiento psicoterapéutico.

Sobre costos:

No recibirá ningún incentivo económico, ni gastará nada por participar en la investigación. Solamente la satisfacción de ayudar en el estudio de las propiedades psicométricas del instrumento.

Sobre la confidencialidad:

Los resultados obtenidos en esta investigación, no indicaran ninguna información que pueda llegar a la identificación de los participantes de esta investigación. Únicamente podrá ser mostrados con el consentimiento de usted mismo el cual será notificado con previo aviso.

Sobre sus derechos:

Usted tiene el derecho de poder cancelar en cualquier momento su participación en el estudio, sin recibir ningún perjuicio. Si existiese datos obtenidos previo a su retiro serán borrados.

CONSENTIMIENTO

Acepto mi participación voluntaria en el estudio, lo que implicaría haber leído y entendido los puntos a tratar en el presente consentimiento informado. En el cual una de sus partes indica el poder retirarme en cualquier momento del estudio.

Nombre del participante

Firma del participante

Firma del participante

**Jordan Jack Basurto Gonzales
Investigador**