

Exploración de la Validez y la Confiabilidad del Instrumento en la Medición de la Disposición al Cambio en Fumadores Habituales.

Exploration of the Validity and Reliability of the Measurement Instrument
in readiness to change in smokers.

Eric Roth U. * y Scherezada Exeni B.**

RESUMEN

El presente artículo describe el proceso de adaptación del “*University of Rhode Island Change Assessment*” (URICA) al contexto sociocultural boliviano. El estudio fue realizado con una muestra de 402 sujetos de ambos sexos, con edades entre los 14 y los 80 años, todos fumadores habituales, residentes de la ciudad de La Paz. El URICA adaptado, cuyo marco referencial original es el Modelo Transteorético del Cambio, dado a conocer por Prochaska y DiClemente, consiste en una escala tipo Likert, de 32 ítems con cinco opciones de respuesta. El instrumento ha sido utilizado básicamente para identificar la posición de una persona en un continuo de etapas que comprenden el proceso de cambio: pre-contemplación, contemplación, mantenimiento y acción. La validez factorial obtenida con el método de rotación Varimax confirmó una estructura multifactorial del URICA, extrayéndose solo tres componentes (Pre-contemplación, Contemplación y Acción) pese a que el instrumento original comprendía cuatro factores. La rotación produjo saturaciones superiores a .370, explicando un 42,389 por ciento de la varianza total. Asimismo, los cálculos de confiabilidad muestran una consistencia aceptable del instrumento arrojando un coeficiente alfa de .86 (con valores de .63 para la etapa de pre-contemplación, .86 para contemplación y .84 para acción). El presente estudio ofrece también conclusiones y recomendaciones para mejorar las condiciones y la aplicabilidad del instrumento adaptado.

* Doctor en Psicología, Vicerrector de la Universidad Católica Boliviana “San Pablo”, La Paz, Bolivia, eroth@ucb.edu.bo

** Universidad Católica Boliviana “San Pablo”, La Paz, Bolivia, exenischerezada@gmail.com

Palabras Clave: University of Rhode Island Change Assessment, URICA, Modelo Transteorético del Cambio, Etapas del proceso de Cambio.

ABSTRACT

The present paper describes the adaptation process of “*University of Rhode Island Change Assessment*” URICA to Bolivian socio-cultural context. The study was conducted with a 402 habitual cigarette smokers sample of La Paz city, both male and female between 14 and 80 years old. URICA adapted, originally developed by Prochaska and DiClemente, under Trans Theoretical Model of Change, is an instrument Likert type scale with 32 items and 1 to 5 response options structure. This instrument was developed to measure the position of an individual in a continuum of change process stages: Pre-contemplation, Contemplation Maintenance and Action. The factorial validity obtained by Varimax rotation method, confirmed a multi-factorial structure of URICA, extracting only three components (Pre-contemplation, Contemplation and Action) in spite of the four factors measured by original instrument. Rotations offered saturated values over .370, explaining 42,389 per cent of the total variance. Likewise, reliability data informed an acceptable measure consistency expressed by an alpha coefficient of .86 (.63 for pre-contemplation, .86 for contemplation, and .84 for action). The study offered also conclusions and recommendations for better application of URICA adapted.

Key words: University of Rhode Island Change Assessment, URICA Trans Theoretical Model of Change, Stages of Change Process.

En la década de los ochenta, dos investigadores de la conducta, Prochaska y DiClemente popularizaron el Modelo Transteorético del Cambio (MTTC), una aproximación conceptual que distribuía el proceso de cambio en varias etapas (Prochaska y DiClemente, 1992) y diseñaron un instrumento que medía la disposición de la población para cambiar un hábito, como fumar, o usar drogas o alcohol. Dicho instrumento fue conocido como “University of Rhode Island Inventory Change Assessment Scale” (Prochaska y DiClemente, 1992).

Posteriormente, en la década de los noventa, Prochaska y Norcross modificaron la versión original del instrumento, conformando el “University of Rhode Island for Change Assessment” (URICA), para utilizarlo de manera confiable, válida y eficaz, como el instrumento de medida de la disposición al cambio en cualquier hábito o conducta, en el contexto conceptual del MTTC (Prochaska, Norcross, DiClemente,1992).

El University of Rhode Island Change Assessment (URICA) ha sido corregido, modificado y aplicado en varios países para medir la disposición a abandonar el hábito de fumar. Mide distintas etapas de motivación al cambio en hábitos dañinos de salud, y la medida obtenida se utiliza para predecir el éxito del tratamiento administrado en una población determinada (Programa Hascent, CDC, 2004).

En su concepción actual, este modelo incluye la medición de la ubicación de una persona en alguna de las siguientes fases: *Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento y Terminación*. Estas fases se siguen una a otra de forma circular, no lineal. La importancia de estas fases o estadios de cambio radica en que determinan el tipo de atención terapéutica, el nivel asistencial, el material de apoyo y seguimiento y la respuesta al tratamiento de la población objetivo. Las fases pueden ser descritas de la siguiente manera:

Precontemplación. La persona que se encuentra en esta etapa no está consciente de que tiene un problema o niega que lo tenga. Muchas veces la persona siente que tiene un problema pero culpa a factores externos o se siente incómodo pero no relaciona esta sensación con el problema.

Prochaska (en: Lopper, 2006) llaman a quienes se sitúan en esta etapa “precontempladores” y señalan que una estrategia efectiva para trascender esta etapa es la reflexión y el análisis de los riesgos reales que su hábito supone para su salud. Es útil enfocarse en esta situación y hacer por ejemplo una lista de los pros y los contras de realizar un cambio. Si los pros no sobrepasan los contras es probable que no sea el momento de intentar un cambio (Lopper, 2006).

Ésta es la etapa en la cual las personas no están intentando actuar en un futuro inmediato (usualmente los próximos 6 meses). Las personas en esta etapa son a menudo defensivas y resistentes, particularmente contra los programas que intentan persuadir a la acción. Es posible que un precontemplador se encuentre desmoralizado por fracasos anteriores y como

resultado evite leer, escuchar o hablar acerca de sus hábitos no saludables. Estas personas no están realmente listas para enrolarse en programas orientados a la acción. Sin intervenciones planificadas, las personas en precontemplación pueden permanecer en esta etapa por años (Samaniego, 2000). En esta etapa, si hay un tratamiento o si la persona se ve obligada a adherirse a un programa para cambiar, al desaparecer la presión social, volvería a la conducta original (McWhirter, Florenzano y Soubllette, 2002).

Contemplación. Se caracteriza por la ambivalencia entre la decisión de actuar inmediatamente para cambiar o esperar (McWhirter, Florenzano y Soubllette, 2002). Las personas que se encuentran en esta etapa se vuelven muy conscientes de su problema y lo han internalizado como tal. En esta etapa se declaran responsables de su conducta y además declaran (incluso a sí mismos) su decisión de cambiar. Sin embargo, por alguna razón no se sienten listos para tomar acciones para iniciar cambios reales en sus vidas. Si intentan alguna acción, lo más probable es que fracasen por falta de planeación o de motivación. (Lopper, 2006).

Muchas veces las personas están dispuestas a actuar dentro de los próximos 6 meses que puede durar esta etapa. De hecho, si dura más, las personas pueden estancarse aquí y no pasar a la siguiente etapa. Están más conscientes de los beneficios del cambio, pero también están muy conscientes de que los cambios tienen sus costos. La profunda ambivalencia que ellos experimentan puede hacerlos permanecer en esta etapa por años. Los “contempladores crónicos” tienden a sustituir la acción por el pensamiento (Samaniego, 2000).

Preparación. La mayoría de las personas en esta etapa están preparadas para realizar alguna acción o decisión en el corto plazo. Comienzan a hacer ajustes para realizar el cambio que les es deseable, como por ejemplo llevar a cabo pequeños cambios o pequeños ensayos de eliminación de la conducta no deseada (empezar a fumar menos cigarrillos por día, empezar a pasar días completos sin fumar). Estos pequeños cambios dan señales de que es un buen momento para iniciar un tratamiento o para adherirse a un programa (McWhirter, Florenzano y Soubllette, 2002).

La etapa de preparación es crítica. Si alguien es empujado o presionado para tomar acciones sin pasar por esta etapa tiene mayores probabilidades de fracasar. Aunque probablemente comience a hacer ensayos de cambio, seguro volverá a los antiguos hábitos (Lopper, 2006).

En esta etapa, el proceso de autorreflexión va desde la autocrítica hasta la visualización de un futuro distinto. La persona comienza a imaginarse a sí misma nueva, diferente, cambiada. La confianza en que se puede realizar un cambio crece a medida que la persona se informa sobre técnicas, programas y herramientas para hacer posible el cambio. Además, comienza a hablar y buscar experiencias de otras personas que han pasado por la misma situación y han logrado el cambio.

Una preparación adecuada incluirá la investigación de estrategias para evitar retrocesos y tentaciones. En esta etapa, la planeación y la posibilidad de cambio se convierten en prioridad para la persona. Buscar información, pensar en el cambio y observar cómo se continúa todavía con el hábito dañino se convierte en un tema habitual y cotidiano. Se es consciente que cambiar no será fácil, pero con la preparación, planeamiento e información adecuados en esta etapa, es muy probable que el cambio después sea un éxito.

Las personas en Preparación están listas para participar en intervenciones orientadas a la acción porque están intentando realizar acciones en el próximo o los próximos meses y han realizado alguna acción en los pasados 12 meses. Están más convencidos de que las ventajas superan a las desventajas de cambiar el viejo hábito. Estos constituyen el grupo más motivado a pesar de que los psicólogos prefieren el término preparación que motivación. La gente a menudo percibe la motivación como algo que aparece mágicamente, mientras que la palabra "preparación" es percibida como una acción acerca de lo cual uno puede ejercer algún tipo de control (Samaniego, 2000).

Acción. La "acción" involucra una modificación evidente del comportamiento, como por ejemplo dejar de fumar, y es una de las razones por las cuales el cambio ha sido puesto como el equivalente de acción. Acción es la fase donde la gente trabaja más duro, aplicando la mayor cantidad de procesos de cambio. Prochaska y DiClemente han encontrado que las personas tienen que trabajar muy duro alrededor de 6 meses antes de suavizar sus esfuerzos. Un problema es que el público espera que "lo peor" pase en unas pocas semanas o en unos pocos meses y así disminuir sus esfuerzos rápidamente. Esta pobre preparación es una de las razones por las cuales las personas recaen (en: Samaniego, 2000 y Lopper, 2006).

Sin embargo, en esta etapa se pueden confundir las acciones tomadas como un cambio real. Para que suceda un verdadero cambio, deben ocurrir modificaciones no sólo en las acciones, sino también en el nivel de conciencia, emociones, autoimagen, pensamiento, y así sucesivamente (McWhirter, Florenzano y Soublette, 2002).

Cuando la etapa de preparación ha sido apropiada, la persona está lista para emprender acciones concretas. Cuando se han planificado las acciones, la persona se siente impelida y muy gustosa de comenzar con las acciones respectivas. Existe un compromiso fuerte y la seguridad de que el esfuerzo valdrá la pena (Lopper, 2006).

Mantenimiento. Cuando el cambio se ha estabilizado, se ingresa a la etapa de mantenimiento. Aunque ésta es la más ignorada en los tratamientos, es la más importante para prevenir las recaídas (McWhirter, Florenzano y Soublette 2002).

La etapa de mantenimiento, igual que las anteriores, toma tiempo y esfuerzo puesto que significa conocer y realizar los procesos necesarios para asegurarse el éxito del cambio realizado. Por eso, esta etapa debe asumirse con mucha seriedad y debe ser ejercida a largo plazo (Lopper, 2006). Cuando se han realizado acciones para el cambio, cuando se ha logrado cambiar y por lo tanto se han experimentado las sensaciones de logro, mejora de salud y en consecuencia sensación de bienestar, es natural que las personas se relajen y bajen la guardia. Se tiende a asumir que el logro ya ha sucedido y que el cambio ha sido plenamente asimilado. Sin embargo, Prochaska (1982), ha demostrado que un 60 por ciento de las personas vuelven al hábito anterior en los próximos seis meses siguientes a la etapa de acción. Esto se explica porque los sucesos estresantes en el trabajo, la familia, los cambios y problemas de la vida cotidiana muchas veces “empujan” a las personas a volverse a aferrar a los viejos hábitos dañinos como fumar, comer en exceso, beber, etc.

Por ello, la etapa de mantenimiento requiere tanto esfuerzo y compromiso como la etapa de acción. Incluso más, porque la etapa de mantenimiento no proporciona tantas recompensas como la etapa de acción. La persona se ha acostumbrado a su nueva forma de verse, los demás ya no le felicitan ni le hacen notar el cambio y el bienestar experimentado, ya es una sensación que no se recuerda porque se ha vuelto parte de la rutina. Por ello, Lopper (2006), recomienda lo siguiente:

- Mantener una lista a la mano que le recuerde los aspectos negativos de su anterior conducta problema.

- Convertir en una costumbre recordarse a sí mismo porqué eligió cambiar y vivir como vive ahora.
- Anotar las dificultades por las que ha pasado para lograr su situación actual.
- Darse crédito por haber tenido éxito, recompensándose con pensamientos y sentimientos de logro y capacidad. Piense que cualquiera puede hacer un cambio, pero que la mayoría no lo ha logrado como usted.
- No tomar por sentado su nuevo modo de vida; manténgase comprometido con el cambio logrado como una prioridad.
- No se sorprenda ni se juzgue a sí mismo si tiene un pequeño desliz de vez en cuando. La mayoría de las personas lo tienen. No piense en un desliz como un fracaso, sino como algo de lo que se puede aprender para prevenir en una siguiente recaída.

Según Samaniego (2000), generalmente al cabo de seis meses de acción concentrada, las personas suelen entrar en esta fase. Continúan aplicando procesos particulares de cambio pero no necesitan trabajar tan duramente para prevenir la recaída. Durante la fase de mantenimiento, los riesgos más comunes para la recaída están asociados a problemas emocionales tales como ira, la ansiedad, la depresión y el estrés. Se necesita estar adecuadamente preparado para afrontar esos momentos críticos sin recaer en hábitos no saludables. Para algunas personas la etapa de mantenimiento puede durar toda la vida, mientras que otras pueden terminar totalmente con sus hábitos no saludables sin experimentar tentación alguna.

Terminación. La etapa de *terminación* se logra cuando la nueva manera de vivir está firmemente establecida, completamente asimilada dentro del estilo de vida, de los valores y de la manera de pensar. Aunque se requiere cierta conciencia de la necesidad de vigilar los hábitos y las situaciones peligrosas, se puede vivir una vida sin mayores riesgos de volver al antiguo hábito (Lopper, 2006).

El aporte más práctico del modelo transteorético es que los investigadores lograron identificar los aportes terapéuticos que son más efectivos en cada etapa. Para las etapas de precontemplación y contemplación, las terapias pueden ser psicodinámicas, experimentales o cognitivas. Para las fases de preparación y acción, sugieren terapias existenciales o comportamentales (McWhirter, Florenzano y Soublette, 2002).

Según Prochaska, Norcross y DiClemente (1992), las intervenciones dirigidas a lograr una disminución del consumo del tabaco sólo captan la atención de aquellas personas que ya están decididas a abandonarlo que son, por otra parte, el menor porcentaje de la población. Es importante entonces alcanzar a las personas que se encuentran en las primeras etapas del proceso con el fin de incrementar el impacto de la intervención. Tomando esto en cuenta, no es apropiado intervenir indiscriminadamente en toda la población, sino que se deben implementar estrategias específicas en función del momento del proceso en que se encuentran, lo que permite incrementar la eficacia de la intervención.

Resulta entonces evidente la necesidad de identificar de manera muy objetiva el momento o el período en que se encuentra el fumador para recomendar acciones terapéuticas concretas. Para ello se debe disponer de un instrumental válido y confiable, adecuado a nuestra realidad concreta. El presente estudio reporta los resultados de la adaptación del URICA a la población boliviana (La Paz), para medir los cambios que las personas necesitan realizar en los hábitos que afectan su salud y calidad de vida. El estudio obtuvo indicadores de validez factorial y confiabilidad o consistencia del instrumento.

MÉTODO

Muestra y participantes. La investigación se realizó con una muestra no probabilística de 402 participantes mayores de edad, seleccionados en la ciudad de La Paz, de los cuales 154 eran mujeres y 248 varones. Se entrevistó a cada participante de manera individual en dos puntos diferentes de la ciudad de La Paz. Si el elegido aceptaba que tenían el hábito de fumar y si accedía a realizar la prueba, se le explicaba el funcionamiento de la escala y se lo acompañaba a llenar los reactivos si así lo requería.

Instrumento. El URICA fue concebido para ser utilizado con adultos, aunque ha sido también aplicado en adolescentes (Timken, 2007). Ha sido validado por ejemplo, con valores kappa de 0.82 y 0.65 para los que se encontraban en la etapa de motivación, y 0.74 en la etapa anterior o de pre contemplación (Coleman, Stevenson y Wilson, 2002). Por ello, es utilizado como medio diagnóstico en tratamientos e investigaciones para programas clínicos que buscan transformar los hábitos de salud y para estudiar procesos de motivación y cambio (Winhusen et.al., 2009; Schlosser et.al.2009;).

Ha sido utilizado en España (Trujols, 2004), en intervenciones relacionadas con trastornos de alimentación y otros hábitos de salud; con adultos brasileños dependientes del alcohol internados en unidades especializadas (Da Silva, en Rojas Valero 2008). En México fue aplicado también a una población de adolescentes y adultos dependientes de sustancias psicoactivas (Timken, 2007).

En la presente investigación, se aplicó el URICA en su versión extensa de 32 reactivos, expuestos en forma de una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta: desde totalmente en desacuerdo (1), a totalmente de acuerdo (5). La validez factorial y la confiabilidad de la prueba fueron originalmente demostradas por DiClemente en la Universidad de Maryland (DiClemente, 2001). La escala original mide cuatro etapas que corresponden al MTTC, estas son: pre- contemplación (8 reactivos), contemplación (8 reactivos), mantenimiento (8 reactivos) y acción (8 reactivos).

Sin embargo, existen estudios que han utilizado el URICA para medir las etapas del MTTC que han encontrado entre dos hasta nueve etapas de cambio identificables (Dozois et al, 2002; Carney y Kivlahan, 1995 en Sutton 2001; DiClemente y Hughes, 1990 en Sutton 2001).

Cuando el modelo fue construido por Prochaska, McConnaughy y Velicer (en Edwards, 2006), se medían 6 etapas de la Teoría Transteorética del Cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída. Actualmente, el URICA provee una medida continua de las diferencias en las actitudes de las personas respecto a cada uno de los cuatros factores o etapas del cambio, generando así un perfil de disposición a cambiar en vez de un estancamiento en alguna de las etapas (Sutton, 2001).

Procedimiento. Para llevar a cabo la adaptación local del instrumento, se procedió en primera instancia, con su traducción al español. Dicha traducción se llevó a cabo siguiendo los procedimientos que garantizan la equivalencia de nociones (Werner y Campbell, 1970).

Posteriormente se llevó a cabo la recopilación de los datos y el análisis de los mismos utilizando el programa estadístico SPSS. El análisis de los resultados permitió constatar tanto la consistencia interna de la prueba, como su validez factorial a través de procedimientos exploratorios. En la sección siguiente se describen y discuten los resultados obtenidos.

RESULTADOS

Validez Factorial del URICA. Los valores de asimetría y curtosis de la distribución de los datos, indican que se contaba con una distribución imperfecta aunque muy próxima a la normal. Sus valores que se encontraban entre -1 y +1. El error típico de la asimetría fue 1,22 y de la curtosis .243. La desviación típica general fue de 18,24 con una media de 87.7 para 400 sujetos. Estos datos hacen suponer la relativa homogeneidad de las varianzas y por lo tanto parecería procedente el análisis factorial de los datos.

El indicador Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) arrojó un valor de .888 mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett fue altamente significativa ($p < .000$), señalando complementariamente, la viabilidad del análisis factorial. Asimismo, la correlación bivariada entre los ítems de la escala mostró un grado aceptable de relación entre los reactivos del URICA.

Aunque Esta prueba había sido diseñado originalmente para medir cuatro factores (Mc Connaughy et al, 1993 en Sutton 2001): precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento, numerosos estudios (Greenstein et al 1999; Carney y Kivlahan, 1995, ambos en Sutton 2001) en distintas poblaciones han demostrado que los factores de contemplación y mantenimiento tienden a diferenciarse de manera difusa. Por otro lado, en la presente investigación, los resultados iniciales obtenidos para cuatro factores mostraron que los reactivos de las etapas de acción y mantenimiento eran confusos, por lo que se decidió trabajar con tres factores: precontemplación, contemplación y acción. Los reactivos asignados para mantenimiento fueron considerados como indicadores de acción.

La tabla 1. Resumen de los datos obtenidos por rotación de los componentes, ítems por factor.

Matriz de componentes rotados(a)			
Ítems	Componentes		
	Acción	Contemplación	Precontemplación
CDC 14	,798		
CDC 7	,773		
CDC 3	,712	,372	
CDC 17	,675		
CDC 25	,672		
CDC 30	,662		
CDC 10	,567		
CDC 4	,435		
CDC 2	,370	,301	
CDC 32		,695	
CDC 21		,669	
CDC 19		,659	
CDC 20	,376	,553	
CDC 18	,395	,553	
CDC 24	,372	,545	
CDC 28		,539	
CDC 15	,382	,533	

CDC 11			,661
CDC 29			,577
CDC 13			,561
CDC 26			,529
CDC 5			,511
CDC 23		-,445	,490
CDC 31			,463
CDC1			,367
Método de extracción: Análisis de componentes principales.			
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.			
a La rotación ha convergido en 5 iteraciones.			

La tabla 1 exhibe los valores extraídos con el método de componentes principales y rotados con el método Varimax con Kaiser. El procedimiento permitió extraer tres factores tomando como base el valor de .30 como punto de corte en la matriz factorial y acumulando un 42,389% de la varianza total. De esta manera, un primer factor quedó estructurado por 8 ítems, explicando el 18,09 % de la varianza, con saturaciones por encima de .370 por ciento. El segundo factor quedó conformado también por 8 ítems, explicando el 14,851% de la varianza, con saturaciones superiores a .533. Finalmente, el tercer factor quedó conformado por 8 ítems, explicando el 9,439 % de la varianza total, saturando por encima de .367.

La consideración cuidadosa de las características comunes de los ítems concentrados en el primer factor, permitió identificarlos como referentes métricos de la “Acción”, porque representaban a este componente en la escala original. El segundo factor reunió los ítems que medían “Contemplación” y el tercero resumió los que medían “Precontemplación”.

Los ítems 8 y 9 no mostraron especificidad en su capacidad de medir ninguno de los tres factores. Nótese que el reactivo 8 se pudo saturar con .354 y .314, en los factores de Precontemplación y Contemplación respectivamente, y el 9 con .375 y .343 en los mismos

factores. Siendo estos valores de saturación muy similares, la asignación es confusa, lo que se confirma haciendo un análisis semántico de los reactivos respectivos, tal como se observa en la tabla 3. Por estas razones, se decidió eliminar ambos ítems del instrumento.

Por otro lado, el ítem 2, que está saturado en el factor “Acción”, tiene una estructura y una lógica semántica que se acomoda mejor bajo el factor de “Contemplación”, por lo tanto se decidió realizar los ajustes necesarios en la redacción de dicho ítem para ser integrado como indicador de contemplación.

Finalmente, el análisis semántico-conceptual de los ítems 6, 12, 16, 22 y 27, asignados por el análisis factorial al componente “contemplación”, hizo suponer que éstos se encontraban más vinculados al proceso de mantenimiento del cambio, por lo que pareció procedente eliminarlos. De esta manera tenemos finalmente una escala consolidada en tres factores con 25 ítems: 8 para Precontemplación, 9 para Contemplación y 8 para Acción, factorialmente validada en una muestra boliviana.

A continuación en la tabla 2, se exponen los ítems del URICA Modificado, divididos en los tres factores mencionados.

Tabla 2. Distribución de los reactivos por factor o etapa

Precontemplación	Contemplación	Acción
Nº ítem	Nº ítem	Nº ítem
11 “Buscar ayuda es una pérdida de tiempo para mí, porque este problema no tiene nada que ver conmigo”	21 “Tal vez debería buscar ayuda para dejar de fumar”	14 “Realmente estoy trabajando duro para dejar de fumar”
13 “ Creo que he	32 “Después de todo lo	7 “Finalmente estoy

cometido errores, pero no hay nada que realmente deba cambiar”	que hice para dejar de fumar, no he podido escapar del problema”	haciendo algo para resolver mi problema de consumo de tabaco”
29 “Tengo preocupaciones como toda la gente, no debería perder el tiempo pensando en ellas”	19 “Desearía tener más ideas sobre cómo dejar de fumar”	3 “Estoy haciendo algo sobre el problema de consumo de tabaco que me ha estado molestando”
5 “No tengo ningún problema con el cigarro, no tiene sentido para mí buscar ayuda para dejar de fumar”	24 “Tengo la esperanza de que alguien pueda darme buenos consejos sobre cómo dejar de fumar”	17 “Aunque no siempre tengo éxito para cambiar, al fin estoy trabajando para dejar el cigarro”
23 “Yo podría ser parte del problema, pero realmente no creo que lo sea”	20 “Empecé yo sólo trabajando con mi problema, pero me gustaría tener un poco de ayuda”	25 “Cualquiera puede hablar de cambiar, pero yo estoy haciendo algo más que hablar para dejar de fumar”
26 “Toda esta cháchara sobre Psicología es aburrida, la gente debería olvidar sus problemas”	18 “Pensé que si encaraba el problema, me libraría de él, pero algunas veces tengo todavía que seguir peleando”	30 “Estoy trabajando activamente sobre mi problema de consumo de tabaco”
31 “Prefiero aprender a vivir con mis errores en lugar de tratar de cambiarlos”	28 “Esto es frustrante, si dejara de fumar pienso que sería fácil recaer”	10 “A ratos mi problema es difícil, pero sigo tratándolo de resolver”

1 “En lo que a mí concierne, no tengo ningún problema que necesite cambiar”	15 “Tengo un problema con el tabaco, y pienso seriamente que debería resolverlo”	4 “Podría valer la pena trabajar sobre mi problema de consumo de tabaco”
	2 “Creo que podría estar listo para hacer mejoras en relación con mi hábito de fumar”	

Confiabilidad del URICA Modificado. El análisis de consistencia del instrumento a partir de las correlaciones bivariadas para cada factor, se muestra de la siguiente manera en la tabla 3:

Tabla 3. Correlaciones bivariadas para el factor Precontemplación

	CDC 11	CDC 13	CDC 29	CDC 5	CDC 23	CDC 26	CDC 31	CDC1
CDC 11	1							
CDC 13	.284(**)	1						
CDC 29	.218(**)	.149(**)	1					
CDC 5	.319(**)	.263(**)	.128(*)	1				
CDC 23	.280(**)	.198(**)	.116(*)	.128(*)	1			
CDC 26	.154(**)	.151(**)	.359(**)	.181(**)	.108(*)	1		
CDC 31	.209(**)	.149(**)	.269(**)	.012	.140(**)	.197(**)	1	
CDC 01	.186(**)	.215(**)	.079	.176(**)	.114(*)	.074	.015	1

Para el caso del factor Precontemplación, resulta claro que las intercorrelaciones señalan de una manera general y con pocas excepciones, cierta homogeneidad de los ítems que lo componen informando la existencia de una consistencia interna aceptable.

Tabla 4. Correlaciones bivariadas para el factor Contemplación

	CDC 21	CDC 32	CDC 19	CDC 24	CDC 20	CDC 18	CDC 28	CDC 15
CDC 21	1							
CDC 32	.358 (**)	1						
CDC 19	.544 (**)	.369 (**)	1					
CDC 24	.500 (**)	.288 (**)	.476 (**)	1				
CDC 20	.509 (**)	.315 (**)	.500 (**)	.405 (**)	1			
CDC 18	.364 (**)	.387(**)	.472(**)	.356 (**)	.406(**)	1		
CDC 28	.194(**)	.357 (**)	.226 (**)	.155 (**)	.208 (**)	.231 (**)	1	
CDC 15	.401(**)	.352 (**)	.459 (**)	.235 (**)	.379 (**)	.434 (**)	.225 (**)	1
CDC 02	.135(**)	.154(**)	.288(**)	.137(**)	.175(**)	.180(**)	.082	.204(**) 1

Algo similar resultó del análisis de los diferentes ítems que integran el factor Contemplación. Como puede observarse, todas las correlaciones son significativas la .01 lo que señala una estructura homogénea del factor (véase tabla 4).

Tabla 5. Correlaciones bivariadas para el factor Acción

	CDC 14	CDC 7	CDC 3	CDC 17	CDC 25	CDC 30	CDC 10	CDC 4
CDC 14	1							
CDC 7	.575 (**)	1						
CDC 3	.497 (**)	.466 (**)	1					
CDC 17	.542 (**)	.525 (**)	.390 (**)	1				
CDC 25	.483 (**)	.426 (**)	.434 (**)	.425 (**)	1			
CDC 30	.531 (**)	.492 (**)	.352 (**)	.540 (**)	.456 (**)	1		
CDC 10	.403 (**)	.385 (**)	.314 (**)	.419 (**)	.356 (**)	.324 (**)	1	
CDC 4	.324 (**)	.336 (**)	.362 (**)	.325 (**)	.241 (**)	.215 (**)	.325 (**)	1

Finalmente, tratándose del factor Acción, los resultados son similares a los de Contemplación; adviértase que las correlaciones sin excepción arrojaron significaciones del .01, confirmando la estructura homogénea del factor (tabla 5).

Complementariamente, con el propósito de arrojar información sobre la confiabilidad del URICA Modificado, se obtuvieron los coeficientes de Alfa de Cronbach para cada factor. Dichos coeficientes están disponibles en la tabla 6. De esta manera, se demuestra de un modo general que la prueba es confiable, y tiene una consistencia interna respaldada por un Alfa de .86. Considerando los tres factores por separado, se advierte que dichos valores son adecuados para Contemplación y Acción. Sin embargo, el coeficiente obtenido para Precontemplación demanda una interpretación más cuidadosa.

En conclusión, con el URICA Modificado se tiene una prueba en forma de escala multidimensional válida y confiable, ajustada para poblaciones no clínicas de fumadores del medio en el que se realiza el presente trabajo.

Tabla 6. Coeficientes Alfa para todos los factores del URICA Modificado

	N°	ítem	α
Coeficiente de la prueba total	400	25	.8600
Precontemplación	402	8	.6301
Contemplación	401	9	.8093
Acción	401	8	.8446

CONCLUSIONES

Aunque el MTTC suele ser muy criticado por su carácter ecléctico y por sostener que el proceso de cambio puede entenderse a partir de un continuo que evoluciona a lo largo de etapas (Roth, 2009), el URICA ha demostrado ser un instrumento adecuado para la medición de la disposición a cambiar cuando la persona se encuentra en diferentes estadios, diferenciados uno del otro por el grado de conciencia expresado con relación a la necesidad de abandonar el hábito.

Los resultados muestran claramente que el URICA podría ser utilizado en la población de La Paz, no solamente para determinar de manera objetiva la etapa en que se encuentra el fumador, sino también probablemente para determinar la situación de cualquier persona involucrada en otros hábitos perniciosos para su salud y que encara por ello, acciones terapéuticas. La principal contribución de esta investigación es que permite contar con un instrumento válido y confiable que puede ser empleado de manera efectiva en la Psicología de la Salud, la Psicología Clínica, o en otros ámbitos donde se intente establecer predicciones en relación con la respuesta a tratamientos que buscan cambiar el comportamiento poco adaptativo.

No obstante, como la consecución de todo instrumento supone un proceso de perfeccionamiento continuo, debe tomarse en cuenta las siguientes recomendaciones para continuar el trabajo con el URICA: a) se deberá seguir trabajando para mejorar la redacción (*wording*) de los ítems 2, 8 y 9 con propósitos de simplificación; b) se debería explorar la posibilidad de eliminar de la escala la opción correspondiente a “indeciso”; c) Debería redactarse los ítems de manera tal que todos estén expresados de forma positiva; y d) finalmente, será preciso poner a prueba la capacidad predictiva del instrumento, cuando

éste es aplicado a poblaciones que acusan diversos grados de problemas y que se encuentren bajo tratamiento específico.

Artículo recibido en: marzo 2010

Manejado por: Editor en Jefe- IICC

Aceptado en: Junio 2010

REFERENCIAS

1. Coleman T, Stevenson K and Wilson A. (2002). *A new method for describing smokers' consulting behaviours which indicate their motivation to stop smoking: an exploration of validity and reliability*. Family Practice 2002; **19**: 154–160. Obtenida en: <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/2/154>
2. DiClemente (2001). *University of Rhode Island Inventory Change Assessment*. P.654
3. Dozois D; Westra H; Collins K;Fung T.; Garry J. (2002). *Stages of change in anxiety: Psychometric properties of the URICA scale*. Behaviour Research and Therapy. Vol. 42I. Issue 6. Junio 2004. P. 711-729. Obtenido en: <Http://www.ScienceDirect.com>
4. Edwards T; Houry D; Kemball R;Harp, S. *Stages of Change as a Correlate of Mental Health Symptoms in Abused, Low-Income African American Women*. PubMed Central. NIH Public Access. Obtenido en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1635429/>
5. Hernández R., Fernández, C. y Baptista P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.

6. Jiménez, C.A., Fagerstrom K. (2003). *Prevención del Tabaquismo*. Obtenida de: <http://www.separ.es/doc/publicaciones/taquismo/v5n3.pdf>
7. Lopper (2006). *James Prochaska: Changing for good*. Obtenida en marzo de 2008 de la Revista Electrónica Suite 101. Dirección electrónica: http://personaldevelopment.suite101.com/article.cfm/successful_lifestyle_changes
8. McConaughy, E.N., Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1983). *Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
9. McWhirter, P.; Florenzano U.; Soubllette L. (2002). *El Modelo transteorético y su aplicación al tratamiento de adolescentes con problemas de abuso de drogas*. Revista Adolescencia Latinoamericana Vol.3 N.2
10. Prochaska J.; Norcross; DiClemente C. (1992). *Changing for good*. Paperback. Published by William Morrow and Co.
11. Samaniego, C. (2000) *El Modelo Transteorético de Prochaska. Los estadios de cambio y su aplicación en el consumo de tabaco*. Obtenido de: www.search-docs.com/samaniego-ppt.html
12. Sutton, S. (2001). *Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance abuse*. Revista Addiction N. 96. Obtenida en: <http://www.medschl.cam.ac.uk/gppcru/userfiles/ProjectDocs/BSG/Paper67.pdf>
13. Timken (2007). *Colorado Alcohol and Drug Abuse Division (ADAD) approved evaluation instrumentation for substance using adolescents and adults*. Obtenida de: www.cdhs.state.co.us/.../ScreeningandAssessmentCompendium012008.doc
14. Trujols (2004). *Stages of change in eating disorders: considerations about its conceptualization and assessment*. Actas Esp. Psiquiatría 32 (3). P. 184 – 186. Obtenida en: www.arsxxi.com/pfw_files/cma/.../2004/03/111030401840186a.pdf
15. Roth, E. (2009). *El estudio psicológico del cambio*. Cochabamba: Ed. Verbo Divino.

16. Schlosser A., Abdallah A.B., Callahan C., Bradford S., and Cottler L. (2009) *Does Readiness to Change Predict Reduced Crack Use in HIV Prevention?* Available in PMC 2009 July 1. Obtenida en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=URICA%20DiClemente%202007>
17. Werner, O. y Campbell, D. T. (1970). Translating, *working through interpreters and the problem of decentering*. En N. Narroll y R Cohen (Eds.), *A Handbook of Cultural Athropology*, pp. 398-419. New York: American Museum of Natural History.
18. Rojas Valero; Espinoza Luis (2008). *Consejo Psicológico y Psicoterapia Motivacional el drogodependencias: Evaluación del Programa de Intervenciones "Lugar de Escucha" CEDRO*. Pag. 2 y 3. Obtenido en: <http://www.adicciones.es/files/rojas.pdf>
19. Programa Hascent CDC, 2004. Consultado en octubre de 2008. Página web del CDC:
20. http://www.cdc.gov/tobacco/evaluation_manual/ch4.html
21. Winhusen T., Kropp F., Babcock D., Hague D., Erickson S., Renz C., Rau L., Lewis D., Leimberger J., and Somoza E. (2009). *Motivational enhancement therapy to improve treatment utilization and outcome in pregnant substance users*. Obtenida en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=URICA%20DiClemente%202007>