

ANGIE MESTAS

ARTÍCULO - ESCALA EN BASE AL MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO turnitin.docx

 Universidad Peruana Union

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29566:412596155

Fecha de entrega

4 dic 2024, 12:30 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

4 dic 2024, 12:31 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

ARTÍCULO - ESCALA EN BASE AL MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO turnitin.docx

Tamaño de archivo

188.0 KB

24 Páginas

6,582 Palabras

34,289 Caracteres

11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado

Fuentes principales

- 10%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 6%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 10% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 6% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	www.scielosp.org	1%
2	Internet	repositorio.upeu.edu.pe:8080	1%
3	Internet	www.researchgate.net	1%
4	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2024-08-01	1%
5	Internet	revistacientifica.uamericana.edu.py	0%
6	Internet	www.scielo.cl	0%
7	Internet	repositorio.upeu.edu.pe	0%
8	Trabajos entregados	Corporación Universitaria Iberoamericana on 2022-11-14	0%
9	Internet	repositorio.ug.edu.ec	0%
10	Internet	www.scielo.br	0%
11	Internet	www.grafiati.com	0%

12	Publicación	Jichuan Wang, Amir Hefetz, Gabriel Liberman. "Applying structural equation mod...	0%
13	Internet	es.slideshare.net	0%
14	Trabajos entregados	Universidad de Costa Rica on 2019-07-18	0%
15	Internet	repositorio.uladech.edu.pe	0%
16	Internet	runa.sergas.gal	0%
17	Internet	researchonline.jcu.edu.au	0%
18	Publicación	Ãşoban, Bilal, Tamer Karademir, Mahmut AÃşak, and Sebahattin DevecioÃŸlu. "T...	0%
19	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2023-01-23	0%
20	Internet	diariolavoz.net	0%
21	Internet	fr.slideshare.net	0%
22	Internet	sedet.es	0%
23	Trabajos entregados	Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD,UNAD on 2023-05-29	0%
24	Internet	alicia.concytec.gob.pe	0%
25	Internet	bmcresnotes.biomedcentral.com	0%

26	Internet	ofis.insp.mx	0%
27	Internet	pt.scribd.com	0%
28	Internet	repositorio.umecit.edu.pa	0%
29	Publicación	Dimitrios Lampropoulos, Thémis Apostolidis. " Be autonomous or stay away! Prov...	0%
30	Trabajos entregados	Instituto Superior de Artes, Ciencias y Comunicación IACC on 2023-06-13	0%
31	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	0%
32	Internet	www.ociolatino.com	0%
33	Internet	www.reumatologiaclinica.org	0%
34	Internet	www.slideshare.net	0%
35	Publicación	Lourdes Meroño, Antonio Calderón, José L. Arias-Estero, Antonio Méndez-Giméne...	0%
36	Trabajos entregados	Universidad de Ciencias Medicas on 2020-07-30	0%
37	Internet	e-spacio.uned.es	0%
38	Internet	gacetasanitaria.org	0%
39	Internet	repositorio.ucss.edu.pe	0%

40	Internet	upc.aws.openrepository.com	0%
41	Internet	www-ni.laprensa.com.ni	0%
42	Internet	www.lexureditorial.com	0%
43	Publicación	Ana María Medina Ch., William C. Torrey, Sebastián Vargas, José M. Uribe-Restrep...	0%
44	Publicación	Manuel Moyano, Carmen Tabernero, Rosa Melero, Humberto M. Trujillo. "Spanish...	0%
45	Internet	hdl.handle.net	0%
46	Trabajos entregados	Universidad Católica San Pablo on 2022-06-09	0%
47	Internet	revistas.unsm.edu.pe	0%

2

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD****Escuela Profesional de Psicología**

**Construcción, validez y confiabilidad de una Escala en base al
Modelo transteórico del cambio (EMTC) en personas con
problemas de alcoholismo en la región de Puno-Perú, 2024.**

7

Tesis para obtener el Título Profesional de Psicólogo**Autores:**

Angie Lizet Mestas Mamani
Evelyn Aracely Ccala Sanga
Saray Camila Ochoa Mamani

Asesor:

Mg. Julio César Cjuno Suni

Juliaca, noviembre de 2024**Resumen**

Para establecer mejores formas de abordaje del alcoholismo se construye esta escala orientada en aspectos cognitivo-conductuales. Al considerar al alcoholismo una problemática que requiere una atención autoeficiente, es que la escala orientará al psicoterapeuta en el proceso de cambio conductual del paciente alcohólico. Dicha investigación psicométrica, con un diseño no experimental de enfoque mixto y de corte descriptivo, delimitada por un muestreo no probabilístico que se usa el modelamiento de ecuaciones estructurales para la muestra infinita. Al usar softwares estadísticos se obtuvo el V de Aiken por siete jueces expertos, se consideran 20 ítems en el análisis factorial exploratorio para las cargas (dos factores) y pesos factoriales ($\lambda = 0,62$ - $\lambda = 0,94$) con las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin y test de esfericidad de Bartlett ($KMO = 0,96$, $p < 0,01$). Se encontró un modelo de dos factores que poseen adecuados valores de bondad de ajuste ($CFI = 0,987$; $TLI = 0,985$; $SRMR = 0,073$; $RMSEA = 0,077$) haciendo la eliminación del ítem C11 por su carga factorial ($\lambda = 0,24$). La escala que posee 19 ítems y 2 factores tiene un buen coeficiente de confiabilidad (Alfa de Cronbach y Omega de McDonald entre 0.801 a 0.963). En la validez convergente se obtiene una correlación inversa y fuerte ($Rho = -0.670$; $p = 0.000$) entre la EMMTC y GAD-7. Esta escala en base a los hallazgos estadísticos nos demuestra que cumple con el objetivo de identificar el grado de consciencia hacia el consumo de alcohol y cambios conductuales realiza la persona para dejar el mal hábito.

Palabras clave: Alcoholismo, Modificación conductual, Modelo transteórico del Cambio, Psicometría y Adicciones.

Abstract

To establish better approaches to alcoholism, this scale is developed with a focus on cognitive-behavioral aspects. Considering alcoholism as an issue that requires self-efficient

attention, the scale is designed to guide the psychotherapist in the behavioral change process of the alcoholic patient. This psychometric research, with a non-experimental mixed-method descriptive design, is delineated by a non-probabilistic sampling method that employs structural equation modeling for an infinite sample. Using statistical software, the Aiken's V was obtained from seven expert judges, and 20 items were considered in the exploratory factor analysis for factor loadings (two factors) and factorial weights ($\lambda = 0.62 - \lambda = 0.94$), with Kaiser-Meyer-Olkin and Bartlett's test of sphericity results ($KMO = 0.96$, $p < 0.01$). A two-factor model was found with adequate goodness-of-fit values ($CFI = 0.987$; $TLI = 0.985$; $SRMR = 0.073$; $RMSEA = 0.077$), with the removal of item C11 due to its low factorial loading ($\lambda = 0.24$). The scale, which contains 19 items and 2 factors, shows a good reliability coefficient (Cronbach's Alpha and McDonald's Omega ranging from 0.801 to 0.963). In terms of convergent validity, a strong inverse correlation ($Rho = -0.670$; $p = 0.000$) was found between the EMMTC and GAD-7. Based on these statistical findings, the scale demonstrates that it meets the objective of identifying the degree of awareness regarding alcohol consumption and the behavioral changes a person makes to overcome the detrimental habit.

Keywords: Alcoholism, Behavioral Modification, Transtheoretical Model of Change, Psychometrics, and Addictions.

1. Introducción

El alcoholismo no solo representa un síntoma, sino la principal causa de miseria del bebedor; como menciona el escritor ruso Dostoyevski en su ilustre obra Crimen y Castigo (1867) en donde muestra al personaje Marmeladov diciendo “La pobreza no es un vicio, eso

es una verdad. Sé también que la embriaguez, la suciedad y la mendicidad tampoco son virtudes, pero la miseria, señor, la miseria, eso sí es un vicio". Esta tan recordada frase célebre refleja como la lucha interna del individuo, su profunda miseria y desesperanza impulsan la adicción al alcohol.

Aunque es cierto, varias sociedades consideran que el consumo de alcohol es identitario o cultural (Andrade, 2021), pero que a su vez trae consigo repercusiones negativas, ya que suele consumirse en exceso cuando el individuo carece de habilidades de afrontamiento ante problemas económicos, familiares y psicológicos. Al ser una enfermedad crónica que conlleva a afectaciones conductuales que se prolongan durante la etapa de abstinencia, también interfiere en la salud física, mental, social y familiar (Díaz-Soto y Calderín-Miranda, 2020). Para Marconi (2020) el alcoholismo es una enfermedad que alcanza un nivel de cronicidad cuando su consumo excesivo produce una perturbación fisiológica, caracterizada por síntomas y signos corporales que confieren un carácter imperioso de un deseo concomitante de ingesta, produciendo así una conducta de negación que lo lleva a realizar actos no tolerados por la sociedad. A su vez Mondragón et al., (2021) nos habla del patrón de consumo excesivo de alcohol, cómo se ve orientado por la cantidad de copas ingeridas y el género; menciona que cuando los hombres exceden el consumo de 5 copas y las mujeres de 4 copas presentan un CEA (Consumo Excesivo de Alcohol), si este consumo se da una vez al mes y con periodos de abstinencia como mencionan Chung et al. (2018) podríamos estar hablando de un posible consumo excesivo de alcohol. Ferreira et al. (2021) muestran la diferencia por género señalando que las mujeres inciden más en un consumo de riesgo y lo varones en dependencia química; el contenido y precio de alcohol podría influir, pero no significar que la falta de una bebida favorita vaya a impedir la abstinencia al consumo de alcohol. Como menciona Vargas-Martínez et al. (2018) cuanto más antes se dé el consumo de alcohol más probabilidades hay de que se desarrollen problemas relacionados con la abstinencia hacia esta sustancia debido a la inmadurez cerebral e inadecuada toma de decisiones; para Lannoy et al. (2019) produce una

disminución del volumen y conectividad cortical en zonas relacionadas con el control de la conducta e integración de información, por lo que hay más incidencia en desarrollar un trastorno de dependencia al alcohol, además que la acumulación de acetaldehído terminará provocando daño cerebral (Díaz-Soto y Calderín-Miranda, 2020).

Reportes de organizaciones internacionales de salud pública muestran datos alarmantes con respecto al consumo excesivo de alcohol; en el año 2021 la Organización Mundial de la Salud señaló que 283 millones de personas viven con trastornos por consumo de alcohol, de los cuales 237 millones pertenecen al género masculino y 46 millones al femenino, añadiendo que el comienzo de la ingesta de alcohol se da desde los 14 años. Por su parte la Organización Panamericana de la Salud en un Informe de Situación Regional sobre Alcohol y Salud en las Américas del año 2020 indicó: “el consumo excesivo de alcohol es responsable de 200 enfermedades, lesiones, traumatismos, neoplasias, infecciones por el VIH/sida y diversos trastornos mentales”. En nuestro país el alcoholismo se ha convertido en una problemática social de gran interés ya que investigadores como Ccopa, Fuster, Rivera, Pejerrey y Yupanqui (2020) analizaron “Factores de la delincuencia juvenil en el Perú desde el enfoque preventivo” llegando a la conclusión de que la ingesta de alcohol a temprana edad provoca conductas delictivas como robo, vandalismo e incluso tráfico de drogas. El Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2022, reportó en la Alerta Epidemiológica que 9 hospitales de Lima metropolitana y el Callao atendieron por emergencia a 117 casos de los cuales 54 fallecieron por intoxicación al consumir bebidas alcohólicas adulteradas con metanol, de los pacientes atendidos el 84% ya tenían en su historial clínico un diagnóstico de alcoholismo crónico previo, el 89% eran de sexo masculino y tenían entre 18 a 64 años. A pesar de las medidas preventivas del Ministerio de la Producción con sus disposiciones reglamentarias en la Ley N° 29632 que pretende erradicar la elaboración y comercialización de bebidas alcohólicas informales, adulteradas o no aptas para el consumo humano (Ministerio de la Producción, 2020), los distribuidores continúan adulterando el contenido de la bebida con el objetivo de reducir su precio frente a

la gran demanda de sus consumidores, quienes en su mayoría carecen de ingresos fijos. En una realidad más cercana vemos que en la región de Puno el inicio de la ingesta de alcohol es precoz; como señaló El Correo (2011) el Hospital Carlos Monje Medrano atendió a 169 sujetos con problemas de alcoholismo, donde más del 60% eran menores de edad, datos más recientes muestran que esta problemática ha ido acrecentándose después de la pandemia, el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (2021) mostró un incremento del consumo de bebidas a partir de los 15 años. Un reporte del INEI (2022) destacó que en la región de Puno el 57.6% (815,390) de la población llegaron a ingerir bebidas alcohólicas en exceso durante los últimos 12 meses. La emisora de radio FolkPerú (2022) lanzó el reportaje “El problema del alcoholismo en la Región de Puno” mostrando que la ingesta de alcohol y/o medicinas prohibidas durante la gestación producía que 02 de cada 10 bebés nazcan con “retraso mental”.

Es útil considerar para el tratamiento de una adicción y específicamente del alcoholismo, el cambio de comportamiento no será un proceso de un solo paso, sino que consiste de varias etapas influidas por factores cognitivos y conductuales (Ortiz, 2020); dicho modelo nos permite comprender que el desarrollo humano no es lineal, sino más bien circular (Flecher et al., 2020); por lo que los alcohólicos pueden pasar por diversas fases e incluso estancarse y retroceder en el camino del cambio; esto dependerá del predominio de determinados pensamientos, actitudes y motivaciones que lo llevan a sostener comportamientos adecuados, que lo terminarán llevando a una óptima recuperación. Asimismo, en el abordaje terapéutico se disponen diversas estrategias y técnicas por parte de la persona para alcanzar una evolución de la conducta hacia la enfermedad, logrando tener mayor autoeficacia en el proceso de recuperación, estabilizando al paciente y logrando su mejoría (Rimasa y Lagos, 2022).

Desde el Modelo Transteórico que pretende describir al proceso de cambio como una variante que está compuesta por una serie de transiciones o etapas (Rondón y Reyes,

2019) se representa una propuesta innovadora en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, ya que ofrece posibilidades para realizar intervenciones específicas en la población donde están dirigidas las acciones (López, 2020). Inicialmente, se establece al Modelo transteórico del cambio como principal base teórica para la elaboración de la escala por su inclusión en el sistema de psicoterapia en adicciones desde 1975, como mencionaba Prochaska (1979) en su libro "Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis" dando a conocer como varias teorías de la psicoterapia analizan los cambios de la conducta adictiva por medio del pensamiento de la Escuela Freudiana y el manejo de contingencias desde la postura skineriana. Además, se considera en el campo de tratamiento a conductas de adicción (Prochaska y DiClemente, 2005), la motivación al cambio como parte fundamental para superar cada parte del proceso de cambio, etapas detalladas a continuación; pre-contemplación se entiende por como el sujeto no tiene la intención de cambiar su conducta al no ser consciente del problema que lo aqueja (Vallejos-Flores et al., 2007); contemplación describe como el sujeto se vuelve consciente del problema y presenta cierto deseo de cambiar su comportamiento (Rondón y Reyes, 2019); en preparación se describe como la persona manifiesta intención de tomar acción y opta por alternativas para iniciar el cambio en los próximos 30 días (Feliciano, 2017); acción en la que el individuo realiza la práctica de la conducta deseada en un período de 1-6 meses, pudiendo haber recaídas (Zamarripa et al., 2019) y en mantenimiento el sujeto trabaja para mantener ese cambio de conducta durante 6 meses y 2 años (Ortiz, 2020; Berra y Maldonado, 2018); estas etapas implican describir como la persona reconoce la presencia de un problema que aqueja su salud, buscando así la forma en la que cambie su conducta y mantenga ese cambio. Se cuenta con una buena base teórica explicativa, pero que carece de una consistencia interna a la hora de evaluar estas etapas en un cuestionario (Fahrenwald y Walker, 2003; Matsumoto y Takenaka, 2004), como menciona Rosen (2000) en su meta-análisis para analizar la relación de los estadios y procesos de cambio, dando a conocer que la influencia de factores cognitivo y conductuales no se dan del mismo modo en cada etapa; siendo esta la

principal fuente de crítica hacia el modelo teórico; por ello se decide estructurar a aquellos procesos de cambio de carácter cognitivo en los primeros estadios; precontemplación, contemplación y preparación –aumento de la concienciación, alivio por dramatización, reevaluación ambiental, autorreevaluación, autoliberación-, y a aquellos procesos de cambio de carácter conductual en los estadios de acción y mantenimiento –manejo de contingencias, relación de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos-.

13 Garantizando así una guía orientativa práctica y eficiente para trabajar con los pacientes y en su control de estímulos según el momento temporal o estadio en el que se encuentren, si 3 observamos éxito en la progresión entre estadios se usan los procesos de cambio en cada momento de manera efectiva: procesos cognitivos en los primeros estadios y procesos conductuales desde el estadio de acción.

37 Por los reportes presentados se ve que el consumo excesivo de alcohol trae consigo una diversidad de desafíos, en el ámbito psicológico nos vemos con la responsabilidad de establecer nuevas formas de abordaje teórico-explicativo para brindar tratamiento al alcoholismo. Previo a ello es necesario tener herramientas que nos permitan conocer cómo va el proceso de cambio cognitivo-conductual con relación a esta condición, para así tener un prediagnóstico que nos permita orientar las sesiones y adaptarlas a las necesidades del paciente. Ya que en la gama de pruebas psicológica carecemos de pruebas que nos orienten o den un alcance específico para iniciar el abordaje terapéutico de estos pacientes; aunque se cuenta con la versión del AUDIT adaptado en Colombia por Riveros et al, (2020) para hacer el descarte del consumo excesivo de alcohol, síntomas y sus consecuencias, por otro lado la validación chilena por Varas (2020) de la Escala 3 Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) que nos permite solo medir la presencia de 3 síntomas referentes al síndrome de abstinencia; si bien es cierto estas pruebas no están adaptadas al entorno peruano y están más orientadas a describir los síntomas de alcoholismo, por lo que aún se ve el vacío de la investigación que se espera llenar con la escala que se pretende elaborar, aunque cabe mencionar que se hallaron otras pruebas

que tienen una misma base teórica como la Escala de Balance Decisional para el consumo de Alcohol adaptada a población mexicana por Reyes et al. (2020) con la que se pretende ver la relación entre pros y contras del consumo de alcohol excesivo, asimismo, la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island adaptada a Perú por Vallejo en el 2019 permite evaluar las etapas de cambio (Pre-contemplativa, Contemplativa, Acción y Mantenimiento) en población dependiente a sustancias psicoactivas. Para contribuir al conocimiento es que se diseñará una escala que cumpla con óptimos indicadores de validez de contenido, constructo y fiabilidad que, mediante sus ítems, permita identificar el grado de consciencia hacia el excesivo consumo de alcohol y los cambios conductuales que la persona presenta para dejar ese mal hábito.

2. Materiales y Métodos

2.1. Diseño de investigación

La investigación es de diseño no experimental, de tipología psicométrica y de corte transversal, ya que la recolección de datos se dio en un período de tiempo sin la manipulación de la variable, se empleó el método de investigación de enfoque cuantitativo al usar modelos estadísticos que tipifican la escala (Hernández et al., 2014).

2.2. Participantes

Para la muestra se empleó el muestreo no probabilístico; como factores primordiales se consideró la disponibilidad de los participantes y la conveniencia del investigador, el muestreo intencional o por conveniencia en función a la poca accesibilidad de la población y el propósito de la investigación como lo menciona Babbie (2013) en The practice of social research, a su vez se consideró criterios de inclusión; ser mayores de 18 años, que hayan ingerido bebidas alcohólicas entre cinco o más veces durante el último mes y su participación voluntaria. Al tener una población desconocida o no específica por su difícil acceso al ser vulnerable, le da cierta representatividad a los resultados por las estrategias aplicadas en el proceso de recolección de datos, así como limitantes al establecer de

manera numérica la cantidad de la población (Frankfort-Nachmias y Nachmias, 2008). Considerando estas características al delimitar la muestra se ve conveniente aplicar variadas técnicas; para el análisis factorial exploratorio se estableció por conveniencia del investigador una muestra de 300. Mientras que, la muestra para el análisis factorial confirmatorio se delimitó con la Calculadora de tamaño de muestra (web) para el modelamiento de ecuaciones estructurales (Kim, 2005) considerando el Análisis Factorial Confirmatorio - Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA) considerando valores de RMSEA esperado 0.05, una nivel de significancia de 0.01, un poder de la muestra de 95% y una tasa de pérdida de 20% para 20 ítems y 2 factores, dando como resultado una muestra de 260 (Arifin, 2024), corroborado con los “Modelos de Ecuaciones Estructurales” de Arrogante (2018) en donde para tener una muestra significativa se debe multiplicar la cantidad de ítems por 20, vemos que nuestra muestra de 479 para el AFC superó ambos cálculos de muestra.

2.3. Instrumentos

La escala en base al modelo transteórico del cambio (EMTC) en personas con problemas de alcoholismo, de procedencia peruana, a fin de valorar la fase de cambio en la cual se encuentra aquel individuo que presenta signos de un aparente abuso en el consumo de alcohol desde aspectos cognitivo-conductuales, la resolución de la escala pueda llegar a tomar 20 minutos como máximo y la forma de dar respuesta se da por una escala Likert que varía de Casi Nunca = 1, Una que otra vez = 2, A veces = 3, Con frecuencia = 4 y Casi Siempre = 5, consta de 19 ítems y dos dimensiones; cognitivo (contemplación) y conductual (preparación, acción y mantenimiento), la edad para su aplicación es desde los 18 años. La escala garantiza su validación mediante un análisis estadístico según su validez y confiabilidad.

1 Para realizar la Validez convergente se aplicó una escala de ansiedad de 7 ítems (GAD-7) considerando una escala de valoración likert que fluctúa de para nada = 0, algunos

días = 1, más de la mitad de los días = 2, casi todos los días = 3. En donde los puntajes 0-5 refieren un nivel leve, 6-10 nivel moderado, 11-21 nivel severo de síntomas de ansiedad. La escala posee una consistencia interna excelente (Cronbach $\alpha = .92$) y una fiabilidad test-retest buena (correlación intraclase = 0,83) (Spitzer et al, 2006).

2.4. Procedimientos

Para la ejecución del proyecto en la primera fase se evaluó el grado de validez de contenido de los ítems por la evaluación de siete jueces expertos, quienes cuentan con más de 3 años de experiencia en el tratamiento psicológico clínico de pacientes con alcoholismo, en la segunda fase se coordinaron los permisos en cinco centros de salud que tenían pacientes con el Diagnóstico de F10. Trastornos relacionados con alcohol como se menciona en la Clasificación Internacional de Enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1992), se aplicó en el público general que de manera voluntaria respondían a la escala, asimismo fue aplicada solo en individuos que respondieron de manera afirmativa a la pregunta filtro “¿Tuvo un consumo de alcohol mayor a cinco veces durante el último mes?”, este proceso se dio con la ayuda de 3 encuestadores, la recopilación de datos se dio por medio de encuestas físicas, entre mayo y agosto de este año, se detalló el consentimiento informado y las indicaciones para resolver la escala pidiéndoles responder de la manera sincera posible, ya que se les garantiza la confidencialidad y el grado de anonimato, al no pedir el nombre y datos que exhiban la identidad del encuestado.

2.5. Análisis de datos

Los datos obtenidos por medio de la aplicación de la escala serán procesados de manera rigurosa en softwares especializados para optimizar el análisis estadístico; se usó Jamovi, JASP. 0.18.3. y Microsoft Excel. El primer análisis en la validez de contenido fue realizado para hallar el V de aiken-Análisis de respuestas de los expertos, considerando a 7 jueces expertos con experiencia previa de 3 años en el tratamiento clínico de pacientes alcohólicos, dicho proceso fue analizado por medio de una hoja de cálculo de excel

realizado por Ventura-León (2019) como resultado se observa la validez de solo 20 ítems con adecuados indicadores de relevancia, representatividad y claridad.

Después, se desarrolló la limpieza de aquellas encuestas con valores atípicos para así comenzar el análisis con base en modelos estadísticos. Toda vez obtenido una base de datos limpia, se procedieron a realizar los análisis descriptivos, donde las variables numéricas presentaron medidas de tendencia central y de dispersión, así como la estimación de la asimetría y curtosis donde se consideró un valor (g_1 y $g_2 < \pm 1.5$) fue considerado con distribución normal; mientras que para las variables categóricas se estimaron frecuencias absolutas y relativas (Bonett y Price, 2015).

Para la validez del constructo en el análisis factorial exploratorio se aplica la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin considerando un $KMO > 0.5$ (Montanero, 2008) y contraste de esfericidad de Bartlett con un $p < 0.05$ indicaron la presencia de factores latentes en la propuesta de construcción (Everitt y Wykes, 2001), para verificar los pesos factoriales y la presencia de factores por medio del método de máxima verosimilitud y rotación varimax, los factores son identificados también por medio del gráfico de sedimentación (Mavrou, 2015, Kaiser, 1958).

Posteriormente, se realizó el análisis factorial confirmatorio verificando los valores de bondad de ajuste con el estimador WLSMV, donde se estimaron los índices de bondad de ajuste como el CFI y TLI que para un adecuado ajuste deben presentar valores > 0.90 y el SRMR y RMSEA valores < 0.08 ; asimismo, se procedió a realizar el Modelamiento SEM para obtener las cargas factoriales del constructo (Schermelleh-Engel et al, 2003).

Para estimar la consistencia interna de la escala y sus dimensiones se estimaron el coeficiente Alfa de Cronbach y Omega de McDonald (Elosua, Oliden y Zumbo, 2008) donde valores > 0.70 indicaron factores confiables. Por último, para la validez convergente se estimaron relaciones con otras variables por medio de la correlación Rho de Spearman

(Campbell y Fiske, 1959, Mezari, 2018) comparando la EMTC y el GAD-7 para verificar el tipo y grado de correlación.

2.6. Aspectos éticos

La investigación fue analizada y aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Unión con el N° de informe 2024-CEB-FCS – UpeU-067. Además, los principios éticos de investigación en seres humanos de la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2018) tuvieron un cumplimiento adecuado en el proceso de esta investigación como el uso del consentimiento informado.

3. Resultados

En la tabla 1, se observa que la muestra del AFE estuvo conformada por n=300 participantes con una edad promedio de 38 años, de los cuales la mayoría 193 (64,3%) fueron de sexo masculino, 292 (97,4%) reportaron tener estudios superiores, 107 (35,7%) son solteros y 232 (77,3%) mencionan que nunca buscaron ayuda con un psicólogo; mientras que la muestra del AFC estuvo conformada por una muestra de n=497 participantes con una edad promedio de 34 años, donde en su predominante fueron 309 (62,2%) de sexo masculino, 448 (90,2%) indicaron tener estudios superiores, 237 (47,7%) reportaron ser solteros y 370 (74,4%) no acudieron por ayuda psicológica.

Tabla 1.

Características de la población con riesgo al consumo de alcohol.

	Muestra AFE (n=300)		Muestra AFC (n=497)	
	Media	DE	Media	DE
Edad	38,8	13,5	34,4	13,0
	n	%	n	%
Sexo				
Femenino	107	35,7	188	37,8
Masculino	193	64,3	309	62,2

Grado de Instrucción

Primaria	0	0	2	0,4
Secundaria	8	2,6	47	9,4
Superior	292	97,4	448	90,2

Estado civil

Soltero (a)	107	35,7	237	47,7
Conviviente	58	19,3	105	21,1
Separado (a)	45	15,0	56	11,3
Casado (a)	40	13,4	46	9,3
Divorciado (a)	37	12,3	37	7,4
Viudo (a)	13	4,3	16	3,2

Busco ayuda

Si	68	22,7	127	25,6
No	232	77,3	370	74,4

DE, Desviación estándar, Muestra AFE=Muestra para el análisis factorial exploratorio, Muestra AFC=Muestra para el análisis factorial confirmatorio

3.1. Validez de contenido

En la tabla 2 se observa los índices a partir del V de Aiken por ítem, en donde los puntajes para la dimensión de precontemplación oscilan entre 0,43 a 0,67 indicando que no posee relevancia, representatividad y claridad en ninguno de sus ítems, permitiéndonos así eliminarlos de la escala. Por otro lado, se consideran aquellos ítems con valores aceptables, donde se observa que sus indicadores oscilan entre 0,81 a 1.0, poseen alta relevancia, representatividad y claridad por lo que deben considerarse en la escala; en la dimensión de contemplación se ve la permanencia de los ítems 16, 17, 19, 20 y 21, para la dimensión de preparación los ítems 24, 26, 27, 29 y 30, en la dimensión de acción permanecen los 33, 34, 37, 38 y 39, por último para la dimensión de mantenimiento se queda con los ítems 41, 42, 44, 45 y 46. Es así que se eliminan 27 ítems por incumplir los criterios correspondientes a cada dimensión, quedando 20 ítems a la escala por sus óptimos indicadores que describen adecuadamente al modelo teórico. Asimismo, se hicieron las modificaciones de algunos

ítems válidos para así hacerlos más claros, esto de acuerdo con las observaciones de los jueces expertos; se modificó el ítem 20 que decía “*Las personas que me aprecian me apoyarán para dejar de beber*” a “*Sé que las personas que me aprecian me apoyarán para dejar de tomar alcohol, pero dudo que lo logre*” y el ítem 46 “*He logrado apartarme del alcohol y me esforzaré porque siga siendo así*” reemplazado por “*He logrado apartarme del alcohol por las nuevas actividades que sigo realizando*”.

Tabla 2

Validez de contenido a partir de la *V de Aiken* por ítems.

Dimensiones	Ítems	Relevancia	Representatividad	Claridad
Precontemplación	1	0,62	0,52	0,52
	2	0,62	0,48	0,62
	3	0,52	0,43	0,57
	4	0,62	0,67	0,52
	5	0,57	0,62	0,62
	6	0,67	0,62	0,57
	7	0,57	0,67	0,57
	8	0,43	0,52	0,57
	9	0,52	0,52	0,52
Contemplación	10	0,52	0,57	0,57
	11	0,62	0,52	0,48
	12	0,52	0,57	0,48
	13	0,52	0,52	0,48
	14	0,43	0,52	0,48
	15	0,52	0,48	0,52
	16	0,95	0,95	0,95
	17	0,95	1	0,95
	18	0,52	0,57	0,52
	19	1	1	0,95
	20	0,81	0,76	0,81
	21	0,95	1	1
	22	0,48	0,52	0,52

Preparación	23	0,52	0,52	0,48
	24	1	0,95	0,95
	25	0,48	0,48	0,57
	26	1	1	1
	27	0,95	0,95	1
	28	0,57	0,57	0,52
	29	0,86	0,86	0,86
	30	1	1	0,95
	31	0,57	0,52	0,52
	32	0,57	0,52	0,52
Acción	33	0,95	0,90	1
	34	0,95	1	1
	35	0,52	0,57	0,52
	36	0,52	0,62	0,52
	37	1	1	0,90
	38	1	1	0,95
	39	1	0,95	0,90
	40	0,57	0,62	0,52
	41	0,90	0,90	0,95
	42	0,95	0,95	0,95
Mantenimiento	43	0,57	0,57	0,52
	44	0,95	1	0,95
	45	0,95	0,95	0,90
	46	0,95	0,95	0,90
	47	0,52	0,52	0,48

Nota: Los índices de validez se determinan por medio del V de Aiken, contando con la participación de 7 jueces expertos.

3.2. Análisis factorial exploratorio

Mientras que en la tabla 3 se consideraron la versión final de 20 ítems para la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y test de esfericidad de Bartlett ($KMO = 0,96$, $p < 0,01$) confirmándose la presencia de dos factores a partir de las variables incluidas con pesos factoriales que

oscilan entre ($\lambda = 0,62 - \lambda = 0,94$) aquello obtenido por el método de máxima verosimilitud y una rotación varimax; indicando que teóricamente los ítems forman dos factores (Tabla 2).

Tabla 3

Estructura factorial de la escala. Análisis descriptivo de los ítems de la EMTC.

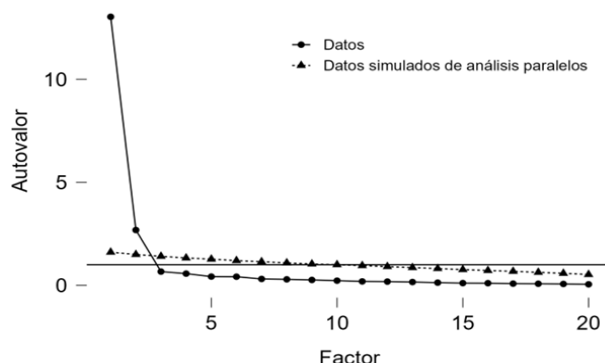
ítems	M	DE	g1	g2	Carga factorial		KMO
					(factor 1)	(factor 2)	
Escala General							0,96
C7	2,81	1,30	-0,13	-1,23		0,62	0,94
C8	2,39	0,94	-0,19	-1,01		0,69	0,86
C10	2,96	1,13	-0,24	-0,63		0,63	0,75
C11	2,46	0,91	0,20	0,13		0,65	0,80
C12	2,89	1,17	-0,46	-1,07		0,74	0,88
Pr2	2,10	1,47	0,93	-0,69	0,90		0,97
Pr4	2,29	1,37	0,66	-0,91	0,85		0,98
Pr5	2,31	1,57	0,64	-1,24	0,86		0,99
Pr7	2,08	1,44	0,90	-0,73	0,89		0,96
Pr8	2,21	1,49	0,71	-1,11	0,92		0,96
A3	2,18	1,49	0,80	-0,92	0,92		0,97
A4	2,13	1,43	0,79	-0,95	0,91		0,97
A7	1,87	1,40	1,23	-0,10	0,83		0,96
A8	2,40	1,64	0,59	-1,32	0,89		0,98
A9	2,34	1,43	0,65	-1,02	0,92		0,98
M1	2,29	1,51	0,63	-1,22	0,93		0,96
M2	2,38	1,61	0,57	-1,36	0,90		0,97
M4	2,17	1,52	0,77	-1,05	0,93		0,96
M5	2,37	1,58	0,53	-1,39	0,92		0,98
M6	2,26	1,53	0,63	-1,25	0,94		0,96

M= media, DE= Desviación estándar, g1= asimetría, g2= curtosis

La figura 1 del gráfico de sedimentación muestra la relación entre los valores propios y los factores extraídos en el análisis factorial exploratorio. Dando a entender la presencia de dos factores latentes.

Figura 1

Gráfico de sedimentación por factores.



3.3. Análisis factorial confirmatorio

El modelo de dos factores para la que se realizó la eliminación del ítem C11 reportó mejores y adecuados valores de bondad de ajuste para la EMMTC, (CFI= 0,987; TLI= 0,985; SRMR=0,073; RMSEA= 0,077) siendo así que se decide tomar dicho modelo (Tabla 4). La razón de la eliminación del ítem C11 fue debido a que su carga factorial en el AFC (v.g. en el modelamiento SEM) fue $\lambda = 0.24$; al eliminar este ítem las cargas factoriales presentaron valores entre $\lambda = 0.39$ a $\lambda = 1.05$ (Figura 2).

Tabla 4

Índices de ajuste de modelo con estimador WLSMV para la EMTc.

	Estimadores	Modelo inicial (con ítem C11)	Modelo final (sin ítem C11)
	χ^2 (151)	812	590
2 factores	CFI	0,981	0,987
	TLI	0,978	0,985
	SRMR	0,083	0,073
	RMSEA	0,088	0,077

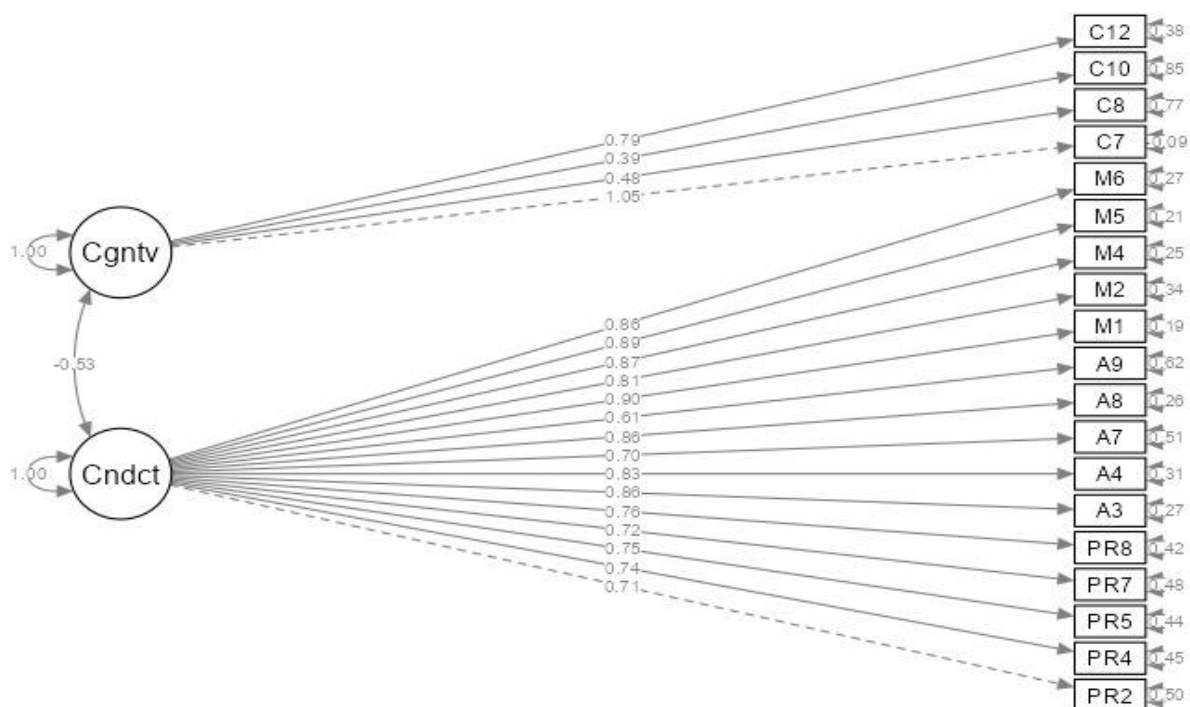
IC 95% 0,082 – 0,094 0,070 - 0,083

X² (df>) para el modelo versus base, CFI = Índice de ajuste comparativo, TLI = Índice de Tucker-Lewis, SRMR = Residuo cuadrático medio estandarizado, RMSEA = Error cuadrático medio de aproximación, IC = Intervalo de confianza.

La figura 2 muestra el modelo final en el que se muestra el factor y los ítems que lo componen, los hallazgos demuestran que en la relación de factores e ítems no poseen estimadores estandarizados menores a 0.39, además, se observa una covarianza inversa entre factores, lo que explicaría la diferencia y no la complicidad de ambos, corroborando la base teórica planteada.

Figura 2

Modelo de ecuaciones estructurales para el AFC del constructo.



3.4. Confiabilidad

Adicionalmente en la Tabla 5, la EMTC reportó una buena confiabilidad (> 0.70) en ambos factores de acuerdo con los índices de confiabilidad para la consistencia interna por

medio del Alfa de Cronbach y Omega de McDonald. Determinando así que el instrumento tiene una buena confiabilidad.

Tabla 5

Estadísticas de confiabilidad de la escala por factores.

Factor	Modelo final de 19 ítems	
	Ω de McDonald	α de Cronbach
F1: Cognitivo	0,805	0,801
F2: Conductual	0,963	0,962

3.5. Validez convergente

Sobre la validez convergente basada en la relación con otras variables, se estimó una correlación Rho de Spearman entre el puntaje global y por dimensiones de la escala EMTC y el GAD-7 que evalúa la ansiedad generalizada, obteniendo una correlación directa y moderada ($Rho = 0.380$; $p = 0.000$) entre el factor cognitivo y GAD-7, correlación inversa y fuerte ($Rho = -0.690$; $p = 0.000$) entre el factor conductual y GAD-7 y una correlación inversa y fuerte ($Rho = -0.670$; $p = 0.000$) entre la EMMTC y GAD-7. En el factor cognitivo se aprecia que, si la persona no tiene conciencia del alcoholismo aumentan los síntomas de ansiedad, mientras que en el factor conductual se entiende que si el participante tiene estrategias para sobrellevar el alcoholismo disminuirán los síntomas de ansiedad.

Tabla 6.

Validez convergente entre las puntuaciones de la EMTC y GAD-7

	GAD-7	
	Rho	Sig.
Factor cognitivo	0,380**	0.000
Factor conductual	-0,690**	0.000
EMMTC	-0,670**	0.000

****.** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

4. Discusión

Al ser la primera adaptación realizada del Modelo Transteórico del Cambio en una población de personas con problemas de alcoholismo. La escala denotó adecuados ajustes para un modelo bifactorial. Del mismo modo, para dicha creación de escala se recurrió a jueces expertos y personas que tenían un consumo frecuente de alcohol, quienes participaron en un grupo enfocado. Así mismo, mediante el V de Aiken se recomendó eliminar 27 ítems de 47 ítems por el incumplimiento de los criterios establecidos, en el AFE nos indica que dentro de la escala están latentes dos factores y 20 ítems, sin embargo, en el AFC nos ofrece dos factores y 19 ítems donde eliminando un ítem se observa mejorías en los valores de bondad de ajuste, además presenta una confiabilidad aceptable para su uso en dicha población.

En el presente trabajo de investigación, respecto a los hallazgos estadísticos, en primer lugar, se ha planteado 5 factores con 47 ítems para dicha escala, sin embargo, los resultados del V de Aiken; el cual es un análisis estadístico que pretende cuantificar el grado de congruencia entre jueces respecto a la pertinencia de los ítems y su relación con sus factores (Pedhazur et. al, 1991), de modo que 27 ítems de los 47 ítems que se consideraron inicialmente no cumplen los criterios establecidos (relevancia, representatividad, claridad) por lo cual la escala se redujo a 20 ítems. La eliminación de dichos ítems se realizó bajo el sustento de Polit y Beck (2017) quien indica que ítems con v de Aiken < 0.70 deben ser modificados o eliminados, de modo que 27 de los ítems fueron eliminados al no cumplir con estos criterios.

En segundo lugar, por medio del Análisis Factorial Exploratorio, el índice Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0.96$) se encarga de evaluar la idoneidad de los datos, de esta forma evaluando el puntaje obtenido, este indica que la muestra es excelente para el análisis (Tabachnick y Fidell, 2019), asimismo el test de esfericidad de Bartlett ($p = 0.01$) indica que la matriz de correlación entre las variables es significativa, el análisis paralelo indica la presencia de dos factores latentes y 20 ítems. Asimismo, varios de los ítems mostraron una

baja carga correlacional hacia sus factores (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento) de modo que los resultados establecieron dos factores latentes (cognitivo, conductual). Por otro lado, un estudio realizado por Wild, T. (2019) denominado; Alcohol Abstinence Change Readiness Scale (AACRS), propuso inicialmente 5 factores basados en los principios del MTC, sin embargo, debido a los resultados del análisis realizado por el AFE, mostró que dos de los factores deben combinarse, de modo que finalmente obtuvieron 4 factores con puntajes entre 0.65 y 0.85 lo que indica la fuerza y dirección de la relación entre cada ítem y su factor correspondiente. Del mismo modo, revisando literatura científica encontramos que dentro del trabajo de Rosen (2000) nos indica que hay un mejor resultado a la hora de aplicar dicho modelo cuando se establecen solo dos factores; procesos cognitivos y procesos conductuales.

En tercer lugar, mediante el Análisis Factorial Confirmatorio, los dos factores del modelo con 20 ítems indicaron los siguientes valores de bondad de ajuste (CFI= 0,981; TLI= 0,978; SRMR= 0,083; RMSEA= 0,088), empero, cuando se realizó la eliminación del ítem C11 ($\lambda = 0.24$) se vieron mejoras en los resultados de Comparative Fit Index (CFI= 0,987) el cual sugiere que el modelo representa adecuadamente las relaciones entre las variables observadas y el modelo se adecua a la muestra (Sebnem et al, 2020; Lai, 2020), Índice de Tucker-Lewis (TLI= 0,985) un valor superior a 0.95 es generalmente considerado optimo (Escobedo et al, 2016), Standardized Root Mean Squared Residua (SRMR= 0,073) indica que las diferencias entre las covarianzas observadas y las predichas por el modelo son pequeñas, lo que sugiere un ajuste óptimo (Sebnem et al, 2020), Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA= 0,077) sugiere que el modelo tiene un ajuste aceptable (Sebnem et al, 2020), entonces podemos indicar que se observa mejores resultados cuando el modelo presenta dos factores y 19 ítems (CFI= 0,987; TLI= 0,985; SRMR= 0,073; RMSEA= 0,077).

En cuarto lugar, referente a la confiabilidad de la escala con la versión de dos factores; cognitivo (Alfa de Cronbach= 0.805; Omega de McDonald= 0.801) y

conductual (Alfa de Cronbach= 0.963; Omega de McDonald= 0.902) nos dan como resultado de que el instrumento tiene una buena confiabilidad, ya que, para considerar un valor aceptable de confiabilidad mediante el coeficiente omega, éstos deben encontrarse entre .70 y .90, así mismo, valores de alfa de Cronbach que oscilan entre 0,70 y 0,90 refieren una buena consistencia interna, por lo que denota que el instrumento puede ser preciso en la medición a pesar de su uso en variadas situaciones y/o poblaciones (Villaveces López et al., 2024).

Respecto a la validez convergente Yang y Mindrila (2020) aluden que se debe comparar diversos instrumentos para determinar el nivel de correlación; por ende, se estimó una correlación Rho de Spearman entre el puntaje global y por dimensiones de la escala EMTC y el GAD-7 que evalúa la ansiedad generalizada, obteniendo una correlación directa y moderada (Rho= 0.380; p= 0.000) entre el factor cognitivo y GAD-7, correlación inversa y fuerte (Rho=-0.690; p= 0.000) entre el factor conductual y GAD-7 y una correlación inversa y fuerte (Rho=-0.670; p= 0.000) entre la EMMTC y GAD-7. Respecto a la revisión bibliográfica se ha encontrado que Degenhardt y Whiteford (2023) realizaron una investigación sobre la validez del Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) en la cual se realizó la validez convergente, tomando en consideración el Alcohol Use Disorders Identification Test - Consequences (AUDIT-C) y la Severidad del Trastorno por Uso de Alcohol (AUDIT) y como resultado una significativa correlación, lo que sugiere que las escalas están midiendo el mismo constructo.

5. Limitaciones y fortalezas

Respecto a las limitaciones que se halló durante la investigación se tiene dos aspectos: En primera instancia, la investigación se llevó a cabo en sujetos mayores de 18 años, lo cual limita la generalización de la prueba en individuos menores de edad que tengan un consumo excesivo de bebidas alcohólicas. En segundo aspecto, al realizar la revisión de la literatura, se ha encontrado pocas investigaciones adaptadas a nuestro contexto. Por último, nuestra fortaleza reside en que nuestro instrumento al ser novedosa y

original en nuestro contexto brinda un aporte innovador a la gama de investigaciones realizadas.

6. Conclusiones

El objetivo de este estudio fue evaluar la fiabilidad y validez de la Escala en base al Modelo transteórico del cambio (EMTC) en personas con problemas de alcoholismo. Los resultados mostraron que la escala EMTC con 2 factores y 19 ítems presenta sólidas evidencias de validez a nivel de su estructura interna y validez externa, así como una óptima confiabilidad. Por lo que, puede ser útil en entornos clínicos y de investigación.

7. Recomendaciones

Aplicación en Diversos Contextos: Futuros estudios deberían considerar la inclusión de muestras más diversas y la validación del cuestionario en diferentes contextos culturales y clínicos, así como la verificación de la invarianza de medida.

Ampliación de la Muestra: Llevar a cabo estudios con muestras más amplias y diversas para aumentar la validez externa del EMTC y garantizar que el instrumento sea adecuado para diferentes subgrupos.

Baremación: Implementar normas que permitan interpretar las puntuaciones obtenidas en relación con un grupo de referencia. Estas normas pueden ser percentiles, puntuaciones estándar, o cualquier otro sistema que facilite la comparación de resultados.