

CUESTIONARIO DE ETAPAS INTEGRADO A UN PROGRAMA (CEMA-PEMA) PARA LA MODIFICACIÓN DEL CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL : EVALUACIÓN DE ETAPAS Y DE VARIABLES INTERMEDIARIAS

LUIS FLÓREZ-ALARCÓN*

CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES SOBRE ADICCIONES Y VIOLENCIA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

Abstract

The purpose of this research was to improve the “Stages Questionnaire to Modify Alcohol Abuse Habits” (*CEMA*), whose preliminary was submitted in a previous issue of this Journal (Flórez-Alarcón, 2001a). Changes made to the preliminary were: 1) A new classifying step by step questionnaire was tried, which takes into consideration minimum consumption limits; 2) The reasons for drinking and the significance people give to alcohol consumption questionnaire was changed to a cost-benefit evaluation in face of consumption (decisional balance), a temptations and a self-efficacy questionnaire which, on the one hand, evaluates consumption motivations and, on the other, the specific self-efficacy perceived in front of such motivating situations; and, 3) Abuse and willingness to change questionnaires were used again, with the adjustments made to the previous version. The study was of a descriptive transectional type, with a 586 students sample out of several Bogotá universities. In addition to the *CEMA*, there were used *CAGE* and *CID* questionnaires for alcohol dependence risk evaluation. The result was an improved version of the *CEMA*, with high reliability scales and of easy application, which may be used by integrating it to programs designed to change alcohol abuse habits in university and secondary school students, such as the Step by Step Program to Modify Alcohol Abuse Habits (*PEMA*)
Key Words: Transtheoretical model; alcohol; addictions; stage models; *CEMA-PEMA*

Resumen

La presente investigación se realizó para perfeccionar el instrumento de evaluación denominado Cuestionario de Etapas para la Modificación del Abuso de Alcohol (*CEMA*), fundamentado en el modelo transteórico, cuya versión preliminar se presentó en esta misma revista (Flórez-Alarcón, 2001a). Los cambios hechos a la versión preliminar fueron: a) Se probó un nuevo cuestionario de clasificación de etapas que toma en cuenta límites mínimos de consumo. b) Se modificaron los anteriores cuestionarios de razones para consumir y de importancia atribuida al consumo, transformándolos en una evaluación de costos-beneficios

* El autor agradece la participación de Luis Miguel Pascual Orts (U. De Huelva-España) y Mario Rojas Russell (UNAM-México) en la preparación de los instrumentos. También agradece la participación de Helena Johana Vélez, María Helena Botero, María Mercedes Flórez, y Jaime Moisés Avosaglo en la aplicación de las encuestas. Correspondencia: luis@florez.info

frente al consumo (balance decisional), y de tentaciones y autoeficacia, instrumentos que son más coherentes con los postulados teóricos del MTT. c) Se volvieron a aplicar los cuestionarios de abuso y de disponibilidad al cambio, con las correcciones resultantes de la anterior versión. El estudio fue de tipo transeccional descriptivo, con una muestra de 586 estudiantes universitarios bogotanos. Además del *CEMA*, se utilizaron los cuestionarios *CAGE* y *CID* para evaluación del riesgo de dependencia alcohólica. El resultado fue una versión perfeccionada del *CEMA*, con escalas de alta confiabilidad y de fácil aplicación que se pueden utilizar integradas a programas para la modificación del abuso de alcohol con estudiantes universitarios y de secundaria, tales como el Programa de Etapas para la Modificación del Abuso (*PEMA*).

Palabras Clave: Modelo transteórico; alcohol; adicciones; modelos de etapas; *CEMA-PEMA*.

El Modelo Transteórico (MTT) representa una conceptualización de etapas acerca del cambio, que se ha hecho extensiva con relativo éxito al control de comportamientos de abuso, tales como el consumo excesivo de cigarrillo y de alcohol (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Prochaska, Velicer & Cols., 1994).

Este modelo incorpora dentro de su bagaje conceptual tres tipos de factores esenciales: a) Un factor referente a la temporalidad del cambio, que determina la caracterización y secuenciación de las etapas por las que éste transcurre, b) Un conjunto de variables intermedias, de tipo psicosocial, que determinan cuándo ocurre el cambio, y c) Un conjunto de procesos psicológicos, variable independiente que determina cómo ocurre el cambio (Prochaska & Prochaska, 1993; *CPRC, Detailed Overview*, página Web). De acuerdo con el modelo, la combinación de estos tres aspectos es determinante para que se obtengan los resultados finales deseados (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994).

En el Centro de Estudios e Investigaciones sobre Adicciones y Violencia de la Universidad Católica de Colombia (CEIAV-

UCC) se adelanta una línea de investigación referente a la aplicación del MTT a la prevención primaria del consumo abusivo de alcohol en jóvenes estudiantes de secundaria y en estudiantes universitarios. Las razones para seleccionar esta población se relacionan con hechos bien conocidos acerca de las edades de inicio y de mayor intensidad de consumo de bebidas alcohólicas, y a las condiciones socio-culturales y psicológicas asociadas al mismo (Rodríguez, 1997; RUMBOS/OCCSP, página Web). Los resultados obtenidos a la fecha en esta línea de investigación se han publicado en diversos medios (Flórez-Alarcón, 2000b; 2001a; 2001b; 2001c).

En el reporte de una investigación anterior acerca del *CEMA* (Flórez, 2001a), se sugirieron algunas recomendaciones tendientes al logro de una mayor coherencia entre las escalas integradas al *CEMA* y los principios fundamentales del MTT, en especial los referentes al sistema de clasificación de etapas y a las variables intermediarias.

El MTT propone que el cambio conductual transcurre por una secuencia de etapas clasificadas en función de la temporalidad con la que la persona se propone cambiar.

Esa temporalidad puede ser superior a seis meses, superior a un mes, ó inferior a un mes. Igualmente, la persona puede llevar menos de seis meses de acción en el cambio real, o más de seis meses. Esa es la condición determinante de la clasificación de la persona en alguna de las etapas de precontemplación, contemplación, preparación, acción, o mantenimiento. El cambio se supone finalizado cuando la persona no experimenta tentaciones de recaída, requisito definitorio de la etapa de terminación (Prochaska & Prochaska, 1993).

De acuerdo con nuestra experiencia, la clasificación en etapas constituye uno de los problemas metodológicos y prácticos centrales. En un estudio en el que participaron 469 estudiantes de secundaria, de los cursos 8° a 11° en colegios cooperativos del Municipio de Soacha (población cercana a Bogotá) se hizo una doble clasificación, a partir de criterios temporales exclusivamente y a partir de los puntajes en una escala de disponibilidad al cambio (Flórez-Alarcón, 2001c). Esta última es una evaluación cuantitativa del propósito de la persona a modificar su comportamiento, en este caso a disminuir el consumo de alcohol. La disponibilidad al cambio se ha propuesto como un parámetro que varía linealmente entre la precontemplación y la acción (URICA, página Web). En dicho estudio se hicieron clasificaciones correspondientes a los 469 participantes; las frecuencias de sujetos clasificados en las etapas de precontemplación y de contemplación cambiaron ampliamente en función del criterio que se siguiera, con una mayor cantidad de sujetos en precontemplación según el criterio temporal, en comparación con el criterio de disponibilidad al cambio.

En otro estudio, en el que participaron 488 estudiantes universitarios de la locali-

dad de Chapinero en Bogotá, los puntajes de disponibilidad al cambio aumentaron sistemáticamente de la precontemplación a la contemplación, y de ésta a la preparación (Flórez-Alarcón, 2001b). Tomados en conjunto los anteriores resultados, un objetivo que se propone es el de adoptar un sistema clasificatorio de etapas más confiable, que arroje resultados similares a los que arroja un sistema clasificatorio basado en el análisis de la disponibilidad al cambio.

En cuanto a las variables psicosociales intermediarias, de acuerdo con el MTT, las decisiones de cambio dependen del estado de algunos factores mediadores, dentro de los que se destaca la importancia atribuida al consumo (actitudes y expectativas), las tentaciones para consumir (motivaciones), los balances decisionales, y la autoeficacia. Se les denomina a estas variables “intermediarias” porque corresponden a constructos que se ubican entre los procesos impulsores del cambio, variable independiente, y la conducta de que se trate, variable dependiente. Estas variables intermediarias se relacionan de manera inmediata con los procesos, de los que dependen, y con el comportamiento, al que determinan; su estado se considera variable, en función de las etapas (CPRC, Detailed Overview, página Web). En el presente estudio se toman en cuenta las siguientes variables intermedias:

Los Balances Decisionales: el MTT se aplica al cambio intencional, es decir, a la modificación de comportamientos que dependen de la toma de decisiones voluntarias de la persona. Se busca que dicha toma de decisiones sea el producto de un balance consciente entre los aspectos favorables (pros) y los aspectos desfavorables (contras) del comportamiento. Para el caso de comportamientos indeseables, como el consumo

excesivo de bebidas alcohólicas, el balance favorece la disminución cuando los contras pesan más que los pros.

La toma de decisión de cambio es, sin duda, un factor de gran importancia para incrementar la probabilidad de que éste ocurra. De hecho, algunos modelos cognoscitivo-sociales, como la teoría de la acción razonada / acción planeada, proponen que la intención es el factor determinante, de forma inmediata, de la acción (Conner & Sparks, 1995).

En el estudio con estudiantes universitarios mencionado antes (Flórez-Alarcón, 2001b), se observó que el hecho de que los sujetos hubieran planeado el cambio (SI o NO), mediante una decisión explícita, resultó ser un predictor confiable de los balances decisionales y de la disponibilidad al cambio. Los balances decisionales, en esa ocasión, se evaluaron como la “seriedad” de la decisión de cambio, en una escala de 1-10. Esa forma de evaluar el balance decisional, como “seriedad” de la decisión, parece reflejar la ponderación implícita de pros Vs. contras del consumo. No obstante, resulta insuficiente como medio para facilitar que la persona tome conciencia acerca de dichos pros y contras, razón por la cual en este estudio se propuso otra forma de evaluación de los balances, a partir de una ponderación explícita que la persona hace de argumentos favorables y desfavorables al consumo. Las escalas de pros y de contras que se aplicaron en la actualidad se adaptaron a partir de una propuesta del CPRC (Decisional Balance, página Web). La adaptación de ésta y de otras escalas propuestas originalmente por el CPRC, que se mencionarán más adelante, fue hecha por el autor y por dos psicólogos con quienes se está colaborando en una investigación transcultural de aplicación de

las escalas en Bogotá, México (D.F.) y España (Huelva).

Las Motivaciones (Tentaciones) y la Autoeficacia: se trata de dos procesos recíprocos, como las dos caras de una moneda. Las tentaciones constituyen un conjunto de situaciones internas y externas que incrementan la probabilidad de que la persona consuma bebidas alcohólicas; por eso pueden considerarse como equivalentes a las motivaciones para consumir. La autoeficacia es un concepto propio de la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1997) que hace referencia a las creencias o expectativas de la persona acerca de lo que puede hacer cuando se encuentra en diversas circunstancias situacionales; esas circunstancias pueden ser biológicas, sociales o psicológicas, especialmente cognoscitivas y emocionales.

La evaluación de las tentaciones y de la autoeficacia puede hacerse con el mismo conjunto de reactivos o ítems: en el primer caso, con el fin de indagar el potencial de las situaciones para inducir a la persona a beber; en el segundo caso, para indagar las expectativas de la persona acerca de su capacidad para resistir el impulso a beber cuando se encuentra expuesta a esas situaciones.

En la versión preliminar del *CEMA* se incluyeron dos escalas motivacionales: una de importancia atribuida al consumo y otra de tentaciones para consumir (Flórez-Alarcón, 2001a). También se incluyó una escala general de autoeficacia, que evalúa este constructo de manera global, sin referencia a la situación particular del consumo de alcohol. Aunque las escalas de importancia atribuida al consumo y de tentaciones para consumir presentaron buenos índices de confiabilidad, y el análisis factorial apuntó hacia el señalamiento de algunos factores

relevantes en su estructura, no hubo una suficiente claridad en el tipo de situaciones a las que apuntaban; una muestra de lo anterior es que a uno de los factores representativos de las razones para consumir se le denominó “razones mixtas”, por la falta de comunalidad conceptual entre los items que congregaba. Por otra parte, las “razones para consumir” no son otra cosa que creencias generadoras de argumentos favorables al consumo, por lo cual pueden incluirse mejor dentro de la misma escala de pros del balance decisional; también pueden representar situaciones internas asociadas al consumo, especialmente de tipo emocional, las cuales quedan mejor incluidas dentro de la escala de tentaciones.

En cuanto a la autoeficacia, al haberse utilizado en la anterior ocasión una escala global y no una escala particular de expectativas de desempeño en referencia específica a las situaciones que motivan al consumo, se perdió la oportunidad de observar alguna relación sistemática de ésta con otras variables relevantes como las etapas de cambio o el tipo de consumo.

En la versión actual del *CEMA* se introdujeron importantes modificaciones para solucionar las anteriores dificultades. Además de haberse incluido la escala específica de pros y de contras, se incluyó un mismo conjunto de reactivos para evaluar las tentaciones y la autoeficacia. Esos reactivos se adaptaron a partir de una propuesta del CPRC (Self-Efficacy, página Web; Temptations, página Web), que abarca suficientemente y amplía las situaciones que se incluyeron en la versión preliminar.

Se han propuesto algunas formas más amplias de evaluar las tentaciones y la autoeficacia. Entre éstas pueden mencionarse el

Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) y el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), los cuales incorporan ocho escalas correspondientes a situaciones de tentación y a expectativas de autoeficacia frente a las mismas (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998). El uso de estos instrumentos más amplios puede ser recomendable en circunstancias de consulta individual, y con sujetos que presentan niveles moderados de dependencia, más que en la práctica de prevención primaria del consumo abusivo.

En síntesis, los objetivos que se propusieron en el presente estudio acerca del *CEMA*, fueron: a) Simplificar el procedimiento de clasificación de los sujetos en las etapas del MTT, adoptando criterios mínimos sobre frecuencia y cantidad de consumo que permitan establecer con claridad la población de consumidores a la que se dirige la aplicación del algoritmo clasificatorio propio del MTT, b) Utilizar una escala de tentaciones referida a las situaciones típicas que incrementan la probabilidad del consumo de alcohol entre estudiantes bogotanos, y elaborar una escala de autoeficacia que evalúe dicho constructo en relación con las tentaciones específicas que incrementan la probabilidad del consumo, en lugar de una escala de autoeficacia general como la adoptada en la anterior versión, c) Transformar la anterior escala de importancia atribuida al consumo en una nueva escala de Balance Decisional, con la incorporación de un componente evaluativo de los pros o razones a favor del consumo, y otro de contras o razones contrarias al consumo, d) Corroborar los hallazgos observados en el estudio anterior mediante la evaluación del abuso y de la disponibilidad al cambio.

MÉTODO

Diseño:

Se siguió un diseño transeccional descriptivo, cuyo objetivo es indagar los valores que asumen algunas variables en los sujetos, en un momento determinado. El muestreo fue de tipo no probabilístico. La selección de los sujetos se hizo especialmente en áreas de mayor accesibilidad, específicamente en las localidades de Chapinero y de La Candelaria en Bogotá D.C.

Sujetos:

La muestra estuvo constituida por 586 estudiantes de diversas universidades ubicadas en las dos localidades. Su captación se hizo preferencialmente en salones de clase, mediante permiso que daban los docentes previamente.

Instrumentos:

Se aplicaron las escalas constitutivas del *CEMA*, adaptadas a partir de las escalas construidas y analizadas en la versión preliminar (Flórez 2001a). Se agregaron los cuestionarios CAGE y CID para la evaluación de riesgo de dependencia (Muracén, Martínez, Aguilar & González, 2001).

El *CEMA* es una batería de pruebas dirigida a evaluar los principales constructos del MTT en su aplicación a la modificación del consumo abusivo de alcohol. Incorpora subescalas para la evaluación de: a) las etapas; b) el abuso de alcohol; c) la disponibilidad al cambio; d) el balance decisional; e) las tentaciones; f) la autoeficacia; y g) los procesos de cambio. Las principales fuentes consultadas para su reelaboración se mencionan al final, en las referencias que se dan del CPRC (*Cancer Prevention Research Center* de la Universidad de Rhodes Island).

En la adaptación de las escalas, el autor contó, como ya se mencionó, con la colaboración especial de dos investigadores (uno en México y otro en España) con quienes realiza actualmente un estudio transcultural.

Cada escala del *CEMA* está constituida por diferente cantidad de ítems; cada ítem se califica de 1 a 5. Por esa razón en el análisis de resultados se tomarán en cuenta los puntajes promedio (puntaje total sobre número de ítems) para hacer comparables las escalas entre sí; estos puntajes pueden oscilar entre 1 y 5. Los puntajes totales de cada escala difieren en función del número de ítems; el puntaje total mínimo es el correspondiente al número de ítems, y el máximo el correspondiente al número de ítems multiplicado por 5.

La escala de disponibilidad al cambio está constituida por 6 ítems (puntaje total máximo: 30).

La escala de abuso tiene 26 ítems (puntaje máximo: 130). Esta escala de abuso se adaptó como aplicación parcial de un cuestionario construido por otro investigador del CEIAV-UCC (Briñez, 1998) quien aplicó los criterios del DSM IV y el CIE-10 para caracterizar al abuso; el cuestionario íntegro lo publicó el anterior autor (Briñez, 2001) como *Cuestionario para Evaluar el Nivel de Desarrollo de los Problemas Asociados al Consumo de Alcohol* (CEAL). La publicación original del CEAL se hizo simultáneamente con la publicación de la baremación preliminar del *CEMA* (Flórez-Alarcón, 2001a), que incluía desde entonces la escala de abuso.

La escala de balance decisional está constituida por una subescala de pros del consumo y por una subescala de contras del consumo; cada subescala tiene 8 ítems (puntaje total máximo: 40).

La escala de motivaciones (tentaciones) y la de autoeficacia están constituidas cada una por 20 ítems (puntaje máximo: 100) que se refieren a un conjunto de situaciones en las que aumenta la probabilidad de que los estudiantes universitarios bogotanos consuman alcohol. En el caso de las motivaciones se indaga por la probabilidad de que la persona consuma si se llega a encontrar ante dicha situación; en el caso de la autoeficacia se indaga por la confianza de la persona en que podrá abstenerse de beber si se llega a encontrar ante dicha situación.

Procedimiento:

Se realizaron las siguientes fases en el desarrollo del estudio:

1. Preparación de instrumentos, con la participación de los dos colaboradores. Para la elaboración de los nuevos instrumentos se tomaron en cuenta los ya propuestos en la versión preliminar y los propuestos por el CPRC en Estados Unidos.

2. Capacitación de encuestadores. Se hizo una convocatoria y se seleccionaron cinco encuestadores, que recibieron una amplia capacitación en fundamentos y aplicación del instrumento, dada por el autor de este artículo. Uno de los encuestadores no pudo participar en la fase final de recolección de los datos.

3. Aplicación de las encuestas. Los encuestadores asistían a las universidades ubicadas en las dos localidades bogotanas, presentaban sus respectivas credenciales, y obtenían los permisos para aplicarlas en los salones de clase.

4. Tabulación de resultados. Fue hecha por los mismos encuestadores.

RESULTADOS

Descripción de la muestra estudiada. El CEMA fue contestado por 586 estudiantes universitarios, en mayor proporción mujeres (n=356; 60.8%) que hombres (n=230; 39.2%). La edad promedio de la muestra fue de 21.5 años (D.E. = 4.52), con un mínimo de 16 y un máximo de 54 años, aunque la edad del 94% de la muestra osciló entre 16 y 27 años. Los hombres (M=21.1) eran, en promedio, 1 año mayores que las mujeres (M=22.1). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($t=2.76$, $p<0.01$).

La mayoría de sujetos pertenecían a universidades privadas; algunos pocos estudiantes de universidades públicas se ubicaron en la categoría “otras” (véase Tabla 1), junto con los estudiantes de diversas universidades privadas que, tomadas individualmente, no llegaban a constituir un 3% de la muestra. Aquí se indentificarán dichas instituciones mediante un número, asignado al azar. Para el análisis individual se toman 6 universidades, cuyos porcentajes individuales de muestra son superiores al 7.5%. En la Tabla 1 se presentan las frecuencias de sujetos pertenecientes a cada universidad.

Dado que el género se ha encontrado como un predictor importante de diversas características del consumo, se hace un análisis de la composición por género de cada una de las universidades (Figura 1). La segunda universidad es la única en la que la proporción de mujeres es inferior a la de hombres; los estudiantes de ingeniería allí son el doble que los de ciencias sociales, y no hay estudiantes de ciencias de la salud. Las “otras” universidades tienen una proporción idéntica de hombres y de mujeres.

Las carreras se agruparon en cinco grandes áreas a) Psicología; b) Derecho y ciencias políticas; c) Ingenierías y arquitectura;

d) Ciencias económicas y de la comunicación; e) Ciencias de la salud. Esta agrupación se hizo siguiendo indicadores de una investigación anterior (Flórez-Alarcón, 2000b) acerca de las relaciones entre áreas de estudio y consumo. También se tuvo en cuenta la frecuencia de sujetos en estas carreras. Hubo un sesgo de los encuestadores hacia la carrera de psicología (42% de la muestra), tal vez por ser ellos mismos estudiantes de esta carrera, lo cual les facilitaba el acceso a esta población.

Respecto del género, las carreras se distribuyeron como se presenta en la Figura 2. Allí se aprecia que la distribución en ciencias sociales y ciencias de la salud es casi idéntica, con una tercera parte de hombres y dos terceras partes de mujeres; por el contrario, en ingenierías la proporción es inversa, a favor de los hombres.

El semestre parece constituir un importante factor asociado a diferencias en los

niveles de consumo (Flórez-Alarcón, 2000b). En el presente caso, la mayoría de estudiantes (cerca del 55%, pertenecían a algún semestre inferior, tomando como tal a alguno de los cuatro semestres iniciales de la carrera. Cerca de un 30% pertenecían a semestres intermedios (5°. a 8°.), y cerca del 15% pertenecían a semestres superiores (por encima de 8°).

Resultados acerca del consumo de alcohol. Tomando la clasificación sugerida en el anterior estudio (Flórez-Alarcón, 2000b), se discriminan dos categorías de bebedores: a) Fuertes: los que beben 1 o más veces por semana; b) Intermedios: los que beben menos de una vez por semana, pero sí lo hacen 1 o más veces al mes. No se tomaron bebedores “débiles” (menos de 1 vez al mes), pues un criterio para seleccionar a quienes contestaban toda la prueba era que, por lo menos, bebieran de acuerdo con el nivel “intermedio”. La mayoría de los sujetos eran

Tabla 1
Universidad de procedencia de los sujetos

Institución	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
U1	114	19,5	19,5
U2	65	11,1	30,5
U3	45	7,7	38,2
U4	149	25,4	63,7
U5	69	11,8	75,4
U6	50	8,5	84,0
Otras	94	16,0	100,0
Total	586	100,0	

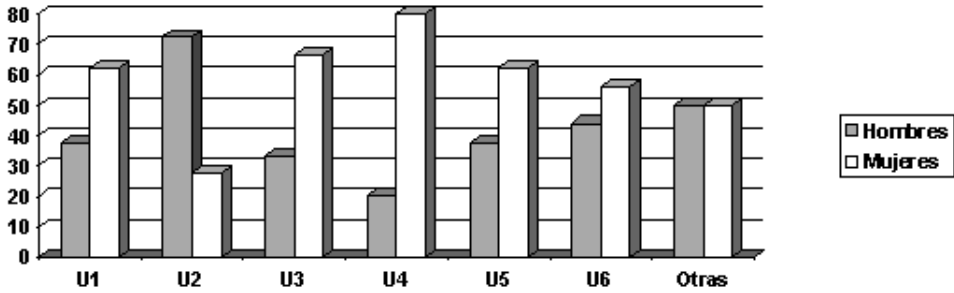


Figura 1. Distribución de género en las universidades de procedencia de los sujetos



Figura 2. Distribución por género en las diversas carreras

bebedores “intermedios” (78.8%), frente al 21.2% de bebedores “fuertes”. Dado que solo se tomaron sujetos bebedores, esta proporción probablemente se aproxima a la distribución real entre estas dos clases de consumidores de alcohol en la población de estudiantes universitarios que bebe con alta frecuencia.

En función del género, se observa mayor proporción de consumo fuerte entre los hombres, y mayor proporción de consumo intermedio entre las mujeres. Esta asociación, evaluada mediante el coeficiente de contingencia, aunque significativa, es baja ($C=0.2$; $p<0.01$).

Respecto de las universidades, en todas se conserva la mayor proporción de consu-

midores intermedios en comparación con los consumidores fuertes, excepto en la U6, donde esas proporciones se acercan al 0.5. Llama la atención la situación de la U2, en la que, a pesar de haber más hombres estudiantes de ingeniería, predominó el consumo intermedio sobre el fuerte, lo cual sugiere la acción de algún factor distinto a género y a carrera para explicar dicho resultado (p. ej. una posible acción preventiva en esta universidad).

Respecto de las carreras, en todas predomina el consumo intermedio; sin embargo, en ingenierías la proporción de consumidores fuertes es más alta que en las demás áreas, y la de consumidores intermedios, conse-

cuentemente, es más baja. Estas diferencias son significativas ($\chi^2 = 18.03$, $p < 0.01$).

Clasificación de etapas. La clasificación se hizo sobre la base de dos prerrequisitos: a) Que la persona fuera, como mínimo, bebedora intermedia, b) Que la persona bebiera por ocasión, como mínimo, cinco unidades (copas, cervezas, etc.) de manera continua.

En la Figura 3 se presenta la distribución en etapas de los sujetos, tomando los anteriores criterios. Allí se puede apreciar que la mitad de los sujetos se encuentran en etapas inferiores a la acción, mientras que la otra mitad se encuentran en acción o en mantenimiento. Es decir, los primeros, en su gran mayoría en la etapa de precontemplación o de preparación, piensan reducir el consumo a menos de cinco tragos por ocasión en el próximo mes (los de etapa de preparación), o no piensan hacerlo en el transcurso de los siguientes seis meses (etapa de precontemplación); un pequeño porcentaje piensan hacerlo en el transcurso de los próximos seis meses (etapa de contemplación). Los segundos llevan más de un mes sin beber cinco tragos de manera continua (etapa de acción) o más de seis meses con dicho control (etapa de mantenimiento).

Esta Distribución de etapas sugiere que los estudiantes consumidores de alcohol tienden a agruparse de forma proporcional en mitades separadas por la acción: una mitad ya se encuentra cumpliendo propósitos de moderar el consumo, manteniéndolo en niveles no peligrosos, mientras que la otra mitad apenas piensa hacerlo. Entre éstos últimos, la tendencia es a dividirse en mitades entre quienes piensan hacerlo en un futuro cercano, o no piensan en la moderación como una meta próxima.

Si se toma al género como factor para hacer una comparación de etapas se observa con toda claridad que los hombres se ubican en proporciones mayores a las de las mujeres en las etapas inferiores a la acción, y las mujeres se ubican en proporciones mayores a las de los hombres en las etapas de acción o mantenimiento. Esta tendencia es muy significativa ($\chi^2 = 37.17$; $p < 0.01$).

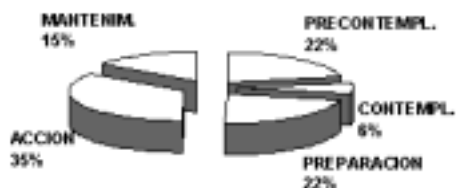


Figura 3: Distribución en etapas del MTT para la muestra estudiada.

Disponibilidad al cambio. En este reporte se analizarán, en todas las escalas incluidas, tanto los puntajes promedio como los puntajes totales; la razón para hacerlo así es facilitar la comparación entre escalas que tienen distintas cantidades de items, así como facilitar la interpretación en el futuro, cuando un sujeto no conteste todos los items; en esos dos casos resulta útil el uso de los puntajes promedio, los cuales corresponden al puntaje total dividido por el número de items contestados. Los puntajes promedio de cada una de las escalas integradas al *CEMA* pueden oscilar entre 1.00 y 5.00. En la anterior investigación (Flórez 2001a, 2001b) se hizo el análisis tomando los puntajes porcentuales; sin embargo, obtener éstos exige una transformación de puntajes relativamente compleja, mayor a la que demanda la obtención del puntaje promedio, por lo cual se han preferido éstos últimos.

La escala de disponibilidad al cambio tiene 6 ítems; sus puntajes promedio tuvieron una Media de 1.78 (D.E. = 0.99); los puntajes totales tuvieron una Media de 10.63 (D.E.=5.96). Se observó una clara acumulación hacia puntajes inferiores de disponibilidad al cambio, con una tendencia progresiva a la baja acumulación hacia los puntajes superiores (véase figura 4).

Un análisis de gran importancia es el de los puntajes de disponibilidad al cambio en las diversas etapas, especialmente en las etapas inferiores a la acción (precontemplación, contemplación, y preparación). La disponibilidad al cambio aumenta sistemáticamente de la precontemplación a la preparación, tanto en el promedio como en los puntajes máximos. El ANOVA de disponibilidad al cambio en función de la etapa arroja diferencias muy significativas ($F=13.76$; $p<0.01$). Esto corrobora que el sistema clasificatorio basado en el análisis de la temporalidad con la que la persona se propone cambiar, coincide ampliamente con la clasificación basada en la disponibilidad al cambio, lo cual era un objetivo importante que se pretendía con esta nueva versión del *CEMA*.

La escala de disponibilidad al cambio presentó un excelente coeficiente de confiabilidad de consistencia interna ($\text{Alpha}=0.90$), con buenas correlaciones ítem-escala, tal como se observa en la Tabla 2; no es necesario suprimir alguno de los ítems para mejorar la confiabilidad de la escala.

La existencia de un firme y serio propósito de cambio se ha considerado, al interior del MTT, como una variable muy importante que determina la probabilidad de que el proceso de cambio culmine en la acción. En el presente caso se le indagó a los sujetos si pensaban seriamente en disminuir la cantidad de unidades (copas,

cervezas, etc.) que bebían por ocasión, a lo cual 195 sujetos respondieron que SI y 372 que NO. La disponibilidad al cambio de los primeros tuvo un promedio de 2.68 y la de los segundos 1.33; esta diferencia es muy significativa ($t=20.16$; $p<0.01$).

Además, los sujetos que respondieron que SI pensaban seriamente en disminuir la cantidad de unidades, calificaron su intención en una escala de 1 a 10. La calificación promedio fue de 5.6 (D.E.=3.09). La correlación entre la disponibilidad al cambio y la calificación de la "seriedad" del propósito fue de 0.44 ($p<0.01$), lo cual indica que ésta última ponderación sigue constituyendo una manera sencilla de aproximarse a la disponibilidad de cambiar.

Abuso y dependencia. Para evaluar los niveles de dependencia potencialmente existentes entre los estudiantes universitarios se utilizaron los cuestionarios CAGE y el CID (cuestionario de indicadores diagnósticos, Muracen & Cols., 2001). Dado que los puntajes de estas dos pruebas correlacionaron ampliamente ($r=0.6$, $p<0.01$), sólo se reportarán los datos correspondientes al CAGE, que es la más utilizada internacionalmente.

El puntaje del cuestionario CAGE representa un consumo de riesgo cuando es igual a 2, perjudicial si es igual a 3, y dependencia alcohólica si es igual a 4. Los resultados se resumen en la Tabla 3; allí se puede apreciar que el 74.2% de los sujetos presentan un consumo por debajo del consumo de riesgo, pero un 25.8% presentan consumo riesgoso o perjudicial, entre los cuales un 5.1% pueden considerarse dependientes.

La escala de abuso tiene 26 ítems. Los puntajes promedio de abuso oscilaron entre 1.00 y 4.65, con una Media de 1.49 (D.E.=0.55); el 90% de los sujetos presen-

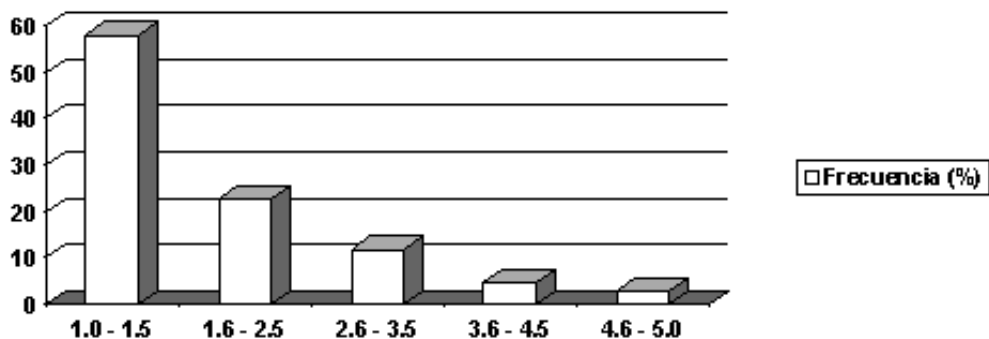


Figura 4. Distribución de frecuencias de los puntajes de disponibilidad al cambio.

Tabla 2

Items de la escala de disponibilidad al cambio

Item*	Correlación item-escala	Alpha si se elimina el ítem	Contenido
11	,7643	,8816	Estoy pensando seriamente en disminuir la cantidad de alcohol que normalmente consumo
12	,5752	,9130	En el último año (durante los últimos 12 meses), dejé de consumir alcohol a propósito (de manera intencional) por lo menos durante un mes
16	,7787	,8794	Deseo vehementemente dejar de consumir alcohol
28	,7862	,8781	Estoy pensando en dejar definitivamente de consumir alcohol
31	,7319	,8874	Actualmente planeo alguna forma para dejar de consumir alcohol
35	,8075	,8756	Planeo dejar de consumir alcohol y estoy decidido(a) a hacerlo

* La numeración del ítem corresponde a su posición en la presentación del *CEMA*

taron puntajes promedio de abuso que oscilan entre 1.00 y 2.6; la acumulación de frecuencias es significativamente más alta en el sector de los puntajes inferiores, lo que se refleja en el valor de la media. Los puntajes totales tuvieron una Media de 38.44 (D.E.=14.27), con un promedio mayor entre los hombres al compararlo con el promedio de mujeres, diferencia que fue muy significativa ($t=6.24$; $p<0.01$).

Como ya se había encontrado en el estudio anterior, la escala presenta una adecuada confiabilidad evaluada mediante la consistencia interna ($\alpha = 0.92$), con buenas correlaciones de todos los ítems con la escala, tal como se describe en la Tabla 4, por lo cual no se requiere eliminar ningún ítem para aumentar la confiabilidad.

El análisis de los puntajes de abuso en función de las etapas del MTT pone de ma-

nifiesto la presencia de mayor abuso en las etapas previas a la acción, frente a la acción y al mantenimiento. Las tres etapas previas a la acción (precontemplación, contemplación y preparación) conforman un bloque sin diferencias significativas entre sí, el cual difiere significativamente de un menor abuso en la etapa de acción ($F=8.52$; $p<0.01$).

Al analizar el abuso en función de los aspectos académicos, se observa que el abuso promedio es mayor entre estudiantes de ingeniería (1.7), comparado con el de ciencias sociales (1.4) y ciencias de la salud (1.5); ($F=6.9$; $p<0.01$). Igualmente, el abuso es mayor en los estudiantes de semestres intermedios (5° a 8°) en comparación con los de semestres iniciales (1° a 4°) y los semestres finales (9° a 10°) ($F=5.8$; $p<0.01$). Entre las universidades no se observaron diferencias significativas en los puntajes promedio de abuso.

Balances Decisionales. Los balances decisionales se refieren al punto de equilibrio que existe entre los aspectos que la persona evalúa como favorables al consumo (pros) y los que evalúa como desfavorables (contras). Constituye eminentemente un análisis de actitudes frente al consumo de alcohol y de las predisposiciones conductuales resultantes de dichas actitudes. La escala de

aspectos favorables al consumo, o pros, tiene 8 ítems. El análisis de los puntajes promedio de los sujetos revela una Media de 2.1 (D.E.=0.94); los puntajes totales tienen una Media de 16.6 (D.E.=7.6). Aunque aquí se presenta un análisis cuantitativo, se sugiere especialmente que esta escala se utilice también como instrumento para facilitar un análisis cualitativo de las razones principales que apoyan el consumo de la persona.

La comparación de los puntajes promedio de Pros que los hombres atribuyen al consumo con los puntajes de las mujeres, revela que la media de Hombres (2.41) es mayor que la Media de las mujeres (1.89), diferencia que es significativa ($t=6.88$; $p<0.01$). Un análisis cualitativo reveló la importante diferencia en las razones para consumir que argumentan los hombres, frente a las razones que argumentan las mujeres.

La escala de pros tiene una excelente confiabilidad obtenida mediante el coeficiente de consistencia interna ($\alpha=0.92$). En la Tabla 5 se presentan los datos de cada ítem de la escala. El ítem que menos correlaciona con la escala es el 8, precisamente en el que las mujeres manifestaron mayor preferencia que los hombres; sin embargo no es necesario eliminar el ítem para mejorar la confiabilidad de la escala.

Tabla 3
Frecuencias de respuesta al cuestionario CAGE

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
.00	299	51,0	51,0
1,00	136	23,2	74,2
2,00	72	12,3	86,5
3,00	49	8,4	94,9
4,00	30	5,1	100,0
Total	586	100,0	

Tabla 4

Confiabilidad de la escala de Abuso

Item*	Correlación ítem-escala	Alpha si se elimina el ítem	Contenido
13	,4956	,9203	Estando bajo efectos del alcohol, me he caído y me he lesionado
14	,4557	,9220	Mi forma de beber ha hecho que durante los últimos meses haya dejado de asistir a mi trabajo o a mi estudio
15	,5622	,9192	Cuando tomo, digo cosas sin sentido
17	,4202	,9221	Cuando tomo, vomito
18	,6173	,9184	Cuando tomo, he visto, oído o sentido personas o cosas que otros no ven
19	,5965	,9184	Cuando tomo, siento tanto gusto por la bebida que prefiero seguir tomando por encima de otras actividades que también me agradan
20	,5303	,9196	Durante el último año he llegado tarde a mi trabajo o estudio a causa de mi bebida
21	,6833	,9171	Cuando tomo, pierdo el hilo de la conversación
22	,6686	,9186	Durante los días en que no tomo, oigo, veo o siento personas o cosas que otros no sienten
23	,6083	,9182	Cuando tomo me pongo agresivo(a)
24	,7372	,9164	Mientras tomo pierdo momentáneamente la noción del lugar donde estoy
25	,6425	,9189	He convulsionado mientras tomaba o poco tiempo después
26	,6140	,9182	Cuando tomo digo cosas que después no recuerdo
27	,3082	,9264	Ultimamente, yo tomo cuando se me presenta la oportunidad
29	,5437	,9196	He vomitado sangre mientras tomaba o poco tiempo después
30	,5933	,9185	Cuando estoy bajo los efectos del alcohol tengo que sostenerme para no caer
32	,6551	,9182	Durante los últimos meses ha habido en mi familia amenazas de abandono a causa de mi conducta de beber
33	,6067	,9183	Sudo más de lo acostumbrado poco después de que he dejado de tomar
34	,4738	,9205	Durante los últimos meses me han detenido por estar manejando carros o máquinas bajo efectos del alcohol.
36	,5867	,9194	Durante los últimos meses he tenido problemas con la ley por acciones cometidas bajo efectos del alcohol
37	,5475	,9193	He perdido el sentido mientras tomaba o poco tiempo después
38	,5582	,9193	Cuando tomo me enredo para hablar
39	,5763	,9199	Siento que necesito tomar más alcohol u otras sustancias para poder dormir
40	,5762	,9193	Por beber, perdí mi trabajo o mi estudio durante los últimos meses
41	,5742	,9195	Mi forma de beber provocó que durante los últimos meses tuviera que irme de la casa
42	,6045	,9189	Durante los últimos meses fui suspendido de mi trabajo o estudio a causa de mi bebida

** La numeración del ítem corresponde a su posición en la presentación del *CEMA*

Consistente con los demás resultados, los estudiantes de ingeniería manifestaron de forma significativa ($F=11.7$; $p<0.01$) más cantidad de pros que los estudiantes de las demás carreras. También al analizar las asociaciones entre dependencia y percepción de beneficios del consumo, se destaca que los riesgos de dependencia, evaluados mediante el índice CAGE, se jerarquizan sistemáticamente en correlación con los puntajes de los pros (Figura 5), los cuales resultan significativamente diferentes de un riesgo CAGE al siguiente ($F=47.1$; $p<0.01$).

Igualmente, el análisis de la percepción de beneficios, permitió observar una mayor percepción de pros entre los consumidores fuertes ($M=2.60$) en comparación con los intermedios ($M=2.00$), diferencia muy significativa ($t= 6.42$; $p<0.01$).

En cuanto a las etapas del MTT, los pros se comportan de una manera muy coherente con los postulados del modelo, pues la percepción de ventajas es claramente mayor entre los sujetos que se encuentran en etapas iniciales, previas a la preparación y a la acción, en comparación con los estudiantes que se encuentran en etapas de preparación, acción, o mantenimiento; la diferencia es muy significativa ($F=30.5$; $p<0.01$).

La escala de contras o aspectos que la persona evalúa desfavorablemente al consumo tiene también 8 ítems. Sus puntajes promedio tienen una Media de 2.71 (D.E.=1.28). La escala total tiene una Media=21.3 (D.E.=10.45). Como en el caso de los pros, se recomienda que se haga un análisis cualitativo de los contras para establecer las principales áreas en las que el sujeto tiene actitudes negativas hacia el consumo de alcohol. A diferencia de lo observado en los pros, para los contras no existe una diferencia significativa entre las medias de hom-

bres (2.77; D.E.=1.16) y de mujeres (2.67; D.E.=1.35). La escala de contras tuvo una confiabilidad alta ($\alpha=0.93$), obtenida mediante análisis de consistencia interna. En la Tabla 6 se observa que no se requiere eliminar ningún ítem para mejorar la confiabilidad de la escala.

En cuanto a las variaciones de percepción negativa ante el consumo, que se puedan atribuir al hecho de estudiar en una u otra universidad, no se observaron diferencias significativas. También fueron muy similares las medias de los diversos grupos al hacer la comparación respecto de la ubicación del semestre. Igualmente, no hubo diferencias significativas atribuibles a la carrera estudiada. Respecto de la dependencia, tampoco se observaron diferencias en las medias de contras, entre los grupos conformados por los diversos riesgos del CAGE. Respecto del tipo de consumo, aunque los bebedores fuertes tienen una media de contras ($M=2.50$) inferior a la de los bebedores intermedios ($M=2.75$), la diferencia no es significativa. El análisis de contras en función de las etapas tampoco arroja diferencias significativas, aunque la menor percepción de contras, como es de esperarse, se da entre los sujetos en etapa de precontemplación.

Los anteriores resultados indican que es en los pros atribuidos al consumo, más que en los contras, en donde radica el factor clave para favorecer la modificación del balance decisional.

Motivaciones (tentaciones) y autoeficacia. La evaluación de las motivaciones (tentaciones) para el consumo se refiere al análisis de las ocasiones en que se incrementa la probabilidad de que el sujeto beba alcohol, y la autoeficacia se refiere a la autopercepción del sujeto acerca de su capacidad para resistir a la tentación de beber en dichas oca-

siones. Por esa razón, los cuestionarios de tentaciones y de autoeficacia contienen los mismos ítems. En el primer caso (motivaciones) se indaga acerca de qué tan tentado se siente el sujeto para beber cuando se encuentra en la ocasión descrita en cada ítem. En el segundo caso (autoeficacia) se indaga acerca de qué tan seguro se siente el sujeto de NO beber cuando se encuentra ante la ocasión descrita en cada ítem.

El cuestionario de motivaciones consta de 20 ítems. Los puntajes promedio presentaron una Media=1.86 (D.E.=0.72); los puntajes

totales tuvieron una Media=37 (D.E.=14.53). La escala de tentaciones presenta una buena confiabilidad evaluada mediante la consistencia interna ($\alpha=0.93$). Todos los ítems correlacionan con la escala (véase tabla 7), por lo cual no es necesario eliminar ninguno para incrementar la confiabilidad.

En cuanto al género, los puntajes promedio revelan la presencia de mayores tentaciones a beber en los hombres ($M=2.07$; D.E.=0.76) que en las mujeres ($M=1.73$; D.E.=0.65). La diferencia es muy significativa ($t=5.84$; $p<0.01$).

Tabla 5

Confiabilidad de la escala de creencias favorables al consumo (PROS)

Ítem	Correlación ítem-escala	Alpha si se elimina el ítem	Contenido
1	,7005	,9100	Beber me produce una sensación excitante
2	,7569	,9046	Beber me produce ánimo
3	,7897	,9016	Me siento más feliz cuando bebo
4	,7476	,9053	Puedo conversar mejor con alguien que me atrae después de beber algunas copas
5	,7427	,9056	Beber me hace sentir más relajado(a) y menos tenso(a)
6	,7572	,9044	Beber me ayuda a divertirme con mis amigos
7	,7427	,9060	Los eventos donde hay bebida son más divertidos
8	,5959	,9169	Me siento más seguro(a) de mí mismo(a) cuando he bebido

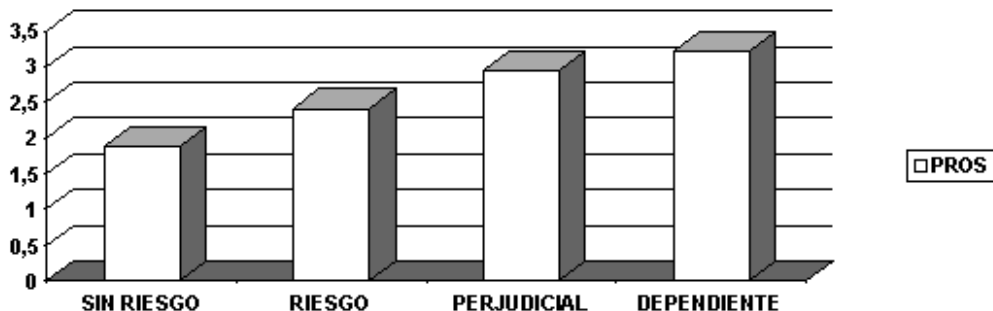


Figura 5. Evolución de la percepción de PROS del consumo. A medida que aumenta el riesgo de dependencia evaluado por la prueba CAGE.

Al contrario de lo sucedido con los pros y los contras, las tentaciones sí difirieron significativamente en función del área de estudio o carrera, siendo superiores los puntajes promedio en ingenierías ($M=2.16$; $D.E.=0.74$) que en ciencias sociales ($M=1.79$; $D.E.=0.71$) y que en ciencias de la salud ($M=1.89$; $D.E.=0.57$).

Respecto del tipo de consumo, los bebedores fuertes presentan motivaciones a beber ($M=2.17$; $D.E.=0.70$) superiores a las de los bebedores intermedios ($M=1.80$; $D.E.=0.70$). Esta diferencia es muy significativa ($t=5.07$; $p<0.01$). El aumento del riesgo de dependencia, evaluado mediante el CAGE, se asocia a un incremento escalado de las tentaciones para consumir, igual a lo observado en el caso de los pros (véase figura 5); estas diferencias de motivaciones en función del riesgo son altamente significativas ($F=35.74$; $p<0.01$). Estas asociaciones se ven reflejadas en los coeficientes de correlación: el de las motivaciones con los pros es muy alto ($r=0.70$), mientras que el de las motivaciones con la disponibilidad al cambio ($r=0.18$) y con los contras ($r=0.13$) son muy bajos.

En función de las etapas del MTT, el análisis de las tentaciones revela profundas diferencias de puntajes entre los sujetos clasificados en las diversas etapas ($F=19.5$; $p<0.01$). Su distribución refleja una mayor acumulación en las etapas iniciales (precontemplación y contemplación) para los sujetos con mayores motivaciones frente al consumo, y menores concentraciones en las etapas correspondientes a la acción. Como se concluyó en el análisis de los pros, aquí también debe señalarse que las motivaciones para consumir constituyen un importante factor asociado a la evolución del cambio.

Los puntajes promedio de autoeficacia tuvieron una Media=3.23 ($D.E.=1.29$), y los puntajes totales tuvieron una Media=63.3 ($D.E.=26.9$). Llama la atención la superioridad de los puntajes promedio de autoeficacia, en comparación con los puntajes promedio de todas las demás variables. En el estudio anterior (Flórez, 2001a), en el que la comparación se hizo con puntajes porcentuales, la autoeficacia también presentó puntajes superiores a los de las demás variables.

Tabla 6

Confiabilidad de la escala de creencias desfavorables al consumo (CONTRAS)

Item	Correlación item-escala	Alpha si se elimina el item	Contenido
1	,7662	,9263	Si bebo podría terminar lastimando a alguien
2	,7982	,9239	Beber podría conducirme a ser adicto al alcohol
3	,8004	,9238	Beber podría acarrearle dificultades con la ley
4	,8183	,9224	Puedo lastimar a personas cercanas a mí cuando bebo demasiado
5	,6923	,9315	Algunas personas cercanas están decepcionadas de mí por beber
6	,8233	,9220	Podría herir accidentalmente a alguien por beber
7	,7032	,9308	Al beber estoy dándole un mal ejemplo a otros
8	,7641	,9264	La bebida me impide hacer lo que normalmente se espera de mí

El índice de confiabilidad de la escala de autoeficacia también fue adecuado ($\alpha=0.97$), con altas correlaciones de los ítems con la escala total (véase tabla 7), por lo cual no es necesario eliminar ningún ítem para aumentar la confiabilidad.

Respecto del género, los puntajes promedio de autoeficacia de las mujeres ($M=3.36$; $D.E.=1.34$) fueron superiores a los de los hombres ($M=3.01$; $D.E.=1.19$),

diferencia muy significativa ($t=3.2$; $p<0.01$).

En cuanto a las etapas, la autoeficacia aumenta a medida que los sujetos progresan de etapa y se aproximan a la acción, aumento escalonado como el que se ilustra en la Figura 5 ($F=4.6$; $p<0.01$); la significación se alcanza en la comparación de las etapas iniciales (pre y contemplación) con la etapa de acción.

Tabla 7

Confiabilidad de las escalas de Motivaciones (tentaciones) y de Autoeficacia

Ítem	Correlación ítem-escala (Tentaciones)	Alpha si se elimina el ítem (Tentaciones)	Correlación ítem-escala (Autoeficacia)	Alpha si se elimina el ítem	Contenido
1	,5998	,9284	,7628	,9725	Cuando estoy interesado(a) en alguien
2	,6222	,9279	,7527	,9726	Cuando miro a otros que beben en un bar o en una fiesta
3	,6600	,9272	,8595	,9715	Cuando estoy muy preocupado(a)
4	,6425	,9279	,8698	,9714	Cuando estoy angustiado(a) debido a que he dejado de beber
5	,6361	,9280	,8868	,9712	Cuando tengo la urgencia de beber aunque sea un trago a ver qué sucede
6	,6262	,9279	,8266	,9719	Cuando pienso en beber una copa
7	,6366	,9277	,6647	,9734	Cuando las personas con las que suelo beber me animan a tomar un trago
8	,6971	,9264	,8532	,9716	Cuando siento que todo me está saliendo mal
9	,5936	,9286	,8638	,9714	Cuando me encuentro físicamente cansado(a)
10	,6629	,9271	,8207	,9719	Cuando me siento deprimido(a)
11	,6914	,9265	,8469	,9716	Cuando me siento abatido(a) por la frustración
12	,6726	,9269	,8520	,9716	Cuando las ganas de beber me cogen desprevenido(a)
13	,6880	,9268	,8722	,9714	Cuando me siento interiormente enojado(a)
14	,5709	,9293	,8328	,9718	Cuando siento algún dolor o malestar físico
15	,5698	,9290	,8396	,9717	Cuando quiero probar mi fuerza de voluntad para dejar de consumir bebidas alcohólicas
16	,5730	,9290	,6520	,9735	Cuando me ofrecen una bebida en una reunión social
17	,5801	,9291	,5796	,9741	Cuando me encuentro alegre o celebrando con otros
18	,5858	,9291	,5959	,9741	Cuando me encuentro de vacaciones y quiero relajarme
19	,6691	,9270	,8395	,9717	Cuando siento una necesidad física o un deseo intenso de beber alcohol
20	,3841	,9319	,7628	,9726	Cuando siento dolor de cabeza

El análisis de la autoeficacia en función de la universidad de pertenencia, mostró la presencia de mayor autoeficacia en un grupo de tres universidades (U2, U4 y U5) en comparación con las demás universidades ($F=7.18$; $p<0.01$). Respecto de las carreras, los estudiantes de ingeniería presentaron la menor autoeficacia en comparación con los de ciencias sociales y ciencias de la salud ($F=2.96$; $p=0.052$).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en materia de clasificación de etapas y de interacciones de las diversas variables psicosociales que propone el MTT son altamente concordantes con los postulados clásicos del modelo (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994), lo cual permite concluir que los objetivos se cumplieron totalmente. El CEMA constituye una satisfactoria forma de evaluar las variables psicosociales que el modelo propone como factores mediadores entre los procesos que impulsan al cambio y las etapas de cambio propiamente dicha. Igualmente, se constituye un procedimiento satisfactorio para hacer la clasificación de etapas, para medir el abuso, y para medir la disponibilidad al cambio.

La validez predictiva del modelo es particularmente evidente en el caso de los estudiantes de ingeniería, cuya mayor proporción es de bebedores fuertes, presentan mayor percepción de beneficios al consumir (pros), mayores tentaciones, y mayor nivel de abuso. Sin embargo, en una universidad (U2) en la que predominaban los estudiantes de ingeniería, de sexo masculino, los niveles de consumo fueron inferiores, lo cual se explica por los altos niveles de autoeficacia de sus estudiantes.

Se impone ahora continuar la elaboración del CEMA, mediante el diseño y validación de instrumentos que midan los procesos de cambio y su interacción con las etapas y con las variables psicosociales descritas. Se sugiere esta tarea como meta principal del próximo proyecto dentro de esta línea de investigación en el CEIAV-UCC. Igualmente, se impone avanzar en el diseño del Programa de Etapas para la Modificación del Abuso (PEMA), y en la integración del CEMA al PEMA, según los resultados obtenidos. Por dicha razón, se centra esta sección de conclusiones en una inducción a esta nueva fase de construcción y sometimiento a prueba del PEMA, a partir de un manejo coherente de las variables psicosociales y de los procesos de cambio que plantea el MTT.

De acuerdo con el MTT, los *procesos* constituyen la auténtica variable independiente, responsable del movimiento del comportamiento en uno u otro sentido. En la búsqueda de explicaciones acerca de una estructura subyacente al cambio voluntario, ya sea espontáneo o dirigido, los autores del MTT postularon algunos principios básicos acerca de esa estructura, principios que empiezan a valorarse como un auténtico paradigma acerca del cambio (Prochaska & Cols., 1994).

La meta de la línea de investigación del CEIAV-UCC a la que corresponde el presente estudio ha sido la de construir el PEMA según una estructura coherente con los planteamientos del MTT. Esto es, proceder haciendo primero una evaluación de etapas, reuniendo luego a los sujetos en subgrupos de trabajo según la etapa en que se ubiquen, y privilegiando los procesos experienciales en el trabajo con las etapas más atrasadas (precontemplación y contemplación), así

como los procesos conductuales en las etapas más avanzadas (preparación, acción, mantenimiento).

Para finalizar esta discusión, se considera oportuno hacer algunas precisiones acerca de la forma en que se puede lograr la mejor integración del *CEMA* al *PEMA*.

El *CEMA* es una batería de pruebas dirigida a evaluar los principales constructos del MTT en su aplicación a la modificación del consumo abusivo de alcohol. Incorpora escalas para la evaluación de: a) las etapas; b) el abuso de alcohol; c) la disponibilidad al cambio; d) el balance decisional; e) las tentaciones; f) la autoeficacia; y, g) los procesos de cambio.

¿Cuál es la mejor forma como se puede integrar el *CEMA* al *PEMA*? En la experiencia acumulada hasta la fecha, la ya referenciada y la que se realiza actualmente, se ha observado que el *CEMA* debe aplicarse por partes, no sólo debido a razones de extensión de la batería, sino también para que sirva al propósito de favorecer los procesos de cambio y los principios rectores del MTT. Una secuencia de aplicación recomendable es la siguiente:

1. Aplicación inicial de la escala para clasificar a los sujetos en etapas. Esta aplicación permite obtener la información requerida para la conformación de subgrupos, o, simplemente, para obtener la línea basal sobre la ubicación de los sujetos en las diversas etapas. La aplicación sucesiva de esta escala debe hacerse, como mínimo, en el intermedio y al finalizar el *PEMA*, con el fin de ponderar su impacto como motor para la progresión de etapas. La información aportada por esta escala también permite determinar algunas características del consumo, en especial su frecuencia.

2. Aplicación de las escalas de procesos de cambio y de disponibilidad al cambio, antes y después de implementar el *PEMA*. Estos datos permiten hacer una ponderación acerca del impacto del *PEMA* como medio para favorecer los procesos de cambio propuestos por el MTT.

3. La escala de abuso se puede utilizar como parte del procedimiento para seleccionar a los sujetos que van a incluirse en el programa, y en las fases iniciales de la intervención, cuando el propósito es favorecer la toma de conciencia acerca del problema, clarificar los riesgos reales que se aplican a la persona en particular, y suministrar información acerca de los principales factores que se deben tomar en cuenta para calibrar el efecto potencial de la bebida alcohólica.

Una justificación importante para haber incluido la escala de abuso se relaciona con la recomendación de implementar el *PEMA* como un programa de prevención secundaria, con sujetos que presentan niveles medios o superiores de abuso en el consumo de alcohol. Aunque puede ser cuestionable el criterio poblacional frente a un criterio clínico para definir cuándo está presente el abuso, parece ser el más utilizable al momento de hacer aplicaciones masivas del programa, cuando otros procedimientos de análisis individual resultarían costosos en exceso.

Cuando el propósito específico sea favorecer la autoidentificación con los riesgos y la toma de conciencia por parte del sujeto acerca de las manifestaciones y de los problemas asociados al abuso, podría ser más conveniente utilizar dentro del taller una prueba más amplia, como el CEAL (Briñez, 2001), el cual tiene escalas indicadoras del nivel de desarrollo de los problemas generados por la intoxicación aguda por alcohol:

alteraciones motoras, alteraciones emocionales, alteraciones del estado de conciencia, alteraciones fisiológicas, alteraciones cognitivas, alteraciones de la vida familiar, alteraciones de la vida laboral o estudiantil, conductas de alto riesgo, craving, tolerancia, pérdida del autocontrol, y síndrome de retiro.

4. Aplicación de las escalas de balance decisional, tentaciones, y autoeficacia en fases avanzadas de la intervención, cuando se busque favorecer la adopción de compromisos de cambio. Para el logro de este propósito se pueden utilizar también dentro del taller otras pruebas más amplias, como el ISCA y el CCS (Ayala & Cols., 1998).

Por último, no debe olvidarse que el PEMA se propone como un plan de prevención del consumo abusivo, no como un plan de rehabilitación para personas con dependencia del alcohol. Esto es, se dirige a sujetos con indicios de un “consumo de riesgo” o de un “consumo perjudicial”; no a “bebedores sociales”, ni a sujetos “dependientes” del alcohol. Por esa razón resulta recomendable que en el proceso de selección de sujetos se tomen en cuenta los datos de escalas breves que sirven al efecto de detectar esa dependencia, tales como el CAGE (Chan, 1994), el Cuestionario de Identificaciones Diagnósticas –CID- (González-Menéndez, 1992), o la Breve Escala de Dependencia al Alcohol –BEDA- (Ayala & Cols., 1998). Cuando la persona presenta niveles medios o moderados de dependencia, es recomendable remitirla a intervenciones más individualizadas, que utilizan otros recursos adicionales, aunque se fundamentan también en la teoría del aprendizaje social, como la intervención breve para personas con problemas en el consumo de bebidas (Ayala & Cols., 1998).

REFERENCIAS

- Ayala, H.E., Cárdenas, G., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Briñez, J.A. (1998) Diseño y validación de un cuestionario para evaluar problemas asociados al consumo de alcohol. *Investigación Docente Inédita*. Bogotá: Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia.
- Briñez, J.A. (2001). Cuestionario para evaluar el nivel de desarrollo de los problemas asociados al consumo de alcohol (CEAL). *Acta Colombiana de Psicología*, 5, 63-85.
- Conner, M. & Sparks, P. (1995). The theory of planned behaviour and health behaviours. En: M. Conner & P. Norman (Eds.) *Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press, pgs. 121-162.
- CPRC. Alcohol: Alcohol Temptations. <http://www.uri.edu/research/cprc/Measures/Alcohol08.htm>
- CPRC. Alcohol: Decisional Balance. <http://www.uri.edu/research/cprc/Measures/Alcohol03.htm>
- CPRC. Alcohol: Processes of Change. <http://www.uri.edu/research/cprc/Measures/Alcohol06.htm>
- CPRC. Alcohol: Self-Efficacy. <http://www.uri.edu/research/cprc/Measures/Alcohol05.htm>
- CPRC. Detailed Overview of the Transtheoretical Model. <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>
- Chan, A.W. (1994). Detection by the CAGE of alcoholism or heavy drinking in primary care outpatients and the general population. *Journal of Substances Abuse*, 6(2), 123-135.
- Flórez-Alarcón, L. (2000a). El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18, 13-22.

- Flórez-Alarcón, L. (2000b). Análisis del consumo de alcohol, con fundamento en el modelo transteórico, en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 4, 79-98.
- Flórez-Alarcón, L. (2001a). Baremación preliminar de un cuestionario para la modificación del consumo de alcohol, elaborado con fundamento en el modelo transteórico. *Acta Colombiana de Psicología*, 5, 99-122.
- Flórez-Alarcón, L. (2001b). Clasificación de estudiantes universitarios bogotanos consumidores de alcohol en etapas conforme al modelo transteórico. *Adicciones*, 13(2), 199-209.
- Flórez-Alarcón, L. (2001c). Diseño e instrumentación de un programa basado en el modelo transteórico para la modificación del consumo abusivo de alcohol en estudiantes de secundaria. *Psicología y Salud*, 11(1), 99-111.
- González-Menéndez, R. (1992). El cuestionario de indicadores diagnóstico (CID) en la detección de morbilidad alcohólica adulta. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 33(1), 7-12.
- Muracén, I., Martínez, A., Aguilar, J. & González, M. (2001). Pesquisaje de alcoholismo en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(1), 62-67. Reproducido en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_1_01/mgi09101.htm
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books.
- Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: M.C. Brugué & M. Gossop (Eds.) *Tratamientos Psicológicos en Drogo-dependencias: Recaida y Prevención de Recaidas*. Barcelona: Ediciones Neurociencias, pgs. 85-136.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, Ch., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenbloom, D. & Rossi, S.R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.
- Rodríguez, E. (1997). *Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 1996*. Bogotá: Editorial Carrera 7ª.
- RUMBOS/OCCSP. Consolidado nacional: Resultados de la encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años, 2001. <http://www.occsp.gov.co/resultados.htm>
- URICA. University of Rhode Island Change Assessment. <http://views.vcu.edu/vattc/urica.html>

Recibido, enero 30/2003

Revisión recibida, marzo 5/2003

Aceptado, marzo 15/2003