

*BAREMACIÓN PRELIMINAR DE UN CUESTIONARIO PARA LA MODIFICACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, ELABORADO CON FUNDAMENTO EN EL MODELO TRANSTEÓRICO**

LUIS FLÓREZ-ALARCÓN**

CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES SOBRE ADICCIONES Y VIOLENCIA (CEIAV)
UNIVERSIDAD CATOLICA DE COLOMBIA

The Stages Questionnaire for Alcohol Consumption (*CEMA*) was designed and applied to 500 Bogotá university students for the evaluation of alcohol abuse, consumption temptation, self-efficacy, significance awarded to consumption and readiness to change, as well as some other criteria which allow subjects to be classified under any of the stages of the Transtheoretical Model (TTM). The purpose was to analyze the reliability and validity of the questionnaire, and to obtain its standards. We found that the various scales included in the questionnaire show good Cronbach reliability indexes. We also isolated the evaluating subfactors, after the main component analysis system, with Varimax rotation and Kaiser normalization, which determines their applicability, whether total or partial. For getting the scale standards, we used percentages, thus facilitating their comparison, since the number of items included is different in each case. We are submitting the standards related to each scale, on a global basis, as well as discriminated standards with regard to the gender. It is also suggested that a category system be used to allow in the future a qualitative interpretation of a subject's score, in any of the scales.

Key words: Alcohol abuse, stage model, transtheoretical model, CEMA

El Modelo Transteórico de Cambio (MTT) se viene aplicando de forma creciente a la estructuración de procedimientos dirigidos a la adquisición de hábitos que forman parte de lo que tradicionalmente se conoce como "estilo de vida saludable", o a la disminución de comportamientos contrarios a él, tales como el ejercicio, la nutrición, el consumo de sustancias, la práctica de mamografías, etc. (Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein,

Marcus, Rakowski, Fiore, Harlow, Redding, Rosenbloom & Rossi, 1994; Prochaska, 1994); también se empieza a aplicar exitosamente en experiencias comunitarias para la modificación de comportamientos que tradicionalmente no caen en este concepto de estilo de vida, tales como la agresión a la mujer (Brown, 1997) y la agresión a las mujeres por parte de sus cónyuges (Fawcett, Heise, Isita-Espejel & Pick, 1999).

* Investigación realizada con el apoyo del CEIAV, Universidad Católica de Colombia

** E-mail: luflorez@uolpremium.net.co

En Bogotá se han iniciado algunas experiencias de aplicación del MTT al control del tabaquismo (Sanabria, Alvarez, Hurtado & Trujillo, 2000), y al control del consumo abusivo de alcohol (Flórez-Alarcón, 2000a, 2001).

El concepto organizativo central del MTT es el de etapas de cambio, en las cuales se puede ubicar una persona en su camino hacia la adquisición o hacia la eliminación de un comportamiento (Prochaska & Prochaska, 1993); las variables independientes que incorpora el modelo son los procesos de cambio, diez en total, que se derivaron del análisis de diversos sistemas psicoterapéuticos (Prochaska, 1979; Prochaska & DiClemente, 1982). También propone una serie de mecanismos mediacionales de tipo psicosocial que influyen en la progresión del cambio y determinan que éste ocurra o no, tales como el balance decisional entre pros y contras del comportamiento, la autoeficacia, la motivación o tentaciones, las actitudes o importancia atribuida al comportamiento de que se trate, y las características de ese comportamiento en sí mismo. El análisis de las relaciones entre estos tres conjuntos de variables ha alcanzado un notable grado de avance (Velicer, Prochaska, Fava, Norman & Redding, 1998; CPRC: Transtheoretical Model).

El MTT ha sido objeto de diversos análisis. Algunos investigadores han encontrado que dentro de una etapa se pueden presentar diferencias de grado, lo cual representa una variedad de disponibilidad al cambio dentro de la misma (Dijkstra, Bakker & De Vries, 1997; Alvarez, Arboleada, Trujillo & Sanabria, 1988). También se ha criticado la falta de validez de los instrumentos, que pueden poseer algún grado de validez de contenido superficial, pero

que carecen de definiciones precisas, de normatividad psicométrica y de significación para algunos aspectos relevantes del problema que pretenden evaluar (Martin, Velicer & Fava, 1996). Esto hace indispensable que se evalúe con más precisión la disponibilidad al cambio y no sólo la ubicación global en una etapa de acuerdo con los postulados del modelo, a fin de poder asociar dicha disponibilidad con algunos procesos de cambio y con otros factores de tipo demográfico o psicosocial, como el balance decisional, la autoeficacia, la presencia de tentaciones, y el estilo de vida.

El control del tabaquismo es el campo donde mayor aplicación se ha realizado del MTT. Entre los fumadores, la etapa del MTT más frecuentemente encontrada es la de precontempladores, cuya cifra se calcula entre un 35% y un 70% (Dijkstra y Cols., 1997). Ello supone la necesidad de poner en práctica mayores esfuerzos para lograr el cambio, si se tiene en cuenta que éste es menos probable y la efectividad de las intervenciones son menores entre más lejos se encuentre el sujeto de la etapa de la acción. Debido a esto, los anteriores autores estimaron relevante preguntar su los fumadores precontempladores conforman un grupo homogéneo o si existen diferentes clases entre ellos. Para definir los subtipos, los investigadores tomaron tres constructos propios de la teoría del aprendizaje social de Bandura: expectativas de resultado, autoeficiencia percibida, e intenciones; estos constructos los tomaron debido a que se ha propuesto que los precontempladores realizan balances decisionales en los que predominan los pros sobre los contras del tabaquismo, además de que confían poco en su capacidad para persistir en caso de abandonar transitoriamente el cigarrillo. Los resultados del

estudio indicaron que dentro del grupo de fumadores que no planean dejar de fumar en los siguientes seis meses se pueden discriminar algunos subtipos basados en su percepción de los pros de dejar de fumar, distinguiéndose un grupo que se asimila más al de los contempladores, diferente a otro que se ha denominado “desmotivados”. Estos subtipos difirieron en las consideraciones sobre los contras del tabaquismo, que usualmente constituyen los argumentos que se aducen para motivar hacia el abandono del hábito, pero no se diferenciaron en sus percepciones acerca de los beneficios (pros) de fumar ni en la percepción de autoeficacia. De este estudio emerge la motivación hacia el cambio, y la base de argumentos cognoscitivos para promoverla, como variable central que determina la intención de cambiar, y la consecuente diferencia entre una y otra clase de precontempladores.

Los subtipos de clasificaciones se han estudiado no solo para las etapas sino también una investigación dirigida a clasificar los subtipos de motivación presentes en personas abusadoras de SPA hospitalizadas, con el fin de facilitar desarrollos de estrategias de intervención acordes con dichos subtipos. Para evaluar la motivación inherente en cada etapa del MTT, el autor utilizó la escala SOCRATES (Stages of Change and Treatment Eagerness Scale (con el objetivo concreto de observar en 165 Ss que estaban bajo tratamiento por abuso de sustancias (especialmente alcoholismo) si los ítems que evaluaban precontemplación y los que evaluaban preparación presentaban sus cargas factoriales sobre iguales o sobre diferen-

tes factores, o sobre el mismo factor pero en dirección opuesta. El análisis de las cargas factoriales indicó que la precontemplación y la preparación representan dos puntos terminales del mismo concepto: voluntad para admitir la presencia de un problema. Por otra parte, el análisis de conglomerados de los ítems que evaluaban contemplación, preparación y acción, condujo a la división de tres subgrupos de Ss: los desinteresados, los ambivalentes, y los activos.

El análisis de los perfiles de cambio, mediante seguimientos sostenidos en el tiempo a través de mediciones sucesivas en los Ss, también ha sido consistente en poner en evidencia la presencia de subgrupos respecto de la dinámica seguida por el cambio. Norman, Velicer, Fabva & Prochaska (1998) examinaron dicha dinámica en una muestra de 2088 fumadores, a los cuales clasificaron en alguna etapa del MTT a lo largo de 5 mediciones consecutivas practica-

dominio temporal. Las medidas que emplearon fueron una prueba breve de disponibilidad al cambio, una medida del balance decisional a través de 3 ítems, 9 ítems que evaluaban tentaciones situacionales, una prueba de 20 ítems para evaluar procesos experienciales y procesos conductuales, y otras medidas referentes al comportamiento tabáquico. Los resultados permitieron validar la presencia de cuatro perfiles evolutivos básicos: a) un perfil estable, en el que se ubicaron los Ss que tendían a permanecer en la misma etapa durante los dos años; b) un perfil progresivo, en el que se ubicaron los Ss que lograron avanzar por lo menos

una etapa; c) un perfil regresivo, correspondiente a los Ss que retrocedieron por lo menos una etapa, y d) un perfil vacilante, correspondiente a Ss que avanzaban y retrocedían, sin presentar un cambio neto al término de los dos años.

En un estudio acerca de las relaciones que existen entre los procesos de cambio y el balance decisional (pros menos contras) a lo largo de las cinco etapas para dejar de fumar, Pollark y Cols. (1998) sometieron a prueba la hipótesis acerca de la existencia de una predominancia causal específica para cada etapa entre los procesos y el balance. Para probarla evaluaron en dos momentos en el tiempo a una muestra de fumadores, de los cuales 200 se encontraban en la etapa de contemplación en ambos momentos, 79 eran exfumadores que se encontraban en la etapa de acción en ambos momentos, y 78 eran fumadores que empezaron en la etapa de contemplación y progresaron a la preparación (30) o a la acción (18) y fumadores que empezaron en la etapa de preparación y progresaron a la acción (30). El sistema de clasificación en etapas, asunto importante para los objetivos del presente estudio, consistía en un algoritmo similar al descrito por Green (1997). Para la evaluación de los procesos se utilizó un cuestionario elaborado por DiClemente & Prochaska (1985, citados por los autores), que tienen 20 ítems para procesos experienciales y 20 para procesos conductuales. El balance decisional se evaluó mediante un cuestionario que incluía 10 ítems con pros y 10 ítems con contras del tabaquismo. Los resultados del anterior estudio apuntan en un sentido favorable a la hipótesis en la etapa de contemplación, para la cual se observaron incrementos en los procesos experimentales, a causa de lo cual los contras de fumar gana-

ron valor, mientras que los pros perdieron. En esta etapa se presenta ambivalencia en las personas, pues aunque desean dejar de fumar no se encuentran completamente comprometidas con el cambio; su motivación hacia el cambio aumenta pues piensan frecuentemente en las consecuencias del hábito y eso les produce sentimientos negativos. Una implicación de este hallazgo es la importancia de diseñar intervenciones cuyo propósito sea motivar a las personas que se encuentran en la etapa de contemplación, focalizándose en el uso de procesos experimentales que aumenten el valor de los contras y disminuyan el de los pros.

El balance decisional no tuvo una relación de influencia causal sobre los procesos conductuales usados por los exfumadores en la etapa de acción. Esto se explica por el hecho de que estas personas ya han realizado el cambio conductual, razón por la cual su principal fuente de motivación y de fortalecimiento de su compromiso es el aumento de los procesos conductuales, y no el estado del balance entre pros y contras del tabaquismo.

Por otra parte, el balance decisional sí influye causalmente sobre los procesos en las personas que se encuentran en camino a la acción, observándose en el inicio de esta etapa en coincidencia con el momento en que los contras de fumar llegan a convertirse en más importantes que los pros.

Otro estudio dirigido a investigar la asociación entre el balance decisional y la etapa de cambio, esta vez para el alcoholismo, fue el de Migneault, Pallonen & Velicer (1997), quienes administraron a 853 adolescentes estudiantes de secundaria una pequeña escala de 5 ítems para clasificarlos en alguna de las etapas del MTT con respecto al consumo de alcohol, siguiendo el algoritmo ya descrito antes, y una escala de 16

ítems para evaluar el balance decisional. La escala de balance decisional se construyó de tal manera que tomara en cuenta los pros y los contras del consumo a través de 4 categorías: a) efectos positivos y negativos del alcohol sobre las habilidades de la persona, incluyendo las habilidades cognitivas; b) aspectos emocionales positivos y negativos del alcohol, c) efectos positivos y negativos del alcohol sobre las relaciones interpersonales; d) pros y contras prácticos del consumo de alcohol, incluyendo sus efectos sobre la salud. Los resultados pusieron de manifiesto que la mayoría de estudiantes adolescentes consumidores de alcohol, aproximadamente un 66%, se ubicaban en la etapa de precontemplación o de mantenimiento, y la minoría en las de preparación y acción, lo que sugiere un movimiento progresivo rápido en el nivel de consumo de los jóvenes, hallazgo similar al realizado en otros estudios con estudiantes de nivel superior. La relación entre el balance decisional y las escalas estuvo conforme a los hallazgos previos, algunos ya mencionados en esta revisión, con la signación de un mayor valor a los pros de dejar de consumir y menor valor a los contras coincidiendo con el cambio de la preparación a la acción.

Esta asociación sistemática entre balance decisional y etapas de cambio se ha probado empíricamente para diversas conductas como dejar de fumar, dejar de consumir cocaína, controlar el peso, consumir menos grasas, disminuir el comportamiento delincuente en adolescentes, sexo seguro, uso de condón, disminución de exposición a rayos solares, control de gas radón en las residencias, práctica del ejercicio, realización de mamografías, y prácticas médicas preventivas en fumadores (Prochaska y Cols., 1994). En el análisis se ha observado que los dos

factores básicos del balance decisional son los pros y los contras del comportamiento que se trate. Los contras que modifican el comportamiento siempre han superado a los pros en Ss que se encuentran en la fase de precontemplación. Lo opuesto sucede en la fase de acción, con la única excepción del consumo de cocaína, esto quizá en razón de que los consumidores de cocaína llegan a la acción de manera obligada por encontrarse internos en un centro de rehabilitación, más que por una toma de decisiones.

En la mayoría de comportamientos, el cruce entre pros y contras se produce en la etapa de la contemplación, menos para el ejercicio que se produce en la preparación, y para el comportamiento delincuencial, la exposición a rayos solares, el consumo de dietas altas en grasas, y la práctica de mamografías, que se produce en la etapa de acción.

Flórez-Alarcón (2000b) considera que una posible limitación que ha disminuido el impacto de los programas de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades es la ausencia de conceptualización y consideración práctica de las variables psicosociales incluidas en estos procesos. Igualmente propone como un beneficio de los modelos de etapas, entre ellos el MTT, el hecho de que dan importancia diferencial a estas variables, al incorporarlas de manera específica en una u otra etapa del cambio. También resalta que estos modelos implican la evaluación objetiva de dichos procesos psicosociales.

En un reporte anterior al presente (Flórez-Alarcón, 2000a) se presentaron algunas características sociodemográficas y psicosociales, particularmente características del consumo, clasificación de etapas y balances decisionales, de una muestra de

estudiantes universitarios bogotanos consumidores de alcohol; el objetivo específico del presente estudio es reportar la baremación de las escalas de abuso, disponibilidad al cambio, importancia atribuida al consumo, tentaciones para consumir, y autoeficacia, resultantes de la aplicación del CEMA a la misma muestra no probabilística de estudiantes de universidades ubicadas predominantemente en la localidad de Chapinero de Bogotá. Esta precisión en el análisis conceptual de las variables mencionadas, y el incremento operacional para su medición e interpretación objetivas, redundará en una mayor posibilidad para la aplicación eficaz del MTT en las labores de promoción y prevención, particularmente en la prevención del consumo abusivo de alcohol.

MÉTODO

Diseño

Se siguió un diseño transeccional descriptivo cuya lógica se explicó en el reporte anterior (Flórez-Alarcón, 2000a).

Sujetos

El CEMA se aplicó a 488 estudiantes universitarios; el muestreo fue de tipo no probabilístico. La selección de los sujetos se hizo especialmente en áreas de mayor accesibilidad, específicamente en la localidad de Chapinero en Bogotá D.C.

Instrumentos

El Cuestionario de Etapas para la Modificación del Consumo de Alcohol (CEMA), consta de 117 ítems que se presentan en el Anexo 1, los cuales evalúan:

- Los aspectos sociodemográficos (5 ítems).

- Las características del consumo (5 ítems).

- El balance decisional (7 ítems).

- La ubicación en una etapa del modelo transteórico (2 ítems), evaluada a partir de la temporalidad con la que el sujeto se propone modificar el consumo.

- El abuso (45 ítems); esta escala se construyó a partir de otra elaborada en Bogotá por Briñez (1998).

- La importancia atribuida al consumo (18 ítems); evalúa las actitudes de los consumidores, que reflejan sus creencias en relación con los efectos del alcohol sobre las emociones, sobre la socialización, sobre la autoevaluación, y sobre la heteroevaluación. Se construyó a partir de la propuesta de Binion & Cols. (1988, citados por Morales & Villegas, 1992), cuyos ítems sobre facilitadores situacionales y justificaciones cognoscitivas para el consumo de alcohol en jóvenes se retomaron en un estudio previo, realizado por los autores citados, con estudiantes universitarios en Bogotá.

- La disponibilidad al cambio (10 ítems); evalúa el nivel de compromiso del sujeto para abandonar el consumo, y se construyó tomando algunos ítems de la escala URICA (1998).

- Las tentaciones para consumir (18 ítems); se refieren a las situaciones en las que se incrementa la probabilidad del consumo, tales como los mismos estados de abuso y dependencia, las situaciones sociales, las situaciones de demanda afectiva y las situaciones de estrés, ocio y problema. Se elaboró a partir de la propuesta de Forsyth & Hundleby (1987, citados por Morales & Villegas, 1992).

- La autoeficacia (7 ítems); evalúa las actitudes del sujeto frente a sí mismo en relación con sus capacidades para afrontar

las tentaciones a consumir. Esta escala se construyó a partir de la adaptación española de la escala General de Autoeficacia, elaborada por Babler, Schwarzer & Jerusalem (1993).

Procedimiento

Adaptación del instrumento: se hizo a partir del análisis conceptual de los instrumentos reseñados antes, con lo cual se llegó a la versión inicial del *CEMA*.

Análisis de la validez de contenido: el *CEMA* fue revisado por dos jurados de una investigación docente paralela a la que aquí se reseña, uno experto en temas de consumo de alcohol y el otro en temas referentes al MTT, quienes conceptualizaron sobre la pertinencia de los ítems y su correspondencia con las escalas a las que pertenecían; esta revisión condujo a la corrección de inconvenientes de redacción y a la introducción de modificaciones en el sentido sugerido por los jurados.

Pilotaje del instrumento: el *CEMA* se aplicó a una muestra de 30 estudiantes de las diversas Facultades de la Universidad Católica de Colombia (UCC), a los que se les pidió en la cafetería su colaboración para dicho propósito. Esta aplicación permitió establecer que el instrumento era comprensible y que la principal dificultad radicaba en su extensión, por lo cual surgió la necesidad de motivar a los sujetos especialmente mientras contestaban la prueba a fin de que no abandonaran la tarea y la completaran hasta el final.

Fase de campo: se le administró el *CEMA* a 500 Ss consumidores de licor, de

todos los semestres, carreras y jornadas, provenientes de universidades públicas y privadas de Bogotá; se descartaron 12 por ausencia de datos importantes. La aplicación la hizo un estudiante de 10° semestre de psicología de la UCC, a quien se entrenó para este propósito¹. El sitio preferencial de aplicación fue en las cafeterías de las universidades. La instrucción inicial fundamental era que el cuestionario debía contestarlo el estudiante solamente si consumía bebidas alcohólicas.

RESULTADOS

Es importante que el lector acuda al reporte anterior del presente estudio (Flórez-Alarcón, 2000a) para consultar los datos sociodemográficos y otras características psicosociales del grupo de sujetos encuestados. Aquí se reportarán resultados referentes a la confiabilidad y validez del instrumento, así como sus baremos preliminares.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

La confiabilidad de cada una de las escalas comprendidas en el *CEMA* se obtuvo mediante los coeficientes Alpha de Cronbach. La validez de constructo se obtuvo mediante análisis factorial, utilizando el sistema de análisis de componentes principales con rotación varimax y normalización Kaiser. Los factores obtenidos inicialmente para explicar más del 50% de la varianza se fueron reuniendo escalonada-

¹ El autor agradece la colaboración de Elkin Abril, estudiante de 10°. Semestre de psicología en la UCC.

mente, hasta llegar a dos factores en cada escala. El criterio para incluir algún ítem en uno u otro factor fue que su carga factorial tuviera un valor igual o mayor a 0.40.

La escala de abuso presentó un coeficiente alpha de 0.93. El análisis factorial arrojó la presencia de dos factores: uno de abuso como tal, y otro de dependencia.

El factor abuso está evaluado por los ítems 45, 47, 48, 50, 52, 54, 57, 60, 62, 63, 67, 69, 71, 75, 80, 82, 85, 88, 92, 95, 98, 100, 104, 107, 111, y 113. El coeficiente de confiabilidad para esta subescala es $\text{Alpha} = 0.93$.

El factor dependencia está evaluado por los ítems 20, 22, 24, 28, 30, 32, 34, 36, 38, 41, 61, 75, 97, 102, 106, 109, 110, 114, y 116. El coeficiente de confiabilidad para esta subescala es $\text{Alpha} = 0.84$.

La escala de importancia atribuida al consumo presenta un coeficiente alpha de 0.82. El análisis factorial arrojó la presencia de dos factores: El primero se refiere a los argumentos mixtos de importancia sobre el consumo, junto con otros argumentos que reflejan algo de abuso; este factor abarca los ítems 44, 55, 56, 64, 68, 73, 81, 87, y 94. El índice de confiabilidad Alpha de esta subescala es de 0.77.

El segundo se refiere a los factores personales para justificar el consumo, incluida la inconciencia sobre los peligros potenciales; este factor abarca los ítems 23, 26, 31, 33, 39, 91, 115, y 117. Si elimina el ítem 112 de esta subescala, se obtiene un índice de confiabilidad Alpha de 0.72, superior al que se obtiene en caso de incluir dicho ítem.

La escala de disponibilidad al cambio presenta un coeficiente alpha de 0.63. Sin embargo, si se elimina el ítem 90, que fue el único que se calificó a la inversa, el coeficiente aumenta a 0.76. En el anexo 1 ya se hace la corrección de este ítem, redactán-

dolo en forma positiva para facilitar su comprensión y evitar su calificación a la inversa.

El análisis factorial arroja la presencia de dos factores principales. Uno es la intención o deseo de abandonar el consumo; está constituido por los ítems 49, 77, 84 y 93. El otro se refiere al cambio real en la actualidad y está constituido por los ítems 25 y 37.

La escala de tentaciones para consumir presentó un alpha de 0.90. El análisis factorial condujo a la detección de dos factores principales. El primero es un factor relacionado con problemas, que hace referencia a la bebida cuando la persona afronta situaciones problema, estrés, u ocio; está compuesto por los ítems 53, 59, 66, 70, 79, 86, 99, y 105. El segundo es un factor relacionado con la bebida en situaciones sociales y está compuesto por los ítems 27, 40, 42, 46, 58, 62, 87, 89, y 94.

La escala de autoeficacia presentó un coeficiente alpha de 0.80 y está conformada por dos factores. El primero se refiere a la autoeficacia percibida para manejar dificultades o problemas, y está conformado por los ítems 37, 44, 51, 60, 69, y 75. El segundo se refiere a la autoeficacia percibida para movilizar recursos personales como esfuerzo, creatividad y persistencia que permitan resolver las dificultades; éste factor lo evalúan los ítems 21, 29, 35, y 43.

BAREMACIÓN

La baremación se obtuvo a partir de los puntajes porcentuales, con el fin de hacer comparables las cinco escalas y sus respectivos factores componentes, ya que cada una tiene diferente cantidad de ítems.

El puntaje porcentual indica el porcentaje de la variable correspondiente a un puntaje

bruto y se obtiene mediante una transformación que implica: 1) Restarle el número de ítems a la sumatoria (S) de los puntajes de los ítems incluidos en cada escala, esto es, $SX_i - n$, donde X_i es el puntaje obtenido en cada uno de los n ítems, y n es el número de ítems contestados por el sujeto. Este paso permite calibrar a cero una escala de calificación que inicialmente oscilaba entre 1 y 5. La fórmula es dinámica, ya que permite calibrar a cero cada sujeto en función del número de ítems que contestó y no, en general, del número de ítems incluido en la escala. 2) Multiplicar n por 4, que es el puntaje más elevado de un ítem después de hacer la calibración a cero. 3) Dividir la diferencia obtenida en el paso 1 por el producto obtenido en el paso 2, y multiplicar por 100 dicho cociente, lo cual arroja el puntaje porcentual final.

Esta fórmula, que constituye una transformación aritmética de los puntajes originales, permite interpretar el puntaje como un porcentaje de la escala en cuestión.

En la Tabla 1 se presentan los baremos obtenidos para cada escala en total y para cada uno de los factores que se detectaron en el análisis factorial reseñado antes. En la Tabla 2 se presentan los baremos analizados por género, dado que en todas las escalas, excepto en la de autoeficacia, esta diferencia fue significativa. Para la baremación se dividió la distribución de puntajes en 11 partes iguales; estas corresponden a los extremos inferior y superior (percentiles 5 y 95) y a los sectores intermedios inferiores y superiores de la distribución (percentiles 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, y 90).

Se puede apreciar en la Tabla 1 que los promedios fueron relativamente bajos en todas las escalas, excepto en la de autoeficacia que fue en la única que se observaron promedios superiores a 50; en las demás éstos se ubicaron por debajo de 30. La varia-

bilidad fue bastante elevada en todas las escalas, lo cual se traduce en la presencia de desviaciones estándar altas. Este efecto se debe parcialmente a la transformación de los puntajes brutos a puntajes porcentuales, lo cual hace que la varianza aumente de tamaño.

Para hacer más comprensible el resultado, se presenta una interpretación cualitativa mediante la división de los puntajes en siete categorías: 1) *Inferior*, puntajes inferiores al del percentil 5. 2) *Baja*, puntajes ubicados entre los percentiles 10 y 20. 3) *Media baja*, puntajes ubicados entre los percentiles 30 y 40. 4) *Media*, puntajes ubicados sobre el percentil 50. 5) *Media alta*, puntajes ubicados entre los percentiles 60 y 70. 6) *Alta*, puntajes ubicados entre los percentiles 80 y 90. 7) *Superior*, puntajes ubicados por encima del percentil 95. Esta distribución de categorías se presenta para todas las escalas y sus factores en la Tabla 3, y para la distribución por géneros en la tabla 4.

DISCUSIÓN

Todas las escalas incluidas en el CEMA resultaron muy confiables, con elevados coeficientes Alpha. Este hecho se deriva de su fundamentación en escalas anteriores ya probadas y en el cuidadoso procedimiento de adaptación seguido, en el cual participaron con su aporte profesionales con experiencia en el campo.

El análisis factorial al que se sometieron las diversas escalas arrojó como resultado la presencia de factores componentes muy similares a los incluidos en las escalas originales a partir de las cuales se construyó el CEMA. Todas las subescalas para evaluar estos factores arrojaron también buenos índices de confiabilidad.

Tabla 1. Baremos de las escalas incluidas en el CEMA (Puntajes Porcentuales)

PERCENTIL	ABUSO			IMPORTANCIA ATRIBUIDA AL CONSUMO			DISPONIBILIDAD AL CAMBIO			TENTACIONES PARA CONSUMIR			AUTOEFICACIA		
	Total	Abuso	Depend	Total	Personal	Mixta	Total	Cambio	Intenc	Total	Problem	Social	Total	Dificul	Moviliz
5	3	0	3	4	0	0	14	0	0	3	0	5	15	8	6
10	4	1	7	7	6	3	14	0	0	6	0	10	22	20	12
20	9	4	13	12	11	6	14	0	0	11	0	15	35	33	30
30	12	7	16	15	17	11	21	0	0	18	3	25	45	46	37
40	15	10	20	19	22	17	25	12	6	25	9	31	52	54	50
50	18	12	24	22	25	19	30	25	19	29	16	37	60	62	50
60	21	17	28	26	26	25	36	37	25	35	22	42	65	71	59
70	25	21	32	31	36	28	40	50	31	40	28	50	70	75	69
80	31	27	38	36	39	36	50	50	44	47	41	60	75	83	75
90	41	39	49	43	47	47	61	75	62	58	53	67	82	92	81
95	50	50	55	54	57	58	70	87	75	69	67	77	87	100	87
Media	20.79	17.06	25.84	24.68	26.62	22.74	33.50	30.12	23.89	30.83	21.59	38.23	55.75	58.71	51.32
D.E.	14.46	15.99	15.99	15.03	16.76	17.89	18.25	29.16	25.10	19.95	21.81	22.36	22.31	26.85	24.89

ESCALA
ESCALA
ABUSO

FACTORES
FACTORES
Abuso
Dependencia (**Depend**)

IMPORTANCIA ATRIBUIDA AL CONSUMO

Razones personales (**Personal**)
Razones mixtas (**Mixta**)

DISPONIBILIDAD AL CAMBIO

Cambio real (**Cambio**)
Intenciones de cambio (**Intec**)

TENTACIONES PARA CONSUMIR

Ante situaciones problema (**Problem**)
En situaciones sociales (**Social**)

AUTOEFICACIA

Percibida ante situaciones difíciles (**Dificul**)
Capacidad percibida para movilizar recursos personales (**Moviliz**).

Tabla 2. Baremos, según género, de las escalas incluidas en el CEMA (Puntajes Porcentuales)

PERCENTIL	ABUSO			IMPORTANCIA ATRIBUIDA AL CONSUMO			DISPONIBILIDAD AL CAMBIO			TENTACIONES PARA CONSUMIR			AUTOEFICACIA		
	Total	Hom	Muj	Total	Hom	Muj	Total	Hom	Muj	Total	Hom	Muj	Total	Hom	Muj
5	3	3	0	4	6	1	14	14	14	3	6	3	15	12	15
10	4	6	0	7	10	6	14	14	14	6	9	4	22	20	22
20	9	10	2	12	15	10	14	18	14	11	15	7	35	37	32
30	12	14	10	15	19	12	21	25	18	18	23	14	45	45	45
40	15	17	13	19	22	15	25	29	21	25	28	19	52	55	52
50	18	21	16	22	25	18	30	36	25	29	33	25	60	60	57
60	21	23	19	26	29	23	36	39	32	35	39	31	65	65	65
70	25	28	23	31	33	28	40	46	36	40	43	36	70	72	70
80	31	33	28	36	38	33	50	54	43	47	50	44	75	77	75
90	41	44	36	43	51	41	61	68	51	58	59	57	82	82	82
95	50	54	47	54	58	46	70	73	61	69	71	67	87	86	87
Media	20.79	22.98	18.47	24.68	27.78	21.40	33.50	37.18	29.60	30.83	33.90	27.58	55.75	56.32	55.14
D.E.	14.46	15.15	13.32	15.03	15.34	13.98	18.25	19.13	16.43	19.95	19.38	20.07	22.31	22.39	22.27

Tabla 3. Categorización de las escalas incluidas en el CEMA, según baremación (Puntajes Porcentuales)

CATEGORIA	ABUSO			IMPORTANCIA ATRIBUIDA AL CONSUMO			DISPONIBILIDAD AL CAMBIO			TENTACIONES PARA CONSUMIR			AUTOEFICACIA		
	Total	Abuso	Depend	Total	Personal	Mixta	Total	Cambio	Intenc	Total	Problem	Social	Total	Dificul	Moviliz
Inferior	0-3	0	0-6	0-6	0-5	0-2	0-13	0	0	0-5	0	0-9	0-21	0-19	0-11
Baja	4-11	1-6	7-15	7-14	6-16	3-10	14-20	0	0	6-17	1-2	10-24	22-44	20-45	12-36
Media baja	12-17	7-11	16-23	15-21	17-24	11-18	21-29	1-24	1-18	18-28	3-15	25-36	45-59	46-61	37-49
Media	18-20	12-16	24-27	22-25	25	19-24	30-35	25-36	19-24	29-34	16-21	37-41	60-64	62-70	50-58
Media alta	21-30	17-26	28-37	26-35	26-38	25-35	36-49	37-49	25-43	35-46	22-40	42-59	65-74	71-82	59-74
Alta	31-49	27-49	38-54	36-53	39-56	36-57	50-69	50-86	44-74	47-68	41-66	60-76	75-86	83-99	75-86
Superior	>49	>49	>54	>53	>56	>57	>69	>86	>74	>68	>66	>76	>86	100	>86
Media	20.79	17.06	17.06	24.68	26.62	22.74	33.50	30.12	23.89	30.83	21.59	38.23	55.75	58.71	51.32
D.E.	14.46	15.99	15.99	15.03	16.76	17.89	18.25	29.16	25.10	19.95	21.81	22.36	22.31	26.85	24.89

Tabla 4. Categorización de las escalas incluidas en el CEMA, según baremación y según género (Puntajes Porcentuales)

CATEGORIA	ABUSO			IMPORTANCIA ATRIBUIDA AL CONSUMO			DISPONIBILIDAD AL CAMBIO			TENTACIONES PARA CONSUMIR			AUTOEFICACIA		
	Total	Hom	Muj	Total	Hom	Muj	Total	Hom	Muj	Total	Hom	Muj	Total	Hom	Muj
Inferior	0-3	0-5	0	0-6	0-9	0-5	0-14	0-14	0-14	0-5	0-8	0-3	0-21	0-19	0-21
Baja	4-11	6-13	1-9	7-14	10-18	6-11	15-20	15-24	15-17	6-17	9-22	4-13	22-44	20-44	22-44
Media baja	12-17	14-20	10-15	15-21	19-24	12-17	21-29	25-35	18-24	18-28	23-32	14-24	45-59	45-59	45-56
Media	18-20	21-22	16-18	22-25	25-28	18-22	30-35	36-38	25-31	29-34	33-38	25-30	60-64	60-64	57-64
Media alta	21-30	23-32	19-27	26-35	29-37	23-32	36-49	39-53	32-42	35-46	39-49	31-43	65-74	65-76	65-74
Alta	31-49	33-53	28-46	36-53	38-57	33-45	50-69	54-72	43-60	47-68	50-70	44-66	75-86	77-85	75-86
Superior	>49	>53	>46	>53	>57	>45	>69	>72	>60	>68	>70	>66	>86	>85	>86
Media	20.79	22.98	18.47	24.68	27.78	21.40	33.50	37.18	29.60	30.43	33.90	27.58	55.75	56.32	55.14
D.E.	14.46	15.15	13.32	15.03	15.34	13.98	18.25	19.13	16.43	19.95	19.38	20.07	22.31	22.39	22.27

La escala de abuso reflejó las diversas clases de alteraciones propias del abuso, la dependencia y la intoxicación que Briñez (1998) encontró mediante la aplicación del cuestionario de evaluación del alcoholismo (CEAL), los cuales pueden reducirse a dos factores principales: uno de abuso y otro de dependencia. En el caso presente resulta de la mayor importancia para hacer predicciones el puntaje en el factor abuso como tal, ya que ésta es la principal complicación que amenaza a los sujetos en la realidad, pues la presencia de dependencia es menor.

La importancia atribuida al consumo reflejó las diversas razones de tipo personal similares a los propuestos por Binion y Cols. (1988, citados por Morales & Villegas, 1992), entre los cuales sobresale la falta de conciencia acerca de las consecuencias del consumo que lleva a la persona a ignorar todas las advertencias de peligro. Esto justifica la importancia del incremento de la

conciencia y de la información en las primeras etapas de un proceso preventivo del abuso en el consumo de alcohol, tal como lo propone el MTT.

La escala de disponibilidad al cambio refleja dos indicadores distintos del proceso de cambio: uno que se refiere a los procesos motivacionales, de cambio de actitud y de toma de decisiones, que se fomenta mediante ejercicios que disminuyan el valor de los pros del consumo y aumenten el de los contras, para que el sujeto abandone o disminuya el consumo. El proceso de cambio para los sujetos que obtengan bajos puntajes en este componente de intenciones de cambio debe incorporar una alta dosis de procedimientos que impliquen el fomento de la auto-reevaluación, la auto-liberación y la liberación social, así como un fomento de la identificación personal frente a los riesgos con el fin de disminuir las inclinaciones a la invulnerabilidad percibida. Por otra parte,

la subescala de cambio real refleja más el grado en que el sujeto empieza a adentrarse en la acción conducente al cambio; los puntajes bajos en ella ponen de manifiesto la necesidad de implementar procesos de desarrollo del autocontrol personal que permitan poner en práctica proyectos o planes concretos de cambio.

Un bajo puntaje en disponibilidad al cambio, acompañado de altos puntajes en abuso, en dependencia, o en importancia atribuida al consumo, indica la necesidad de implementar procesos cognoscitivo-conductuales de desarrollo de la conciencia, apoyo social, autoliberación, liberación social, autocontrol, manejo de contingencias, liberación por dramatización, y contracondicionamiento que impidan el avance del abuso y su paso hacia la dependencia.

La escala de tentaciones para consumir pone de manifiesto la presencia de dos tipos de situaciones que incrementan la probabilidad del consumo, similares a las detectadas en los cuestionarios de facilitadores situacionales (Forsyth & Hundleby, 1987, citados por Morales & Villegas, 1992) y en el de razones para consumir drogas (Binion y Cols., 1988, citados por Morales & Villegas, 1992): una corresponde a las situaciones problema, que colocan al sujeto en situación de estrés, o situaciones de tensión emocional; otra corresponde a las situaciones sociales.

Los puntajes altos en tentaciones de tipo problema demandan la implementación de procedimientos de autocontrol emocional, de fomento de las habilidades sociales y de fomento de las habilidades para la solución de problemas. Los puntajes altos en la escala de consumo social demandan la implementación de procedimientos de autocontrol, control de estímulos y manejo de contingencias.

La autoeficacia se evaluó mediante una

prueba general que refleja las creencias de la persona en que sus acciones pueden modificar el curso de los acontecimientos y la confianza en poder llevar a cabo dichas acciones (Jerusalem & Schwarzer, 1981, citados por Babler, Schwarzer & Jerusalem, 1993), y no mediante una prueba específica que ponga de manifiesto esas creencias y esa confianza en torno a no llegar a abusar del consumo de bebidas. Este hecho explica que en la presente investigación no se hayan observado interacciones significativas de la autoeficacia con otras variables asociadas al consumo de alcohol. Para un futuro se sugiere adoptar preferencialmente otra escala de autoeficacia que refleje más las creencias de la persona para disminuir el consumo ante situaciones que representan motivaciones o tentaciones fuertes para ella.

La baremación del *CEMA* arrojó un resultado coherente con el hecho de haberse aplicado a una muestra de sujetos normales y no a una muestra de sujetos abusadores o dependientes. Por otra parte, al haberse realizado a partir de los puntajes porcentuales y no de los originales, además de facilitar la comparabilidad entre las diferentes escalas, incrementó el rango de variación de los sujetos, con márgenes entre 0 y 100, más adecuados para la baremación que los márgenes originales de 1 a 5.

En la mayoría de escalas y en sus subescalas componentes los promedios son relativamente bajos y las varianzas altas, por lo cual resultan fácilmente detectables tanto los casos que se ubican en márgenes de peligro, extremo superior, como los que se ubican en márgenes de seguridad, extremo inferior. Se proponen siete categorías clasificatorias para cada escala o subescala, discriminadas por género.

Las categorías "alta" y "muy alta" en las

diversas escalas, especialmente en la de abuso y en la de dependencia, indican la necesidad de implementar procedimientos de tratamiento que desarrollen los procesos de incremento de la conciencia, autoliberación, liberación social, alivio por dramatización, autocontrol, manejo de contingencias u otros que se deriven de un análisis detenido de la situación personal del consumidor, en formatos de intervención individual o grupal.

Las categorías "media" y "media alta" demandan la implementación de procedimientos de prevención en formatos de intervención social, dirigidos a modificar los diversos factores psicosociales de riesgo de la farmacodependencia (Amunátegui, 1997).

Las categorías "media baja" e inferiores, al igual que las anteriores, demandan la modificación de factores de riesgo psicosociales pero, sobre todo, el desarrollo de conocimientos y de actitudes que refuercen los contras del consumo, y de prácticas que refuercen los factores de protección presentes en alto grado en estos sujetos.

El perfil de puntajes de un individuo en las escalas de abuso, importancia atribuida al consumo, disponibilidad al cambio, y tentaciones para consumir, junto con la presencia o ausencia de una manifestación expresa de decisiones de disminución, la fortaleza de esa decisión, el tipo de consumo, y la etapa del MTT en que se ubique, constituyen un paquete de datos bastante fuerte para tomar decisiones dirigidas al tratamiento, en algunos casos, o, la mayoría de las veces, a la prevención del consumo de bebidas alcohólicas. La naturaleza de cada una de las escalas incluidas en este paquete, junto con la ubicación en una etapa, indican la necesidad de reforzar uno u otro de los diversos procesos de cambio sugeridos por el MTT.

Para realizar una baremación definitiva

de la escala es preciso aplicarla a una muestra probabilística y más heterogénea de estudiantes que los incluidos en el presente estudio. Para eso se sugiere hacer algunos ajustes, entre los cuales el más importante es determinar con mayor precisión el criterio para considerar a un consumidor como consumidor abusivo y no simplemente como consumidor social, para aplicar sobre dicho criterio el algoritmo de clasificación de etapas característico del MTT.

REFERENCIAS

- Amunátegui, L.F. (1997). Prevención del consumo de drogas en adolescentes. En: G. Buena-Casal, Fernández-Ríos, L.F. & Carrasco, T.J. (Eds.) *Psicología Preventiva*. Madrid: Pirámide, pgs.177-190.
- Babler, J.; Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1993). *Spanish adaptation of the general self-efficacy scale*. <http://www.yorku.ca/faculty/academics/schwarze/spanscal.htm>
- Briñez, A. (1998). Diseño y validación de un cuestionario para evaluar problemas asociados al consumo de alcohol. *Investigación Docente Inédita*. Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia, Santafé de Bogotá.
- Brown, J. (1997). Working toward freedom from violence. *Journal of Violence Against Women*, 3: 5-26.
- CPRC: *Transtheoretical Model*. www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm
- Dijkstra, A., Bakker, M. & De Vries, H. (1997). Subtypes within a sample of precontemplating smokers: A preliminary extension of the stages of change. *Addictive Behaviors*, 22(3):327-337.
- Fawcett, G.M., Heise, L.L., Isita-Espejel, L. & Pick, S. (1999). Changing community responses to wife abuse: A research and demonstration project in Iztacalco, Mexico. *American Psychologist*, 54(1): 41-49.

- Flórez-Alarcón, L. (2000a). Análisis del consumo de alcohol, con fundamento en el modelo transteórico, en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 4: 79-98.
- Flórez-Alarcón, L. (2000b). El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18: 13-22.
- Flórez-Alarcón, L. (2001). Diseño e implementación de un programa, elaborado conforme al modelo transteórico, para la modificación del consumo abusivo de alcohol en jóvenes estudiantes de secundaria. *Conferencia por Invitación*. I Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Universidad Veracruzana-ALAPSA, Veracruz (México), 25 de Mayo de 2.001. (*Psicología y Salud*, en prensa).
- Green, S.K. (1997). Stages of change theory. http://www.msstate.edu/skg1/States_of_Change_Theory/transtheoretical.html
- Isenhart, C.E. (1994). Motivational subtypes in an inpatients sample of substance abusers. *Addictive Behaviors*, 19(5):463-475.
- Martin, R.A., Velicer, W.F. & Fava, J.L. (1996). Latent transition analysis to the stages of change for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 21(1):67-80.
- Migneault, J.P., Pallonen, U.E. & Velicer, W.F. (1997). Decisional balance and stage of change for adolescent drinking. *Addictive Behaviors*. 22(3):339-351.
- Morales, A. & Villegas, C.E. (1992) Facilitadores situacionales, justificaciones cognoscitivas y variables demográficas asociadas a la ingestión de alcohol de los estudiantes de la Universidad Católica de Colombia: Estudio correlacional. *Tesis de Grado Inédita*. Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia, Santafé de Bogotá.
- Norman, G.J., Velicer, W.F., Fava, J.L. & Prochaska, J.O. (1998). Dynamic typology clustering within the stages of change for smoking cessation. *Addictive Behaviors*. 23(2):139-153.
- Pollak, K.I., Carbonari, J.P., DiClemente, C.C., Flores, Y. & Mullen, P.D. (1998).
- Prochaska, J.O. (1979). *Systems of Psychotherapy: a Transtheoretical Analysis*. Pacific, CA: Brooks-Cole.
- Prochaska, J.O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1)47-51.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3): 276-287.
- Prochaska, J.O & DiClemente, C.C. (1994). *The Transtheoretical Approach*. Malabar: Krieger Publishing Company.
- Prochaska, J.O & Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: M.C. Brugué & M. Gossop (Eds.). *Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias: 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.
- Sanabria, P., Alvarez, A., Hurtado, J. & Trujillo, J. (2000). Distribución de las etapas de cambio en estudiantes fumadores de la facultad de psicología de la pontificia Universidad Javeriana. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18: 107-133.
- URICA (1998). *University of Rhode Island Change Assessment Scale*. <http://www.RhodeIslandAssessmentScales...artments.html/psychology.html/change/Urica.htm>
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O, Fava, J.L., Norman, G.J. & Redding, C.A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the transtheoretical model of behavior change. *Homeostasis*, 38: 216-233.

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO DE LOS CONSUMIDORES DE ALCOHOL - CEMA -

FLÓREZ-ALARCÓN, L. (2.000)¹

El siguiente cuestionario forma parte de una investigación que se lleva a cabo en el campo de la psicología de la salud y tiene como objetivo evaluar los diferentes factores y variables que inciden sobre las personas que consumen alcohol. Esta informa-

ción es indispensable y de gran ayuda para planear acciones de prevención futuras. Agradecemos su colaboración al contestar estas preguntas. Sus respuestas serán absolutamente confidenciales y solo tendrán un uso estadístico.

CONTESTE EL CUESTIONARIO SOLAMENTE SI USTED CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS

1. Edad: _____ años cumplidos
2. Género: Masculino Femenino
3. Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Unión Libre
Separado(a)
4. Nivel Educativo: Semestre _____
5. Actividad Principal: Estudio Trabajo
6. De las siguientes alternativas cuál describe mejor la frecuencia con la que usted toma ::
 - a. 1 a 4 veces por semana _____
 - b. 5 o más veces por semana _____
 - c. 1 a 3 veces por mes _____

¹ Flórez, L. (2.000). Diseño, elaboración y análisis de un instrumento para la evaluación del consumo de alcohol, con fundamento en el modelo transteórico, en estudiantes universitarios. *Investigación Institucional*. Centro de Estudios e Investigaciones sobre Adicciones y Violencia. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.

- d. 1 a 5 veces por semestre _____
 e. Una vez al año _____

7. ¿Cuánto tiempo deja usted pasar usualmente desde el momento en que se despierta hasta beber el primer trago del día?

- Menos de 30 minutos
 De 30 a 60 minutos
 Más de 60 minutos

8. Indique con una "X" en la siguiente escala, qué tanto disfruta usted cada trago que bebe:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada

Mucho

9. ¿Qué edad tenía usted cuando comenzó a beber? _____ años

10. ¿Cuántos intentos previos ha realizado para dejar de beber? (SI NO HA REALIZADO NINGUNO MARQUE 00): _____ intentos

11. ¿Está pensando seriamente en disminuir la cantidad de tragos que normalmente bebe?

- Si
 No

12. Indique con una "X" en la siguiente escala, qué tanto desea disminuir actualmente el consumo de alcohol:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada

Mucho

13. Indique con una "X" en la siguiente escala, qué tan decidido está a disminuir el consumo de alcohol:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada

Mucho

14. ¿En los últimos 12 meses, dejó de beber a propósito (de manera intencional) por lo menos durante 24 horas?

- Si
 No

15. ¿Está pensado en dejar de beber definitivamente?

- Sí
 No

16. ¿Planea alguna forma para dejar de beber?

- Sí
 No

17. Si planea dejar de beber, esto será en:

- Un mes
 Seis meses
 Más de seis meses

18. Si planea dejar de beber, indique con una X qué tan decidido está de hacerlo:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada

Mucho

19. Indique con una "X" en la siguiente escala, qué tanto desea dejar de beber:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada

Mucho

Frente a cada una de las situaciones que se le presenten a continuación, utilice la escala de cinco puntos que se encuentra al frente, teniendo en cuenta que

- 1) Corresponde a "incorrecto" (NO se aplica a mi situación)
 2) "Apenas cierto" (Se aplica levemente a mi situación)
 3) "Algo cierto" (Se aplica medianamente a mi situación)
 4) "Cierto" (Con frecuencia se aplica a mi situación)
 5) "Muy cierto" (SIEMPRE se aplica a mi situación)

20. Cuando tomo, tengo dificultades para agarrar las cosas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. Permanezco más tiempo en el lugar donde acostumbro a tomar, aunque no tome

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. Consumir alcohol alivia la tensión

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24. Ahora puedo tomar más que en las tardes, sin emborracharme

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25. Estoy pensando seriamente en disminuir la cantidad de alcohol que normalmente consumo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
26. Soy tonto al ignorar las advertencias del consumo del alcohol

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
27. Al experimentar una crisis emocional, como un accidente o la muerte de un familiar me siento tentado a consumir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
28. Durante los últimos meses, en mi familia hemos tenido discusiones a causa de mi forma de beber

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
29. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
30. Cuando tomo me pongo discutidor

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
31. Mi hábito de consumir alcohol molesta a otros

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
32. De un tiempo para acá, cuando deseo tomar busco la manera de obtener la bebida como sea

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
33. Consumir alcohol me ayuda a concentrar y hacer mejor mis tareas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
34. Siento tantos deseos de tomar que lo haría si tuviera alguna bebida alcohólica cerca

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
35. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
36. Cuando no tomo me pongo ansioso o me muevo más

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
37. En los últimos 12 meses, dejo de consumir alcohol a propósito (de manera intencional) por lo menos durante un mes

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
38. Cuando tomo, tambaleo al caminar

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
39. Continuar consumiendo alcohol me hace sentir que estoy tomando mis propias decisiones

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
40. Con mis amigos en una fiesta me siento tentado a consumir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

57. Durante el último año he llegar tarde a mi trabajo o estudio a causa de mi bebida

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
58. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
59. Cuando me va mal académicamente me siento tentado a consumir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
60. Cuando tomo, pierdo el hilo de la conversación

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
61. Cuando tomo, río o lloro con facilidad

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
62. Durante los dos días en que no tomo, oigo, veo o siento personas o cosas que otros no sienten

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
63. Cuando tomo me pongo agresivo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
64. A mi familia y amigos les agrado más cuando estoy feliz consumiendo que cuando estoy mal por tratar de dejarlo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
65. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
66. Cuando no tengo nada más que hacer me siento tentado a consumir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
67. Mientras tomo pierdo momentáneamente la noción del lugar donde estoy

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
68. Me avergüenza tener que consumir alcohol

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
69. He convulsionado mientras tomaba o poco tiempo después

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
70. Al tener discusiones y conflictos con mi familia me siento tentado a consumir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
71. Cuando tomo digo cosas que después no recuerdo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
72. Al finalizar el período académico de clases me siento tentado a consumir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
73. Pienso que el alcohol intensifica mi actividad física y/o sexual

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

74. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre que debo hacer

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
75. Ultimamente, yo tomo cuando se me presenta la oportunidad

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
76. Cuando estoy feliz y celebrando me siento tentado a consumir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
77. Estoy pensando en dejar definitivamente de consumir alcohol

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
78. Durante los últimos meses he tenido accidentes con máquinas o carros, por manejarlos estando bajo efecto del alcohol

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
79. Al estar molesto(a) por algo o alguien me siento tentado a consumir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
80. He vomitado sangre mientras tomaba o poco tiempo después

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
81. Estoy más a gusto conmigo cuando consumo alcohol

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
82. Cuando estoy bajo los efectos del alcohol tengo que sostenerme para no caer

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
83. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
84. Actualmente planeo alguna forma para dejar de consumir alcohol

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
85. Durante los últimos meses ha habido en mi familia amenazas de abandono a causa de mi conducta de beber

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
86. Cuando las cosas me están saliendo mal me siento tentado a consumir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
87. Si trato de dejar de consumir alcohol me pondría irritable

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
88. Sudo más de lo acostumbrado poco después de que he dejado de tomar

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
89. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

90. He tenido éxito en mis esfuerzos por dejar de tomar

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
91. Consumir alcohol me relaja

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
92. Durante los últimos meses me han detenido por estar manejando carros o maquinas bajo efectos del alcohol

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
93. Planeo dejar de consumir alcohol y estoy decidido(a) a hacerlo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
94. Algunas personas que conozco piensan que no tengo el carácter para dejar de consumir alcohol

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
95. Durante los últimos meses me tenido problemas con la ley por acciones cometidas bajo efectos del alcohol

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
96. Al estar rodeado por personas cercanas que están consumiendo alcohol, como familiares (o) o amiga (o) me siento tentado a consumir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
97. Cuando tomo, siento que la cara se me enrojece

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
98. He perdido el sentido mientras tomaba o poco tiempo después

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
99. Al recibir una noticia agradable o desagradable que he estado esperando por largo tiempo me siento tentado a consumir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
100. Cuando tomo me enredo para hablar

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
101. Cuando nos reunimos con los amigos para celebrar la llegada de las vacaciones me siento tentado a consumir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
102. Antes tomaba en determinados lugares; ahora tomo en cualquier lugar

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
103. Cuando estoy en una reunión social en la cual se está brindando comida y bebida me siento tentado a consumir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
104. Siento que necesito tomar más alcohol u otras sustancias para poder dormir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
105. Cuando está ansioso o estresado me siento tentado a consumir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

106. Mi hábito de consumir alcohol afecta mi salud

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
107. Por beber, perdí mi trabajo o mi estudio durante los últimos meses

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
108. Cuando estamos viendo un evento deportivo con algunos amigos me siento tentado a consumir

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
109. Cuando tomo me pongo hablador y amigable

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
110. Francamente, cuando estoy tomando yo si me doy cuenta del daño que produce el alcohol; pero sigo tomando a pesar de ello

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
111. Mi forma de beber provocó que durante los últimos meses tuviera que irme de la casa

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
112. Personas cercanas a mi podrían sufrir si me enfermo por consumir alcohol

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
113. Durante los últimos meses fui suspendido de mi trabajo o estudio a causa de mi bebida

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
114. Ahora gasto más tiempo tomando del que pretendía gastar

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
115. Me gusta la imagen de un consumidor de alcohol

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
116. A causa de mi bebida, últimamente he descuidado mis relaciones con mis familiares

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
117. Consumir alcohol es placentero

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---