

*ANÁLISIS DEL CONSUMO DE ALCOHOL,
CON FUNDAMENTO EN EL MODELO TRANSTEÓRICO,
EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS*

LUIS FLÓREZ ALARCÓN*

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

This research was made based on the application of an instrument to evaluate the present condition and how to change alcoholic consumption habits (*CEMA*) with a sample of 488 university students proceeding from Social and Human Sciences, Engineering and Architecture in private universities, most of them located in the Chapinero neighborhood of Bogotá. Among the socio-demographic aspects evaluated by *CEMA*, there were of special interest the sex and location of the student, within a given initial (1st to 6th) or final (7th to 11th) semester of the career, with such variables interacting with other scale points, such as motivation and decisional balances. In general, men reach higher scales than women, in all of the areas, and students in the lower grades tend to show a significant higher number of points than those in the more advanced semesters. Type was the most important of the consumption characteristics, leading us to classify the subjects as weak, medium or strong consumers. *CEMA* evaluated the presence of the decision for a change and how strong such decisions were. On the other hand, this evaluation allowed us to classify the students under any of the stages of the transtheoretical model (TTM), based on the subject's proposed transitoriness to set in motion his/her move towards consumption reduction. Most students fell under the pre-contemplation and contemplation stages, while the minority of them fell under the preparation stage. It was found that decisional balances, as well as the strength of the change decisions, vary significantly with the TTM stage where the subject is classified. Some interactions among the abuse, readiness to change, consumption temptation, importance given to consumption and self-efficacy are analyzed and evaluated by *CEMA*, along with other variables such as the subject's decisional balances, consumption type, sex and semester.

Key words: alcoholism, stage models, transtheoretical model, university students.

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en Colombia, tanto las legales como las ilegales, ha venido incrementándose o permanece en niveles aún muy elevados en los últimos años, tal como lo ponen en evidencia diversos estudios epidemiológicos (Rodríguez, 1.997). Esto sucede a pesar de que las autoridades sanitarias también

han incrementado los esfuerzos preventivos y educacionales para que se reduzca la demanda de estas sustancias entre la población. En esta investigación se desea subrayar una hipótesis acerca de un aspecto que se considera crucial para el éxito de las acciones preventivas: los programas de prevención, para que sean efectivos, deben

* Director de la investigación. E-mail: luflorez@latino.net.co

estructurarse de una forma que garanticen el aprendizaje del autocontrol para que la persona modifique efectivamente los factores de riesgo a los que se haya expuesta. Se parte de que actualmente sí se realizan múltiples esfuerzos preventivos, sociales, institucionales e individuales, y de que la investigación epidemiológica ha permitido detectar factores de riesgo cruciales a los cuales van dirigidos estos esfuerzos. Surgen entonces algunas alternativas de análisis para explicar y mejorar la eficacia de estos esfuerzos preventivos:

Un primer aspecto se refiere al énfasis excesivo que los programas de prevención colocan sobre las acciones de suministro de conocimiento y de modificación de actitudes frente a las drogas, en detrimento de las acciones de capacitación para la práctica de comportamientos alternos a los factores de riesgo. Ese énfasis es una resultante directa de la amplia difusión de modelos cognitivo-sociales acerca de la adquisición del comportamiento preventivo, como el Modelo de Creencias en Salud (MCS) Modelo de Creencias en Salud (MCS) (Sheeran y Abraham, 1995) y la Teoría de la Acción Razonada (TAR) (Conner y Sparks, 1995), modelos que enfatizan más la fase motivacional, conducente a la intención de cambiar, que la fase volitiva del cambio, conducente a su planeación y ejecución.

Que se manifieste la intención del cambio no significa que se haga el cambio. Significa que se está en una fase motivacional, de disposición, pero que es preciso trascender a una fase volitiva, de acción (Conner y Norman, 1995). El paso de las etapas de motivación a las etapas de acción parece que queda mejor contemplado en los modelos teóricos de etapas acerca de la adquisición del comportamiento saludable, tales como el modelo teórico denominado

Proceso de Adopción de Precauciones-PAP (Weinstein, 1988) y el Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1994).

Los modelos de etapas caracterizan cada uno de los pasos o etapas que se dan en el proceso hacia la adquisición del comportamiento saludable, las barreras que deben superarse para proseguir de una etapa a la siguiente, y las acciones requeridas para superar dichas barreras. Por otra parte, facilitan la evaluación de la posición de entrada de una persona en relación con un determinado factor de riesgo, orientan hacia la secuenciación de los tratamientos y facilitan la conformación de grupos de personas que deben recibir tratamientos similares. Todo esto hace que las acciones preventivas realizadas sobre una base teórica de etapas resulten más eficientes que las realizadas a partir de modelos unilineales como el MCS y la TAR (Flórez, 1998; Weinstein, Rothman y Sutton, 1998).

Por eso se propone que los programas de prevención, si aspiran a una mayor eficiencia, deben incluir fases de autocontrol a través de las cuales la persona pueda hacer una amplia autoidentificación, autoanálisis y planeación del cambio individual en relación con un factor de riesgo. Los modelos de etapas se adecúan bastante bien a este propósito en la medida en que conceptualizan la acción preventiva como un proceso que requiere acciones sucesivas correspondientes a objetivos diferentes que, encadenados, incrementan la probabilidad de llegar a la fase final de aprendizaje del comportamiento. Esto no significa la eliminación de acciones a partir de modelos cognitivo-sociales acerca del comportamiento preventivo; significa más bien su superación, sobre todo mediante la inclusión de fases ulteriores de autocontrol o, en términos de Salleras-Sanmartí (1990), de manejo

de las contingencias situacionales que influyen en la modificación del comportamiento de salud. Este manejo puede realizarse mediante un amplio espectro de acciones de educación para la salud, que incorporen los principios del aprendizaje, del aprendizaje social, del aprendizaje cognoscitivo, de la comunicación persuasiva, de la intervención comunitaria, del mercadeo y de la acción, para que se cubran todos los requerimientos implícitos en lo que se pudiera denominar como "dimensión psicológica de la prevención" (Flórez, 2.000, a), ésto es, que haya:

- Conocimiento de los riesgos
- Claridad sobre la propia exposición al riesgo
- Intenciones de involucrarse en la modificación del riesgo
- Toma de decisiones para modificar efectivamente el riesgo
- Elaboración de planes conducentes a la implementación de las decisiones
- Mantenimiento de las acciones

James Prochaska y Carlo DiClemente propusieron un modelo teórico de etapas acerca del cambio, conocido como "modelo transteórico" (MTT), el cual tiene tres características relevantes (Westermeyer, 1992): a) Se obtuvo empíricamente a partir de múltiples investigaciones acerca de la manera como las personas que presentan algún problema de comportamiento, tal como una adicción, logran su modificación. b) El MTT caracteriza el cambio como una sucesión de etapas, con características específicas inherentes a cada una de ellas, y propone una serie de procesos de aprendizaje que facilitan el transcurso de una etapa a otra. c) El MTT concibe el cambio como un proceso cíclico, en lugar de un proceso continuo que implique pasos progresivos a la manera de "todo o nada".

El modelo fue inicialmente propuesto por Prochaska, Director del Consorcio para la investigación de la prevención del cáncer y profesor de psicología de la salud en la Universidad de Rhode Island, y perfeccionado más adelante con la colaboración de DiClemente, profesor de la Universidad del condado de Maryland en Boston, en el campo de la promoción de la salud. El modelo recibió la denominación de transteórico porque su origen se remonta a un análisis de 18 sistemas o teorías psicoterapéuticas distintas, a partir del cual Prochaska propuso que el cambio terapéutico se da a través de una serie de etapas más o menos fijas, mediante la acción de algunos procesos psicológicos principales, extraídos de las diversas teorías (Prochaska, 1979).

Los 18 sistemas se diferenciaron en términos de cuáles procesos de cambio enfatizaban y si su verificación era experimental o no. Había más acuerdo, sin embargo, en la importancia de ciertos procesos para producir el cambio. En 1982, DiClemente trabajó con Prochaska en el Instituto de Investigación de Ciencias del comportamiento de la U. de Texas, específicamente para hacer el análisis de los procesos de cambio en personas fumadoras (Prochaska y DiClemente, 1982). Fue entonces cuando propusieron que los fumadores transcurren por una serie de etapas hacia la abstinencia, para lo cual se valen de procesos psicológicos particulares que les sirven al fin de avanzar de una etapa a otra. Las etapas propuestas fueron las de precontemplación, contemplación, preparación (determinación), acción, mantenimiento, y finalización (terminación). Los procesos fueron: incremento de la conciencia, liberación social, reevaluación social, auto-liberación, contracondicionamiento, control de estí-

mulos, manejo de contingencias, liberación por dramatización, y relaciones de ayuda (Prochaska y DiClemente, 1982, 1994)

Etapas del cambio:

La descripción de etapas ha evolucionado con el paso del tiempo, llegando a un acuerdo en torno a las siguientes (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Green, 1997):

Precontemplación: etapa en la cual el individuo es inconsciente de que tiene problemas o, por alguna razón, no piensa seriamente en el cambio. Otras personas diferentes al afectado suelen estar más conscientes del problema y hacerle llamados para que emprenda acciones de cambio, pero la respuesta usual es de “negación” de los inconvenientes; aunque en realidad es un desconocimiento de los mismos.

Contemplación: etapa en la cual el individuo toma conciencia de que existe un problema personal; admite que algo en él no funciona bien y se preocupa por entender el problema, sus causas, y su cura. El medio a través del cual la persona evoluciona de la precontemplación a la contemplación es a través de la comunicación persuasiva, más que a través de la cohesión. La información relevante y convincente sobre el problema, personalizada para la situación particular del individuo, resulta muy importante en este paso. Esa personalización de la información es la que hace que el individuo identifique *su* problema (específico) y no *el* problema (en general), el cual, por lo demás, con seguridad ya es de su conocimiento, sin que ello lo haya movido antes a tomar conciencia.

Preparación: en esta etapa el individuo toma algunas decisiones e inicia algunos ajustes conductuales para prepararse al cambio, como, por ejemplo, un intento tem-

poral de dejar de fumar durante 24 horas. Además, en esta fase, a diferencia de la contemplación, el individuo manifiesta intenciones de cambio temporalmente más próximas, usualmente para el período comprendido dentro de los siguientes 30 días. Lo importante en esta etapa es que la persona haga un balance realista de todos los aspectos asociados a su conducta problema, de tal manera que pueda realizar una descripción objetiva de ella, evaluar sus consecuencias a corto y a largo plazo, y realizar análisis de costo/beneficios del cambio, fijándose expectativas razonables. Las expectativas razonables implican que la persona se fije en lo que es más necesario y más posible de modificar en su estilo de vida, la cantidad de modificación que espera introducir y cumplir, y lo que no es necesario modificar.

Lo “razonable” de una meta de cambio es algo muy individual. Una meta puede ser razonable para una persona y muy poco para otra. Por ejemplo, un bebedor no-dependiente del alcohol, sin problemas severos, puede proponerse la “moderación”, más que la abstinencia, como objetivo del cambio. Diferente el caso de una persona dependiente, con problemas severos derivados del consumo. En cualquier caso, puede valorarse positivamente cualquier cambio, por pequeño que sea, en la dirección deseada.

Acción: etapa en la cual el individuo modifica su conducta manifiesta y las condiciones medioambientales que la afectan. Ello conduce a un incremento de su autoestima y de su autoeficacia. El paso de la preparación a la acción se da cuando el individuo está suficientemente motivado, se ha propuesto metas razonables, y se encuentra en capacidad de manejar las contingencias situacionales conducentes al cambio.

Dentro de los procesos más frecuentes que permiten a la persona el manejo de estas contingencias situacionales, Prochaska y DiClemente (1994) proponen: a) El control de estímulos; b) la reversión de los impulsos urgentes; c) la reversión de los pensamientos negativos; d) el afrontamiento de las presiones provenientes de terceros; e) el mejoramiento general del estilo de vida.

La acción, en síntesis, es la etapa en la que la persona inicia la fase más activa del autocontrol sobre su comportamiento problema, mediante la puesta en práctica de las decisiones tomadas con anterioridad.

Mantenimiento: etapa en la cual el individuo trabaja para que permanezcan los logros y ganancias obtenidas durante la acción, y para prevenir la recaída a un nivel anterior de funcionamiento. Para mantener los cambios la persona debe practicar un nuevo estilo de vida durante el tiempo necesario para que éste se vuelva automático. Ello generalmente ocurre con posterioridad a múltiples intentos fallidos.

Recaída: cuando fracasa el mantenimiento, la recaída se presenta como una nueva etapa de cambio en la que surge un impacto psicológico diferente al de la contemplación original. En esta etapa el individuo debe luchar contra los sentimientos de fracaso y desesperanza, así como de culpabilidad y de frustración. Las recaídas deben manejarse como un asunto de "grado" más que de "todo o nada". Si, por ejemplo, un antiguo bebedor se toma una copa de licor, pero se abstiene de avanzar hacia más copas, es diferente que si sigue consumiéndolo. El primer caso podría considerarse, en términos de Westermeyer (1992) "una recaída exitosa".

Terminación: la finalización del problema se da cuando el individuo deja de

experimentar tentaciones de reanudar con las conductas problema y no requiere de esfuerzos importantes para evitar la recaída.

En la práctica se han tomado cinco etapas para realizar la clasificación de la persona según el MTT.

Procesos de cambio:

Se ha propuesto la existencia de algunos procesos básicos de primer orden (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska y DiClemente, 1994):

Incremento de la conciencia: es el proceso de cambio que más se aplica, de acuerdo con Prochaska, en la mayoría de sistemas psicoterapéuticos. Se trata de algo que el uso del lenguaje le posibilita al hombre, para que ya no requiera responder a una forma de energía concreta solamente, a la manera de un arco reflejo, sino para que pueda responder a la información contenida en los estímulos, tanto verbales como no-verbales. Las formas superiores de incremento de la conciencia se logran a través de la educación.

Auto-reevaluación: es la evaluación de la forma en que uno se siente y piensa acerca de uno mismo frente a determinado problema.

Reevaluación social: se focaliza primordialmente en la reconceptualización del impacto que el problema ha tenido sobre los demás, más que sobre uno mismo. Esto conduce a una percepción del conflicto entre los valores de la comunidad y el problema de comportamiento de la persona, y a la conclusión de que es uno, y no el medio, quien necesita cambiar pues tiene un problema.

Auto-liberación: representa un incremento en la habilidad que la persona posee para elegir. La capacidad de elección es

capital en los fundamentos de diversos sistemas psicoterapéuticos. El hombre, en apariencia, elige comportarse de una determinada forma (ej. un hábito indeseable) o puede elegir lo contrario. Pero lo que no queda claro es de qué depende dicha elección. El "libre albedrío" no lo es tanto; tiene múltiples determinantes. El incremento de la conciencia puede ampliar el abanico de opciones que una persona posee para elegir; también puede lograr el mismo efecto, un mayor conocimiento de las condiciones ambientales que limitan o posibilitan al comportamiento.

Liberación social: como la auto-liberación, busca incrementar la capacidad de elección del individuo, sólo que a partir del cambio medioambiental que conduzca a que se le abran más alternativas.

Contracondicionamiento: es un proceso contrario a la elección, mediante el cual se realizan cambios en los estímulos que controlan las respuestas de la persona, con el fin de obtener así nuevas formas de comportamiento condicionado.

Control de estímulos: implica hacer nuevos arreglos situacionales en el medio que circunda al individuo, con el fin de incrementar o disminuir la probabilidad de ocurrencia de alguna conducta.

Manejo de contingencias: consiste en alterar las consecuencias de la conducta (reforzamiento), con el fin de modificar así mismo la probabilidad de su ocurrencia.

Dramatización: también denominada por Prochaska "alivio por dramatización", consiste en la evocación de reacciones emocionales intensas ante eventos que ocurren en el medio, con el fin de mover a la persona hacia el cambio.

Relaciones de ayuda: se refieren al papel que juegan las relaciones entre terapeuta y

cliente para facilitar o impedir la evolución hacia el cambio. El MTT considera a estas relaciones tanto un pre-requisito como un proceso de cambio.

Los anteriores procesos de cambio fueron reunidos en dos factores de segundo orden, a partir de un análisis validado empíricamente (Prochaska, Velicer, DiClemente y Fava, 1988, citados por Pollak, Carbonari, DiClemente, Flores y Mullen, 1998): a) Procesos experienciales, los cuales incluyen pensamientos y emociones acerca de las consecuencias de no realizar el cambio conductual; en este factor se incluyen el incremento de la conciencia, la auto-revaluación, la liberación por dramatización, la reevaluación medioambiental, y la liberación social. b) Procesos conductuales, que representan actividades más orientadas al cambio, las cuales son realizadas a medida que la persona avanza en el proceso de modificación de su conducta; en este factor se incluyen las relaciones de ayuda, el control de estímulos, el manejo de contingencias, la auto-liberación, y el contracondicionamiento. Los procesos experienciales se usan más en las etapas iniciales del cambio, mientras que los conductuales se usan más en las etapas posteriores.

El MTT incluye dentro de sus conceptos explicativos otros constructos como "balance decisional", "autoeficacia" y "tentación" a los cuales se refiere como marcadores y mecanismos en el proceso de cambio.

La clasificación de las personas en una determinada etapa del MTT respecto del tabaquismo o del alcoholismo, por lo general se ha efectuado siguiendo un algoritmo para la toma de decisiones similar al del siguiente cuadro; este algoritmo es puesto por Green (1997), en términos simples, de la siguiente manera:

Actualmente soy (fumador/bebedor) y no tengo la intención de dejar de (fumar/beber) en los próximos seis meses	→	PRECONTEMPLACIÓN
Actualmente soy (fumador/bebedor) y estoy pensando seriamente en dejar de (fumar/beber) en los próximos seis meses	→	CONTEMPLACIÓN
Planeo seriamente dejar de (fumar/beber) dentro de los próximos 30 días, y he realizado por lo menos un intento por alcanzar este objetivo en el último año	→	PREPARACIÓN
Soy ex (fumador/bebedor) y me he mantenido permanentemente libre de ese hábito por un período inferior a seis meses	→	ACCIÓN
Soy ex (fumador/bebedor) y me he mantenido permanentemente libre de ese hábito por un período superior a los seis meses.	→	MANTENIMIENTO

No obstante la sencillez del algoritmo y su validez de contenido por la correspondencia con los postulados del modelo, algunos investigadores han encontrado que dentro de una etapa se pueden presentar diferencias de grado, lo cual respresenta una variedad de disponibilidad al cambio dentro de la misma (Dijkstra, Bakker y De Vries, 1997; Sanabria, Alvarez, Hurtado y Trujillo, 2000). 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 y Fava, 1996). Eso 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.

Problema

En este contexto se plantea el siguiente problema como cuestión que da origen a la presente investigación: ¿Cómo se pueden evaluar las etapas del MTT, los balances decisionales, y algunas variables psicosociales relevantes con respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios de la ciudad de Bogotá?

Objetivos

El objetivo general fue el de clasificar en las etapas del MTT a estudiantes

universitarios consumidores de alcohol, y analizar dicha clasificación en función de los balances decisionales que realizan para disminuir el consumo, así como en función de otras variables psicosociales relevantes, tales como las características del consumo, las tentaciones para consumir, la autoeficacia percibida, y la importancia atribuida al consumo.

Variables

Se presentan a continuación las definiciones conceptuales y operacionales de las variables que se tomaron en cuenta para la realización del proceso descriptivo propuesto para el presente estudio

Variables del MTT:

1. *Etapas en que se ubica el sujeto:* clasificación del sujeto según el algoritmo descrito antes, tomándose solamente las etapas de precontemplación, contemplación, y preparación, por tratarse de un estudio con sujetos consumidores de licor. Las definiciones conceptuales de cada una de estas etapas se presentaron antes.

2. *Disponibilidad al cambio:* descripción cuantitativa del compromiso del sujeto para abandonar el consumo.

3. *Balance decisional:* relación entre los aspectos positivos (pros) y los aspectos negativos (contras) percibidos por el sujeto frente al consumo.

Parámetros del consumo:

1. *Historia del consumo:* duración del consumo, e intentos por abandonar el consumo.

2. *Características del hábito:* cantidad del consumo, características temporales del consumo, y preferencias.

3. *Abuso:* Uso recurrente de la sustancia

que resulta en una falla para cumplir las principales obligaciones en el trabajo, estudio u hogar (p.ej., ausencias repetidas o ejecución laboral pobre, ausencias, suspensiones o expulsiones escolares; abandono de los hijos o de la familia), con manifestaciones fisiológicas, motoras y emocionales, cuyo extremo está constituido por los síntomas de abstinencia y tolerancia, fase de dependencia propiamente dicha.

Variables socio-demográficas:

Género; Edad; Estado civil; Ocupación extra al estudio; Carrera; Semestre

Variables psicosociales:

1. *Motivación:* deseo o decisión manifestado por la persona para abandonar el hábito o disminuir el consumo.

2. *Autoeficacia:* capacidad percibida por la persona para mantenerse libre del consumo, en caso de proponérselo.

3. *Tentaciones para consumir:* Percepción de la persona acerca de su capacidad para resistirse al comportamiento en determinadas situaciones.

4. *Importancia atribuida al consumo:* Argumentos esgrimidos por la persona para fundamentar sus motivaciones favorables al consumo.

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. Como lo proponen Hernández, Fernández y Baptista "El procedimiento consiste en medir en un grupo de personas u objetos una o

—generalmente— más variables y proporcionar su descripción. Son, por lo tanto, estudios puramente descriptivos que cuando establecen hipótesis, éstas son también descriptivas” (1991, p. 193).

La lógica para utilizar este diseño se desprende de la naturaleza de los objetivos del estudio, cuyo propósito esencial es el de establecer el estado actual de una serie de factores o variables en los sujetos, evaluar las asociaciones y las diferenciaciones entre ellos, y proponer, a partir de dicha descripción, unos lineamientos de intervención que puedan ser sometidos posteriormente a una prueba experimental.

Sujetos

El Cuestionario para La Evaluación y Modificación del Consumo de Alcohol (*CEMA*) se aplicó a 500 estudiantes universitarios; de éstos se eliminaron 12 por carecerse de información básica para el análisis y haber resultado muy incompletos. El análisis de resultados se hizo a partir de los cuestionarios contestados por los otros 488 sujetos. El muestreo fue de tipo no probabilístico. La selección de los sujetos se hizo especialmente en áreas universitarias de mayor accesibilidad, específicamente en la localidad de Chapinero, sin apelar a fórmulas de probabilidad ni de mapeo del consumo de las sustancias para buscar que las instituciones quedaran representadas estratificadamente en la muestra. Por lo tanto, el presente estudio arrojó unos resultados que permiten tener una información útil sobre el *CEMA*, pero aún preliminar, que exige que el cuestionario sea aplicado en el futuro a muestras probabilísticas de la población.

Instrumentos

El instrumento fundamental que se apli-

có fue el *CEMA*, cuestionario de 117 ítems que evalúan: a) los aspectos sociodemográficos; b) las características del consumo; c) el balance decisional; d) la ubicación en una etapa del modelo transteórico; e) el abuso; f) la importancia atribuida al consumo; g) la disponibilidad al cambio; h) las tentaciones para consumir; i) la autoeficacia. Todas las escalas del *CEMA* presentan una confiabilidad alta, con coeficientes Alpha superiores a 0.70, y una validez de constructo corroborada mediante análisis factorial (Flórez, 2000, b).

Procedimiento

El *CEMA* se aplicó a 500 Ss consumidores de licor, de todos los semestres, carreras y jornadas, provenientes de universidades públicas y privadas de Bogotá. La aplicación la hizo un estudiante de 10º semestre de psicología de la Universidad Católica de Colombia (UCC), a quien se entrenó para este propósito. 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.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Aspectos Sociodemográficos

El *CEMA* lo contestaron 488 estudiantes universitarios, cuyas características sociodemográficas se describen en la Tabla 1. De éstos, hubo una pequeña diferencia de frecuencias a favor de los hombres (51.43%), en comparación con la frecuencia de mujeres (48.57%). Aunque la edad promedio del grupo fue de 21.8 años, los hombres tuvieron un promedio de edad más alto que el de las mujeres ($t = 5.41$; $p < 0.01$).

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de los estudiantes que contestaron el cuestionario para la evaluación del Estado y modificación del consumo de alcohol -CEMA-.

VARIABLE	CATEGORÍA	FRECUENCIA	ESTADÍSTICAS	VALORES
Género:	Hombres	251		
	Mujeres	237		
Edad: (años cumplidos)	Hombres	251	M	22.64
			D.E.	3.86
			Mínima	16.00
			Máxima	42.00
	Mujeres	237	M	20.91
			D.E.	3.12
			Mínima	15.00
			Máxima	35.55
	Total	488	M	21.80
			D.E.	3.62
Mínima			15.00	
Máxima			42.00	
Estado Civil:	Soltero(a)	437		
	Casado(a)	26		
	Viudo(a)	2		
	Unión libre	17		
	Separado(a)	6		
Actividad Principal:	Estudio	410		
	Trabajo	78		

El estado civil predominante fue la soltería (89.55%), y la gran mayoría se dedicaban al estudio como actividad principal (84%).

Aspectos académicos

Bajo este título se describirá la pertenencia a una institución, la carrera, el semestre y la jornada de los estudiantes. Es conveniente recordar que el muestreo no fue probabilístico, por lo cual no se pretende que haya una proporcionalidad entre estas categorías poblacionales y su representación dentro de la muestra estudiada, tal como corresponde a la naturaleza, los objetivos,

y el diseño metodológico de esta investigación.

En cuanto a la procedencia institucional de los sujetos encuestados, la mayoría (75%) pertenecían a universidades ubicadas en la localidad de Chapinero de Bogotá. En cuanto a las carreras que estudiaban, la mayoría se ubican en dos campos: 1) el campo de las ciencias sociales o humanas (34.5%) que incluye carreras como psicología, derecho, ciencias políticas, comunicación social, administración de empresas y economía; 2) el campo de la ingeniería y la arquitectura (43.2%), que incluye carreras como electrónica, sistemas, informática,

Tabla 2. Características del consumo.

VARIABLE	CATEGORÍA	FRECUENCIA	ESTADÍSTICAS	VALORES
Edad de Inicio: (en años)	<= 10	15	Media	15.01
	11-12	45	D.E.	2.53
	13-14	137	Mínima	5.00
	15-16	172	Máxima	35.00
	17-18	90		
	19-20	22		
	>=21	7		
Frecuencia con la que consume:	1-4 por semana	177		
	5 o más por semana	23		
	1-3 por mes	187		
	1-5 por semestre	84		
	1 por año	17		
Clase de consumidor:	Fuerte	124		
	Intermedio	76		
	Débil	200		

civil, y arquitectura. Se destaca la ausencia de encuestados procedentes de carreras clásicas del campo de la salud como la medicina, la enfermería y la odontología.

Por semestres, la mayoría de sujetos (73%) se ubicó en los seis semestres iniciales de carrera; aunque la gran mayoría de estudiantes (77%) eran de jornada diurna, en ambas jornadas se mantuvo constante la diferencia de concentraciones, mayor en los seis primeros semestres con respecto a los semestres superiores.

Aspectos del consumo de alcohol

Aquí se analizarán algunas características del consumo, las intenciones de reducir el consumo, la fortaleza de las decisiones de disminución del consumo, y la ubicación en alguna etapa del MTT.

Características del Consumo

Edad de Inicio: la gran mayoría de los sujetos encuestados (88.5%) inició el consumo entre los 12 y los 18 años; el pico de inicio se ubica en los 15 años. Como se puede apreciar en la Fig. 1, la distribución de edades de inicio tiende a la normalidad, con un ligero sesgo hacia el extremo de las edades menores al promedio. Aunque el promedio de edad de inicio de los hombres es algo inferior al de las mujeres, la diferencia no es significativa ($t = 0.913$; $p=0.36$).

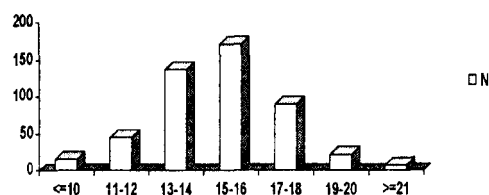


Figura 1. Edad de inicio del consumo de alcohol.

Frecuencia del consumo: En la Tabla 2 se observan tres grupos de consumidores. Se observan tres grupos de consumidores.

a) Los sujetos que consumen más de una vez por semana; este grupo puede considerarse de consumidores “fuertes” según la frecuencia, y constituye un 41% de la muestra. b) Los sujetos que consumen más de una vez al mes, pero con una frecuencia inferior a una vez por semana; este grupo es de consumidores “intermedios” y constituye el 38.3% de la muestra. c) Los sujetos que consumen menos de una vez al mes, puede considerarse un grupo de consumidores “débiles” según la frecuencia de consumo, y constituye el 20.7% de la muestra. Se destaca que la mayoría de sujetos se clasifican como consumidores intermedios o fuertes.

Para reafirmar la validez de constituir estas tres categorías de consumidores, determinadas en principio por la frecuencia del consumo, se hizo un ANOVA entre los promedios de los puntajes porcentuales obtenidos en las escalas de abuso, importancia atribuida al consumo, y tentaciones para consumir, tomando como variable categorial a la clasificación de consumidores entre “fuertes”, “intermedios” y “débiles”. Se obtuvo sistemáticamente un promedio de abuso, de importancia atribuida al consumo, y de tentaciones para consumir significativamente inferior para los consumidores débiles en comparación con los intermedios, y para los intermedios en comparación con los fuertes, tal como se aprecia en la Fig. 2. Los valores de F fueron: 32.17 para abuso, 38.99 para importancia, y 35.27 para tentaciones, todos con una $p < 0.01$. Estos resultados confirman, entonces, la validez de distinguir entre estas tres clases de consumidores, clasificación que seguirá conservándose en adelante para efectos del análisis.

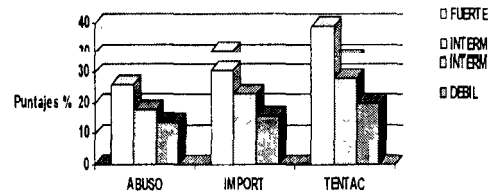


Figura 2. Promedio de abuso, importancia y tentaciones para las tres clases de consumidores.

Un análisis de las diferencias entre clases de consumidores por género, determinó que los hombres tienden en su mayoría a ser consumidores fuertes (49%) o intermedios (35.46%), siendo consumidores débiles el 15.54%; por su parte, la mayoría de las mujeres tienden a ser consumidoras intermedias (41.3%) o débiles (26.6%), siendo consumidoras fuertes el 32%. Estas diferencias entre clase de consumidores en función del género fue muy significativa ($\chi^2 = 17.75$; $p < 0.01$).

Para analizar el tipo de consumo en función de la carrera, se tomaron tres grupos de carreras según el área disciplinar: 1) ciencias sociales y humanas; 2) ingenierías y arquitectura; 3) otras. Tal como se aprecia en la Fig. 3, entre los estudiantes de ciencias sociales y humanas predominó el consumo intermedio y débil sobre el consumo fuerte ($\chi^2 = 12.89$; $p < 0.01$). Por el contrario, entre los estudiantes de ingeniería y arquitectura, predominó el consumo fuerte e intermedio sobre el consumo débil ($\chi^2 = 27.85$; $p < 0.01$). Para las “otras” carreras se observó una tendencia significativa similar a la de ingenierías y arquitectura ($\chi^2 = 6.34$; $p < 0.05$). De nuevo, un factor relevante que se asocia con este resultado es el género, ya que entre los estudiantes de ciencias sociales y humanas la mayoría (62%) eran

mujeres, mientras que en ingenierías la mayoría (68%) eran hombres; en las demás carreras hubo una pequeña mayoría (59% Vs. 41%) en favor de los hombres.

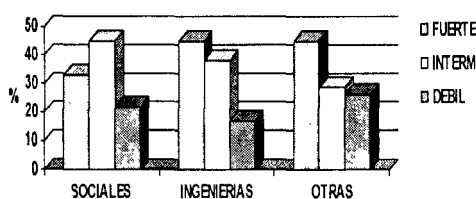


Figura 3. Comparación del tipo de consumo en función de las carreras.

En relación con el semestre, se observó una pequeña tendencia en los sujetos de los primeros semestres (1° a 6°) a agruparse ligeramente más en el consumo fuerte, en comparación con los sujetos de semestres más avanzados (7° a 11°).

El tipo de consumo, determinado por la frecuencia, se constituyó en una importante variable para establecer comparaciones entre los sujetos y realizar análisis discriminantes sobre las demás variables.

Intención de disminuir el consumo: balances decisionales

La decisión de abandonar el consumo se evaluó desde varios puntos de vista diferentes: 1) Como deseo de disminuir el consumo *actual*. 2) Como *fortaleza* de la decisión de disminuir el consumo *actual*. 3) Como *fortaleza* de la decisión de dejar de beber *definitivamente*. 4) Como deseo *global* de dejar de beber. Las respuestas de los sujetos en estas cuatro escalas presentaron distribuciones muy similares y correlaciones muy elevadas (>0.70) y significativas entre sí. Por esta razón, el balance decisional se analizará a partir de la fortaleza de la

decisión actual del sujeto para disminuir el consumo. Esta variable se elige porque representa mejor en su formulación a la idea de cambio dentro del modelo transteórico, además de que se ajusta bastante bien a la distribución de las demás variables.

La mayoría de sujetos presentó una baja determinación de disminuir el consumo; en una escala de 1 a 10, el 40% de los sujetos se ubicó en la categoría más baja de decisión (puntajes 1 y 2) y el 69% presentó puntajes iguales o inferiores a 5.

Esta decisión fue diferencial dependiendo de la seriedad de la intención del sujeto en relación con disminuir o no el consumo habitual; es así como la fuerza decisional de los sujetos que manifestaron una intención seria de disminuir fue de 6.30 en promedio, mientras que la de los sujetos que no manifestaron esa intención fue de 2.93 en promedio. La diferencia entre estos dos promedios fue significativa ($t = 15.22$; $p < 0.01$). La fuerza de la decisión también fue diferencial en función del género, hombres 4.55 en promedio y mujeres 3.68 en promedio, diferencia que resultó significativa ($t = 3.43$; $p < 0.01$).

La fortaleza de la decisión de abandono o balance decisional fue diferente entre los sujetos dependiendo de la cantidad de intentos previos que habían realizado para dejar de beber ($F = 11.68$; $p < 0.01$), presentándose una mayor decisión entre los sujetos que tenían 2 o más intentos previos fallidos, que entre los que tenían 1 o ninguno.

Similar a lo ocurrido con la seriedad de las intenciones para abandonar el consumo, la mayoría de sujetos (78%) no pensaba abandonar la bebida definitivamente ni había hecho planes sobre adoptar alguna estrategia conducente a dejar de beber. Igualmente, como se observó con el caso de la seriedad de

la intención de abandono, el promedio del balance decisional de los sujetos que sí pensaban dejar de beber definitivamente y que habían pensado en adoptar alguna estrategia ($M = 6.56$) fue superior al de los sujetos que no habían pensado en dejar de beber definitivamente y tampoco habían pensado en adoptar estrategias ($M=3.46$); la diferencia entre estos dos promedios fue muy significativa ($t=11.1$; $p<0.01$). Estos resultados ponen en evidencia la presencia de diferencias en el balance decisional, en función de otras variables demográficas y de las características del consumo.

Clasificación en las etapas del MTT

De acuerdo con los postulados del MTT se clasificaron como precontempladores a los sujetos que no piensan disminuir el consumo en los siguientes 6 meses, contempladores a los que sí piensan disminuirlo dentro de los siguientes 6 meses, y preparados a los que piensan disminuirlo dentro del siguiente mes y habían hecho por lo menos un intento de abandono intencional por 24 horas.

Tal como lo presupone el MTT, a los sujetos se les preguntó por los abandonos intencionales del consumo por lo menos durante 24 horas en los últimos 12 meses. La mayoría (68%) contestó afirmativamente a esta pregunta; la decisión promedio de cambio ($M = 4.65$) de los sujetos que lo afirmaron es mayor que el promedio de los que lo negaron ($M = 3.03$); la diferencia entre estos promedios es significativa ($t = 6.08$; $p<0.01$).

Tomando en cuenta la respuesta a la anterior pregunta y la respuesta a los plazos en los cuales se proponen disminuir el consumo, se obtuvo la clasificación de precontempladores, contempladores y preparados. El 65% de los sujetos se ubicaron en fase de precontemplación, el 18% en fase de

contemplación, y el 17% en fase de preparación. Este resultado indica que la mayoría de sujetos no se interesaba por disminuir el consumo en los próximos 6 meses y solo un porcentaje menor se interesaba por disminuirlo en el próximo mes.

Resulta cuestionable la inclusión de la pregunta sobre intento de abandono del consumo durante 24 horas para hacer la clasificación de etapas. Prochaska y Prochaska (1993) afirman que “La *preparación* es el estadio en que los individuos se encuentran preparados para la *actuación*, normalmente con intenciones de empezar al mes siguiente. En este estadio se han efectuado ya algunos pequeños pasos dirigidos a actuar, tales como reducir la frecuencia de la conducta adictiva o haberla intentado dejar el año anterior” (p. 90, subrayado en el original).

Dada la ambigüedad que representa la pregunta en que se averigua si los sujetos hicieron algún intento por dejar de beber durante 24 horas en el último año, y la pregunta que indaga si el sujeto planea alguna forma para dejar de beber, se optó por hacer una reclasificación de etapas tomando como criterio exclusivo la temporalidad con la que el sujeto se propone el cambio; esta reclasificación, como se aprecia en la figura 4, se adecúa mejor para discriminar en función de las etapas a las demás variables del MTT y del consumo.

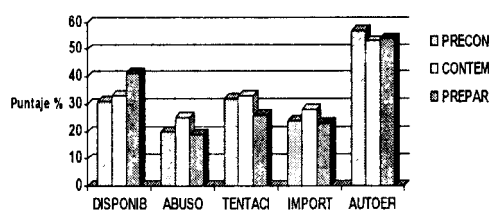


Figura 4. Disponibilidad, abuso, tentaciones, importancia y autoeficacia en función de las etapas.

Si se toma como variable categorial a la etapa de clasificación en el MTT basada en la temporalidad, el ANOVA de las otras variables arroja datos significativos, de la siguiente manera: para el abuso ($F = 2.91$; $p=0.06$), para la importancia atribuida al consumo ($F = 2.73$; $p=0.06$) y para las tentaciones para consumir ($F = 2.91$; $p=0.06$). Esa discriminación se pierde completamente cuando se introduce alguno de los dos criterios anteriores para adicionárselos a la temporalidad del cambio a fin de hacer la clasificación de los sujetos en alguna etapa; la comparación se hace a partir de los puntajes porcentuales en cada escala. En el presente caso, las tentaciones para el consumo son inferiores en la etapa de preparación frente a las otras dos etapas. El abuso y la importancia atribuida al consumo, aunque son inferiores a los niveles de las otras dos etapas, alcanzan significación solamente al comparar su nivel en la etapa de preparación, contra sus niveles en la etapa de contemplación.

En la figura 4 se observa un aumento sistemático de la disponibilidad al cambio en función de las etapas en las que se ubican los sujetos ($F = 10.17$; $p<0.01$), alcanzando su máximo nivel en la etapa de preparación. La autoeficacia no varió en función de las etapas, permaneciendo alta en todas las tres ($F = 1.47$; $p=0.23$).

Finalmente, los balances decisionales, representados por la fortaleza de la decisión de cambiar, fueron significativamente mayores a medida que los sujetos pasaban de precontempladores a contempladores, y de éstos a preparados para el cambio ($F = 20.7$; $P<0.01$). No se incluye la representación de los balances en la Fig. 9, debido a que éstos no se transformaron a puntajes porcentuales, por lo cual se distorsionaría

sensiblemente la gráfica si se incluyen.

PREDICCIONES

En el análisis precedente se notó que los puntajes en las escalas del *CEMA* y en el balance decisional presentaban algunas diferencias en función del género, del semestre, del tipo de consumo, de la manifestación expresa de una decisión de cambio, y de la etapa. Para evaluar el grado en que se pueden predecir algunos resultados a partir de estas variables, se realizó un análisis de regresión logística, tal como se presenta en la Tabla 3.

El análisis de regresión logística se establece para evaluar el grado en que una variable predictora nominal, reducida a dos categorías, permite hacer predicciones sobre una variables dependiente. En el presente caso, para cada variable predictora se asumieron dos categorías de la siguiente manera: a) Género: hombres y mujeres. b) Tipo de consumo: bajo (consumidores débiles e intermedios) y alto (fuertes). c) Decisión de cambio: SI (manifestación expresa del propósito de reducir el consumo de inmediato); NO (ausencia de manifestación expresa del propósito de reducir el consumo de inmediato). d) Etapa: Atrasada (precontemplación o contemplación); avanzada (preparación). e) Semestre: iniciales (1° a 6°); finales (7° a 11°).

Desde el punto de vista del género, ser hombre resulta predictor de mayor propensión al abuso, y de mayor importancia atribuida al consumo. Pero también representa una mejor disponibilidad al cambio y un mejor balance decisional; este resultado es congruente con el hecho de que los hombres sean consumidores más fuertes y

Tabla 3. Análisis de regresión logística.

PREDICTOR	VARIABLE DEPENDIENTE	REGRESIÓN LOGÍSTICA		
		B	Wald	Signif.
GÉNERO	Balance decisional	-0.11	11.35	<0.01
	Abuso	0.04	5.58	0.02
	Disponibilidad al cambio	-0.02	13.25	<0.01
	Importancia atribuida al consumo	-0.05	10.33	<0.01
	Tentaciones para consumir	-0.01	0.60	0.44
	Autoeficacia	0.002	0.29	0.59
TIPO DE CONSUMO	Balance decisional	0.05	2.19	0.14
	Abuso	-0.01	0.38	0.54
	Disponibilidad al cambio	0.01	2.60	0.11
	Importancia atribuida al consumo	-0.03	4.25	0.04
	Tentaciones para consumir	-0.02	4.53	0.03
	Autoeficacia	0.01	8.82	<0.01
DECISIÓN DE CAMBIO	Balance decisional	-0.51	117.62	<0.01
	Abuso	0.02	1.74	0.19
	Disponibilidad al cambio	-0.04	37.99	<0.01
	Importancia atribuida al consumo	-0.01	0.37	0.54
	Tentaciones para consumir	-0.002	0.07	0.78
	Autoeficacia	-0.0001	0.03	0.85
ETAPA	Balance decisional	-0.20	32.55	<0.01
	Abuso	-0.01	0.51	0.48
	Disponibilidad al cambio	-0.02	10.77	<0.01
	Importancia atribuida al consumo	-0.005	0.11	0.74
	Tentaciones para consumir	0.02	4.64	0.03
	Autoeficacia	0.007	2.29	0.13
SEMESTRE	Balance decisional	0.02	0.40	0.52
	Abuso	0.01	0.36	0.55
	Disponibilidad al cambio	-0.003	0.26	0.61
	Importancia atribuida al consumo	-0.03	3.71	0.05
	Tentaciones para consumir	-0.006	0.44	0.51
	Autoeficacia	0.002	0.14	0.71

Nota: Valor de Signif. en negrillas: regresiones significativas.

más abusadores del alcohol que las mujeres, por lo cual están más impelidos a disminuir el consumo en el futuro inmediato.

Según el tipo de consumo, ser consumidor fuerte predice mayor importancia atribuida al consumo y mayores tentaciones

para consumir, junto a una menor autoeficacia percibida.

La decisión expresa de cambio resulta predictor, como era de esperarse, de una mayor fortaleza de la determinación de abandonar de inmediato el consumo, y de

una mayor disponibilidad al cambio.

La etapa del MTT resulta predictora de la disponibilidad al cambio y de las tentaciones para consumir. Como se anotó antes, ubicarse en una etapa avanzada como la preparación es predictor de mayor disponibilidad al cambio y de menores tentaciones para consumir.

Finalmente, pertenecer a un semestre inferior es predictor de una mayor importancia atribuida al consumo.

DISCUSIÓN

La presente investigación surgió de la pregunta acerca de cómo se pueden evaluar las etapas del modelo transteórico (MTT), los balances decisionales, y algunas variables psicosociales relevantes con respecto al consumo de alcohol en estudiantes universitarios de la ciudad de Bogotá.

Las características del consumo de alcohol encontradas ratifican, en líneas generales, las conclusiones de las investigaciones sobre consumo de alcohol en población colombiana (Rodríguez, 1997) respecto de edad de inicio y de la disminución de la brecha entre hombres y mujeres. No obstante, el género sigue siendo determinante y el hecho de ser hombre se asocia con un consumo más fuerte y una mayor propensión al abuso.

La información sobre los intentos fallidos de abandono del consumo se asocian con la disponibilidad al cambio, que es mayor en los sujetos que tienen intentos previos fallidos. Este dato indica que el cambio, como lo propone el MTT, es un proceso que avanza en espiral, y que los cambios no se dan en una dirección de todo o nada.

Llama la atención la tendencia a un consumo más fuerte y a la atribución de una mayor importancia a consumir dentro de estudiantes más jóvenes, ubicados en semestres inferiores, en comparación con los más adultos, ubicados en semestres superiores, o que tienen el trabajo como actividad principal. Este resultado coincide con los hallazgos de otras indagaciones en las que se ha observado una disminución de los picos de edades de inicio del consumo y de los rangos de edad en los que se observa la mayor frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas (Bejarano, 1999; Ortega, 1999). También, como se halló en investigaciones anteriores (Rodríguez, 1997), el consumo de alcohol entre los estudiantes universitarios encuestados estuvo muy ligado a las celebraciones familiares y sociales en general, que sirven de argumentación para justificar las motivaciones para beber.

Se encontró que, tal como era de esperarse por el planteamiento del MTT (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993; Green, 1997), la clasificación de etapas se puede realizar válidamente a partir de la temporalidad que el sujeto manifiesta para involucrarse en un propósito de cambio, resultando suficiente dicho criterio para realizar la clasificación de los precontempladores, contempladores y preparados, sin necesidad de acudir a otros criterios adicionales poco relevantes, en especial las preguntas que indagan si el sujeto ha hecho intentos fallidos superiores a 24 horas en el último año; este último dato es poco significativo y ambiguo para una población que necesariamente ha dejado de beber por períodos superiores a 24 horas, pues se trata más de una población que puede abusar del consumo, a la que no se le aplican los criterios de *dependencia*, tales

como la abstinencia y la tolerancia.

Para el consumo de alcohol, la mayoría de los estudiantes universitarios se ubican en las etapas de precontemplación y contemplación; el resultado es independiente de que se trate de consumidores débiles, fuertes o intermedios. Este resultado ratifica las conclusiones de otras investigaciones con población adolescente consumidora de alcohol, fundamentadas en el MTT, en las que la mayoría de sujetos se ubican en las etapas atrasadas (Migneault, Pallonen y Velicer, 1997).

El resultado anterior reafirma los supuestos del MTT, pero también se observó, al igual que lo han hecho otros autores (Dijkstra, Bakker y De Vries, 1997; Sanabria y Cols, 2000), la presencia de varias subetapas dentro de una misma etapa del MTT, cuando se utiliza para establecerlas algún criterio como el género, la motivación, el tipo de consumo, y la presencia o ausencia de planes concretos para llevar a la práctica la decisión de cambio. Esta hipótesis se verificó para los balances decisionales y para la disponibilidad al cambio cuando se toman como variables discriminantes al género, a la motivación, y a la presencia de planes de cambio. Pero también se cumplió para otras variables como la importancia atribuida al consumo, las tentaciones y la autoeficacia, sobre todo cuando se toma como variable discriminante al tipo de consumo. En su conjunto, este resultado implica la necesidad de conformar subgrupos de tratamiento que tomen en cuenta la especificidad de estas variables discriminantes, y no sólo el criterio de clasificación en una u otra etapa del MTT.

Dada esta existencia de subgrupos al interior de una etapa determinada, para complementar la información aportada por

el CEMA, que clasifica las etapas exclusivamente a partir de la temporalidad prevista por el individuo para iniciar el cambio, se recomienda utilizar otros instrumentos que aporten información cuantitativa más precisa, como la escala SOCRATES (Isenhardt, 1994), el Análisis de Transición Latente (Martín y Cols., 1996), o la escala URICA (1998) la cual provee un sistema de puntuación cuantitativa para determinar la etapa.

El balance decisional y la disponibilidad al cambio resultan superiores en los sujetos que se ubican en etapa de preparación, para cualquier tipo de consumo. El anterior resultado se obtuvo en el marco de un procedimiento de evaluación que utilizó una versión del test URICA (1998) de disponibilidad al cambio, adaptación que resultó suficientemente confiable; este hecho satisface la exigencia propuesta por Martín, Velicer y Fava (1996) de utilizar instrumentos válidos y confiables a fin de determinar la correspondencia entre la ubicación en una etapa del MTT y la disponibilidad real al cambio.

De alta significación resultó la importancia de la seriedad de una decisión de cambio, la cual refleja la *motivación* para disminuir el consumo. Esta decisión se asoció con un menor puntaje de abuso/dependencia y una superior disponibilidad al cambio, especialmente con ésta última. Este resultado es acorde con la propuesta de que un cambio efectivo, tal como el que se debe observar cuando el sujeto está en etapa de acción, implica la superación de etapas previas de intención y de planeación del mismo, para facilitar el paso de la etapa motivacional a la etapa volitiva o de acción propiamente dicha (Conner y Norman, 1995; Flórez, 1997).

Aunque la evaluación de la decisión de

cambio (en términos de SI o NO) y la fortaleza de dicha decisión (evaluada en una escala de 1 a 10) resultaron suficientes para reflejar el balance decisional de los sujetos, es recomendable que se complemente esta información aportada por el *CEMA* con la referente a la importancia atribuida al consumo y la de disponibilidad al cambio, las cuales en conjunto constituyen un amplio reflejo de las motivaciones del sujeto para consumir, y permite una mejor discriminación de los pros que atribuye al consumo. El análisis de los contras que el sujeto le atribuye, no resulta tan posible a partir del versión actual del *CEMA*, como sí es el de los pros.

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 (Babler, Schwarzer y 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, y no sus percepciones de autoeficacia de una manera indiscriminada.

El uso de un instrumento como el *CEMA* dentro de un proceso de prevención secundaria del consumo de alcohol puede resultar de gran utilidad para la conformación de diversos grupos de tratamiento según el

resultado que se observe en algunas variables relevantes dentro del MTT que tienen un alto potencial predictivo; tal es el caso de la etapa en que se ubique el sujeto y de su decisión de cambio. Igual aporte resulta del hecho de tomar en cuenta, entre estudiantes universitarios, algunas variables adicionales como el género, el tipo de consumo, y su ubicación en un semestre inicial o final de la carrera.

REFERENCIAS

- Babler, J.; Schwarzer, R. y Jerusalem, M. (1993). *Babler, J., Schwarzer, R. y Jerusalem, M. (1993). Spanish adaptation of the general self-efficacy scale.* <http://www.yorku.ca/faculty/academics/schwarze/spanscal.htm>
- Bejarano, B. (1999). Con qué licores se "rascan" los colombianos. *El Tiempo*, Agosto 22, p. 16 A.
- Conner, N. y Norman, P. (1995). The role of social cognition in health behaviours. En: M. Conner y P. Norman (Eds.) *Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press, pgs. 1-22.
- Conner, M. y Sparks, P. (1995). The theory of planned behaviour and health behaviours. En: M. Conner & P. Norman (Eds.) *Op Cit.*, pgs. 121-161.
- Dijkstra, A., Bakker, M. y 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.
- Flórez, L. (1997) Evaluación de un programa de autocontrol para la promoción de la salud con población adulta. *Psicología Conductual*, 5: 313-344.
- Flórez, L. (1998). Implementación del proceso de adopción de precauciones para prevenir la farmacodependencia en niños de edad escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 1: 7-20.
- Flórez, L. (2000, a). El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. *Avances*

- en *Psicología Clínica Latinoamericana*, 18: 13-22.
- Flórez, L. (2000, b). 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 Inédita*. Bogotá: Centro de Estudios e Investigaciones sobre Adicciones y Violencia, Universidad Católica de Colombia.
- Green, S.K. (1997). Stages of change theory. http://www.msstate.edu/skg1/States_of_Change_Theory/transtheoretical.html
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- 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.
- Ortega, M. (1999). Del biberón al trago. *El Tiempo*, Abril 18, p. 1 C.
- Pollak, K.I., Carbonari, J.P., DiClemente, C.C., Flores, Y. & Mullen, P.D. (1998). Causal relationships of processes of change and decisional balance: Stage specific models for smoking. *Addictive Behaviors*, 23(4): 437-448.
- Prochaska, J.O. (1979). *Systems of Psychotherapy: a Transtheoretical Analysis*. Pacific, CA:Brooks-Cole.
- 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 y DiClemente, C.C. (1.994). *The Transtheoretical Approach*. Malabar: Krieger Publishing Company.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9): 1102-1114.
- Prochaska, J.O y 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.
- Rodríguez, E. (1997). *Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 1996*. Santafé de Bogotá: CIDNE, DGE y CEIS.
- Sanabria, P., Alvarez, A., Hurtado, J. y 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.
- Salleras-Sanmartí, L. (1990). *Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.
- Sheeran, P. & Abraham, Ch. (1995). The health belief model. En: M. Conner & P. Norman (Eds.) *Op Cit.*, pgs. 23-61.
- URICA (1998). *University of Rhode Island Change Assessment Scale*. <http://www.RhodeIslandAssessmentScales...partments.html/psychology.html/change/Urica.htm>.
- Weinstein, N.D. (1988). The Precaution Adoption Process. *Health Psychology*, 7: 355-386.
- Weinstein, N.D., Rothman, A.J. & Sutton, S.R. (1.998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17(3): 290-299.
- Westermeyer, R. (1992). *A user-friendly model of change*. <http://www.cts.com/crash/habsmrt/motivate>.