

INVESTIGACION Y DISEMINACION DE CEMA-PEMA-P: UN PROGRAMA CON ENFOQUE MOTIVACIONAL BREVE PARA LA PREVENCION PRIMARIA DEL ABUSO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES

Luis Flórez-Alarcón, Ph.D.¹
Centro de Estudios e Investigaciones sobre Adicciones y Violencia
Universidad Católica de Colombia

Flórez-Alarcón, L. (2007). Investigación y diseminación de CEMA-PEMA-P: Un programa con enfoque motivacional breve para la prevención primaria del abuso de alcohol en estudiantes. En: S.L. Echeverría, V.C. Carrascoza, & M.L. Reidl (Compiladores). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, pgs. 237-272.

Introducción

CEMA-PEMA-P es la sigla que se utiliza para denominar un programa de prevención primaria o selectiva del abuso del consumo de alcohol, dirigido a estudiantes de bachillerato (*preparatoria ó high school*) y a estudiantes universitarios, el cual se ha propuesto como resultado de una línea de investigación desarrollada en el *Centro de Estudios e Investigaciones sobre Adicciones y Violencia* (CEIAV) de la Universidad Católica de Colombia. La sigla “CEMA” hace referencia al *Cuestionario de Etapas para la Modificación del Abuso de Alcohol*; la sigla “PEMA” se refiere al *Programa de Etapas para la Modificación del Abuso de Alcohol*; la letra “P” se refiere a *Prevención Primaria*.

La importancia de la reflexión sobre diseminación surge de la necesidad de diferenciar dos procesos investigativos que deben darse cuando se desarrollan programas de intervención psicológica sustentados en la evidencia: Primero, el proceso investigativo que lleva a fundamentar la eficacia de un programa, generalmente mediante la realización de estudios descriptivos y de estudios cuasiexperimentales que apuntan a demostrar la validez interna de los procedimientos de intervención, y a establecer cuáles son los ingredientes suficientes y necesarios para que dicha intervención logre un impacto significativo sobre el cambio del comportamiento. Segundo, el proceso investigativo que lleva a fundamentar la posibilidad de generalizar, a la vida cotidiana de la sociedad, los procedimientos ya probados en los ensayos científicos anteriores, los cuales suelen transcurrir en condiciones distintas a las de la vida real de las comunidades y de

¹ El presente capítulo constituye una extensión de la Conferencia por Invitación presentada en el IV Coloquio Internacional sobre Diseminación de Programas de Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas. México, Febrero de 2006, Facultad de Psicología, UNAM.
Correspondencia: luis@florez.info

las instituciones. Ese doble proceso investigativo es necesario porque la diseminación e implantación del programa en los escenarios sociales propios de la salud pública depende no sólo de su eficacia, sino también de su factibilidad, de su adecuación socio-cultural, y de su validez ecológica; es decir, se trata de un doble proceso que propende por la comprobación de la validez externa de procedimientos con validez interna demostrada.

Lo anterior tiene aún mayor importancia en el caso de procedimientos psicológicos en el campo de la prevención en áreas como la adicción al consumo de sustancias psicoactivas, o como la drogodependencia. En estos campos, la controversia sobre la poca eficacia de los procedimientos y, más aún, sobre su escasa o nula generalización al medio de la salud pública, deja muchos interrogantes sin resolver, y es materia de múltiples críticas que pueden llevar a falsas conclusiones acerca del supuesto “fracaso de la prevención”, en lugar de llevar a una reflexión sobre las críticas hechas a las metodologías preventivas construidas desde la psicología y a sus posibles soluciones (Fernández-Ríos, Cornes, & Codesido, 1997). Ese “fracaso” se utiliza para pseudoexplicar las tasas crecientes de consumo de sustancias, y facilita las decisiones que tratan de fomentar la continuación de políticas prohibicionistas de dudosa eficacia, dirigidas a actuar sobre el control de la oferta o producción de sustancias (sobre todo de las ilegales), mediante el uso de la represión y del control legal, en detrimento de su tratamiento en un contexto de salud pública que favorezca el desarrollo de políticas preventivas que actúen sobre la demanda de las sustancias, sean éstas legales (como el alcohol y el tabaco) o ilegales, mediante lineamientos de promoción de la salud, de minimización de riesgos, o de reducción del daño (Smith, Orleans, & Jenkins, 2004; McCoun, 1999; 1998). No se trata de negar indiscriminadamente la validez de las medidas legales, o de sustituir el “fracaso de la prevención” por el “fracaso de la prohibición”, sino de abogar por la diseminación de programas preventivos que están lejos de haberse implementado en condiciones suficientes que garanticen su efectividad, de manera que se pueda dar una complementación entre ambos tipos de acción, lo cual incrementa significativamente su impacto combinado (Henggler & Cols., 2006; Futterman, Lorente, & Silverman, 2005).

Fundamentar la eficacia de un programa de prevención o tratamiento de comportamientos adictivos a través de ensayos científicos, y fomentar su diseminación al medio social o al medio de la salud pública, es algo que demanda esfuerzos múltiples y años de trabajo. El término “investigación en diseminación” se ha focalizado en el análisis de la efectividad y aceptabilidad

que tienen en la práctica clínica amplia, o en otros tipos de práctica social (ej. prevención en los colegios y universidades), los tratamientos con soporte empírico que se desarrollan en la investigación científica aplicada. La disseminación satisfactoria implica consideraciones acerca del desarrollo del tratamiento, su eficacia, su efectividad, su aceptabilidad, la utilización del servicio, y el proceso de investigación psicoterapéutica (Addis, 2002). De acuerdo con este autor, lo que se busca responder con la investigación en disseminación es si los efectos de un tratamiento, observados en los ensayos restringidos de investigación empírica acerca del mismo, se generalizan a diversos contextos de la práctica social, y si los resultados obtenidos mediante su implementación en esos nuevos contextos son iguales o diferentes a los que se obtenían antes de esa disseminación.

Aquí debe tenerse en cuenta la diferencia entre *efecto* de un tratamiento, y *resultado* o *impacto* de su implementación. Lo primero alude a su potencia para alterar un cuadro clínico (ej. dependencia) o comportamental (ej. consumo); lo segundo se refiere a su impacto a largo plazo sobre poblaciones o sobre el estado de la salud pública. Que con la implementación de un tratamiento disseminado en la práctica clínica o social se obtengan los mismos *efectos* que los observados en su implementación durante los ensayos de investigación, es un hecho que no garantiza por sí mismo que los *resultados* de la implementación amplia (tratamiento en proceso de disseminación) serán superiores a los que existían antes de la disseminación de un tratamiento (tratamientos usuales). Esa diferencia en el impacto, al cambiarse de un tratamiento usual a otro con soporte en la evidencia empírica, depende de factores referentes al tipo de población (clínica o no), el tipo de problema tratado, el contexto ambiental en el que se realiza la intervención, y el tipo de practicantes que la realizan.

CEMA-PEMA-P es un programa de intervención breve, de corte motivacional. Eso significa que se trata de un programa diseñado para disparar el cambio mediante la afectación de las variables que intervienen en la fase motivacional del desarrollo de una acción, incorporando algunos lineamientos básicos que han sugerido diversos autores para la estructuración de los programas motivacionales de intervención breve.

Se trata de un programa que se enmarca en la tradición de intervenciones breves de autocambio dirigido para personas con problemas de abuso en el consumo de bebidas alcohólicas, que no llegan a ser problemas severos de dependencia (Sobell & Sobell, 2005; Sobell, 2001), las cuales pueden beneficiarse de este tipo de intervenciones motivacionales. El solo hecho de que

muchas personas se recuperan de sus problemas de abuso sin requerir ayuda o intervenciones terapéuticas, sugiere que la motivación para el cambio es un factor disparador de las modificaciones del consumo de alcohol. Si esto es válido en el caso de sujetos que ya tienen instalado un problema de abuso, lo es más para sujetos que apenas se encuentran en riesgo de incurrir en esta situación, para quienes va especialmente dirigida la intervención preventiva. La meta de estas intervenciones es disparar el compromiso del cambio, bajo el supuesto de que la mayoría de bebedores poseen las habilidades necesarias para transformar ese compromiso en acción, o pueden adquirirlas en caso de que no las posean, mediante intervenciones adicionales igualmente breves (Gantiva, Gómez, & Flórez-Alarcón, 2003; Ayala, Cárdenas & Cols., 1998; Ayala, Echeverría, & Cols., 1998).

La toma de decisiones es un componente esencial de la intervención motivacional breve. La persona elige las metas de cambio, generalmente metas de moderación y no de abstinencia del consumo, y hace sus propios planes para el logro de esas metas, a partir de un conocimiento de los factores relevantes como son las situaciones que le llevan a consumir, y la confianza en su capacidad para afrontar dichas situaciones. Buena parte del trabajo durante las sesiones se dirige a que la persona conozca el estado actual de esos factores en su propio caso. Si la elección es un asunto esencial, el tratamiento breve toma en cuenta el manejo de la ambivalencia del sujeto, para lo cual introduce elementos que le ayuden a tomar decisiones favorables al cambio, tales como son los elementos o principios propios de la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1999). La incorporación de estos principios y técnicas de entrevista han demostrado ser eficaces, y actuar mejor que los estilos confrontativos, para fortalecer la motivación al cambio en sujetos abusadores de alcohol (Miller, Benefield & Tonigan, 1993). De hecho la intervención motivacional puede considerarse como un ingrediente básico de la terapia cognitivo-conductual, cuyo principal efecto es el fortalecimiento de la alianza terapéutica, en dirección del logro de las principales metas que motivan al sujeto que la recibe (Holtforth & Castonguay, 2005).

Estas intervenciones motivacionales breves se han recomendado para uso específico con adolescentes y con estudiantes universitarios, y su impacto positivo se ha verificado en estudios que las comparan con otras intervenciones o con ausencia de intervención (Borsari & Carey, 2005; Murphy & Cols., 2001; Monti & Cols., 1999; Marlatt & Cols., 1998). De gran relevancia han resultado los estudios que se han propuesto evaluar la amplia posibilidad que este tipo de intervenciones representan para ser generalizadas al medio de la salud pública, dadas las

características de eficacia y de economía que revisten (Carrascosa & Ayala, 2000; McCambridge & Strang, 1997; Rodríguez-Martos, 1994).

En el presente capítulo se hará una descripción de los pasos seguidos en la estructuración de CEMA-PEMA-P, en la búsqueda de evidencia empírica para este programa, y se hará también un análisis de los avances y de las carencias que subsisten en el camino hacia su diseminación. Esa descripción y ese análisis se harán tomando como marco de referencia a las tres fases que el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) considera que deben cumplirse en el proceso de sustentación de la evidencia empírica para la diseminación de un tratamiento, de acuerdo con un modelo de fases o estadios para la investigación sobre tratamientos comportamentales en el campo de las adicciones -*Modelo de Fases para la Investigación de las Terapias Conductuales*- (Onken, Blaine, & Battjes, 1997). Aquí se asume que las consideraciones conceptuales y metodológicas para la generación y sustentación empírica de una intervención terapéutica secundaria (tratamiento propiamente dicho), son también válidas para una intervención selectiva de prevención primaria.

Fase I: Fundamentación y construcción de CEMA

El primer estadio del Modelo de Fases para la Investigación de las Terapias Conductuales consiste en estudios de pilotaje que someten a prueba la factibilidad de la implementación del nuevo tratamiento con soporte en la evidencia (TSE), la preparación del manual, el desarrollo del programa de entrenamiento, y el desarrollo de mediciones de adherencia y competencia para el nuevo TSE. También puede incorporarse en esta etapa la descripción de los principios conductuales que permiten comprender el proceso de desarrollo de la nueva intervención conductual (Rounsaville, Carroll, & Onken, 2001).

Esta fase I, en el caso de CEMA-PEMA-P, abarcó estudios acerca de los fundamentos del Modelo Transteórico (MTT), decisiones sobre las variables cruciales a incluirse en el programa de acuerdo con este modelo, y estudios descriptivos para medir esas variables. Eso llevó a decisiones y diseño de procedimientos de medición tanto de la variable independiente –los procesos de cambio-, de la variable dependiente –la disponibilidad al cambio y los datos de consumo de alcohol- y de las variables intermedias –las motivaciones ó tentaciones, la

autoeficacia, y los balances decisionales-. Igualmente, se realizaron ensayos preexperimentales sobre sistemas de intervención, con mediciones pre y post, mediante trabajos de campo ejecutados por estudiantes de seminarios de investigación de cursos de pregrado, quienes realizaban dichos trabajos como parte de su proceso de formación investigativa y profesional bajo la dirección del autor. Esos trabajos son, por lo general, investigaciones docentes que conducen a un reporte interno en el CEIAV, las cuales complementan a las investigaciones institucionales o profesionales propiamente dichas, que conducen a reportes en revistas y publicaciones científicas. En la descripción de la fase I que se hace aquí, se incluye la investigación docente que tuvo la mayor significación para el diseño inicial del CEMA (Flórez-Alarcón, & Cols., 2000), y las investigaciones institucionales que se hicieron para validar los instrumentos de medición empleados, para obtener sus datos de confiabilidad y validez, para aportar sus baremos de interpretación, y para explicar la situación de consumo de alcohol en estudiantes de bachillerato y en estudiantes universitarios de Bogotá (Flórez-Alarcón, 2000; 2001a; 2001b; 2001c; 2003a; 2005a).

CEMA-PEMA-P es un programa diseñado y estructurado conforme a la teoría de etapas propuesta por el MTT (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994), del cual se han tomado las variables esenciales que se evalúan a través del cuestionario CEMA, y los procesos de cambio que se incluyen en el programa PEMA para el fomento de la motivación o disponibilidad a cambiar de los participantes en el programa. Se trata, entonces, de un programa de prevención primaria del abuso en el consumo de alcohol, el cual se fundamenta en la implementación de los procesos de cambio propuestos por el MTT, integrando a sus procedimientos la evaluación de las variables mediadoras (Tentaciones, Autoeficacia y Balances Decisionales) que, de acuerdo con el MTT, se ubican entre esos procesos (variable independiente) y la disponibilidad al cambio (variable dependiente).

El principal aporte de la primera fase en el desarrollo de CEMA-PEMA fue, sin lugar a dudas, la construcción de los cuestionarios de la batería CEMA referentes a la medición de la motivación para cambiar, a la medición de las variables intermediarias, y a la medición del comportamiento diana.

1. Motivación al cambio:

El término “etapas” se refiere a la evolución de la disponibilidad al cambio que, de acuerdo con el MTT, transcurre por un conjunto de etapas que van desde la precontemplación hasta el mantenimiento de la acción, pasando por la contemplación, la preparación, y la acción (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Dichas etapas reflejan diferentes niveles en la evolución ascendente de la motivación para modificar el comportamiento diana, que en este caso es el consumo excesivo de alcohol; esa motivación se evalúa a través de la disponibilidad al cambio. Como puede observarse, los términos “etapa”, y “disponibilidad al cambio” están íntimamente relacionados, en la medida en que hacen referencia directa a la motivación de la persona para modificar su comportamiento. Sin embargo, la operacionalización de estos conceptos puede variar, en función de que se haga mediante la referencia directa a la clasificación en una etapa, utilizando el algoritmo temporal tradicional de clasificación propuesto por los creadores del modelo (Prochaska & DiClemente, 1992), o de que se haga mediante la referencia a un indicador cuantitativo de disponibilidad al cambio, como el test URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*), el cual se ha adaptado para la medición de la disponibilidad a cambiar diferentes comportamientos, incluido el de consumir alcohol (Pantalon & Cols., 2002).

1.1. *Clasificación de etapas*: El algoritmo temporal para la clasificación de las etapas se construyó inicialmente por los autores del MTT con referencia al comportamiento de fumar (Prochaska & DiClemente, 1982). Se trata de una secuencia de preguntas en las que se toma el tiempo en el que la persona está dispuesta a modificar la conducta (dejar de fumar o dejar de beber) como criterio para clasificarla en una etapa u otra. Si la persona NO se propone cambiar la conducta en el curso de los próximos seis meses se la clasifica en la etapa de precontemplación; si manifiesta disposición a cambiarla en el curso de los siguientes seis meses, se la clasifica en la etapa de contemplación; si manifiesta disposición a cambiarla en el curso del próximo mes, y ya ha hecho intentos fallidos de cambio que hayan durado por lo menos 24 horas, se la clasifica en la etapa de preparación; si ya inició el cambio, pero lleva menos de seis meses en este nuevo comportamiento, se la clasifica en la etapa de acción; si lleva más de seis meses persistiendo en el nuevo comportamiento, pero experimenta tentaciones de recaída, se la clasifica en la etapa de mantenimiento; si lleva más de seis meses de acción, y ya no experimenta tentaciones de recaída, se la clasifica en la etapa de terminación. Este sistema de clasificación de etapas, tal como se propuso inicialmente por los autores del MTT, se ha aplicado exitosamente al caso del

comportamiento de fumar, sobre lo cual hay gran evidencia en el contexto internacional (Perz, DiClemente & Carbonari, 1996), y alguna evidencia en el contexto colombiano (Cabrera, 2001; Sanabria & Cols., 2000).

Ese algoritmo de clasificación de etapas, que suele ser adecuado para el comportamiento de fumar, no puede aplicarse de la misma forma al comportamiento de consumir alcohol. Si a una persona se le pregunta escuetamente, por ejemplo, “¿piensa dejar de beber alcohol en el curso de los próximos seis meses?” podría contestar que NO, simplemente porque es un bebedor social que no siente necesidad de cambiar, o porque es un bebedor excesivo que no está dispuesto a dejar de beber, a pesar de sentir una gran necesidad de hacerlo. En otro ejemplo, hacer intentos fallidos de dejar de fumar que duren por lo menos 24 horas, tiene una significación muy diferente al de hacer intentos de dejar de beber por 24 horas.

Por esa razón en el CEMA se construyó la secuencia de preguntas para clasificar a la persona en una etapa del MTT, haciendo referencia a un tipo de consumo de alcohol particular, que es el que se considera como consumo excesivo, y no con referencia al comportamiento de “beber” en general. Se ha propuesto como comportamiento límite de consumo excesivo la cantidad de 4 unidades en mujeres, y de 5 unidades en hombre (Ayala, Cárdenas, & Cols., 1998). Aunque la noción de “unidad” puede referirse a una cifra precisa de ingesta de alcohol etílico, en nuestros estudios se ha manejado la idea de “unidad”, en aras de facilitar la comprensión de los encuestados, como la cantidad correspondiente a una copa sencilla (no una copa doble o una copa grande) de licor destilado (aguardiente, tequila, whisky, ron, etc.), a un vaso pequeño de vino (tamaño estándar de los vasos que se ofrecen comercialmente para el consumo de vino), o a una cerveza (del tamaño usual de una lata). La clasificación en una etapa se hace a través de dos preguntas:

- a) Una pregunta referente a la frecuencia y a la intensidad (cantidad de unidades) que la persona consume usualmente:

De las siguientes alternativas cuál describe mejor la FRECUENCIA con la que usted consume en promedio bebidas alcohólicas?:

- Menos de una vez al mes
- Entre 1 y 3 veces al mes
- Una o más veces a la semana
- A diario

De las siguientes alternativas, cuál describe mejor la CANTIDAD de unidades (cervezas, copas, vasos, etc.) que usted generalmente toma en una ocasión en que bebe:

- Entre 1 y 3 unidades
- Entre 4 y 5 unidades
- Más de 5 unidades

La frecuencia de consumo lleva a clasificar a los bebedores como leves (“menos de una vez al mes”), intermedios (“entre 1 y 3 veces al mes”), y fuertes (“una o más veces a la semana”). Sin embargo el criterio principal a tenerse en cuenta no es la frecuencia (ej. una persona puede consumir sin problemas, como parte de sus rutinas, un vaso diario de vino al almuerzo), sino la intensidad del consumo. Esto se debe a que el exceso en la cantidad de unidades consumidas es el factor asociado a los riesgos de la intoxicación alcohólica.

La pregunta sobre intensidad permite discriminar a las personas que, de manera decidida, afirman que beben más de cinco unidades, independientemente de que sean hombres o mujeres; esta ausencia de referencia al género se fundamenta en la evidencia creciente de la proximidad que se da entre hombres y mujeres respecto del comportamiento de beber en Colombia (Pérez, 2000; RUMBOS, 2002).

- b) Una pregunta referente a la temporalidad con la que la persona se propone disminuir la cantidad de unidades que bebe por ocasión:

Si planea moderar el consumo, disminuyendo la cantidad de unidades (copas, cervezas, vasos, etc.) que consume por ocasión en que bebe, su plan es comenzar a hacer esa disminución:

- En el curso de los próximos 30 días
- Dentro de uno a seis meses aproximadamente
- Pasarán más de seis meses antes de que empiece a disminuir la cantidad que bebe
- No planea disminuir en un futuro próximo la cantidad que bebe

Con la combinación de las respuestas a las dos preguntas anteriores es posible hacer la clasificación de la persona, ya sea con el fin de asignarlas al programa preventivo o a otro tipo de programa, y con el fin de asignarlas a alguna de las etapas propuestas por el MTT. Lo primero se hace con base en los datos de frecuencia e intensidad del consumo: se asignan a prevención primaria las personas con consumo de frecuencia leve o intermedia, y con intensidad menor a 5 unidades por ocasión en que beben. Se asignan a prevención secundaria las personas con frecuencias de consumo intermedio o fuerte, y con intensidad mayor a 5 unidades por ocasión en que beben. Lo segundo se hace con base en los datos acerca de la temporalidad con la que la persona se propone introducir cambios en el consumo: Se clasifican en las etapas de preparación

(“en el curso de los próximos 30 días”), contemplación (“dentro de uno a seis meses aproximadamente”), precontemplación (“pasarán más de seis meses antes de que empiece a disminuir la cantidad que bebe”), y no-contemplación (“no planea disminuir en un futuro próximo la cantidad que bebe”). Esta segunda clasificación es de interés solamente en referencia a las personas que presentan un consumo excesivo.

La categoría de no-contemplación, aunque no fue propuesta por los autores originales del MTT, ha sido propuesta por otros autores (Freeman & Dolan, 2001), y en este caso permite tomar en cuenta a los bebedores excesivos que han tomado la decisión activa de no disminuir su consumo. Se trata de una categoría de personas que presentan lo que Weinstein (1987; 1988), autor de otro modelo de cambio denominado *Proceso de Adopción de Precauciones*, considera como un “sesgo optimista no-realista”. Dicho concepto hace referencia a la invulnerabilidad percibida de algunos sujetos, lo que les lleva a hacer caso omiso de los riesgos, debido a que usando mecanismos de negación se atribuyen a sí mismos probabilidades bajas de llegar algún día a tener problemas de abuso o de dependencia de alcohol, a pesar de la evidencia objetiva del riesgo. Para documentar lo anterior, se construyó una prueba adicional de sesgo optimista no-realista (Rivera & Villegas, 2004), y se aplicó a los estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, encontrándose dos categorías de sesgo: una referente al riesgo de llegar algún día a tener problemas de abuso de alcohol, y otra referente al riesgo de llegar algún día a tener problemas de dependencia de alcohol.

El tratamiento recomendado para sujetos con alto sesgo optimista no-realista se dirige al fomento de la identificación que ellos deben hacer del riesgo, como algo que les atañe directamente a sí mismos, y no como algo que, a pesar de ser objetivamente probable, lo consideran un asunto más probable para otras personas que para sí mismos, movidos por su percepción distorsionada a causa de los mecanismos cognitivos de negación.

1.2. Cuantificación de la disponibilidad al cambio:

En el CEMA, la disponibilidad al cambio puede evaluarse de dos maneras. Una muy breve, de 2 preguntas, que se incluye en los cuestionarios de tamizaje que se aplican en aulas de clase para detectar sujetos que sean candidatos a participar en el programa de prevención primaria o en el de prevención secundaria (para una descripción del programa de prevención

secundaria, véase el artículo de Gantiva en este mismo volumen), y otro, menos breve, consistente en un pequeño cuestionario de 6 preguntas:

- a) El cuestionario de 2 preguntas que se usa en el tamizaje para evaluar la disponibilidad al cambio:

-¿Está pensando seriamente en disminuir la cantidad de unidades (copas, cervezas, vasos, etc.) que normalmente bebe por ocasión?

-Si su respuesta a la anterior pregunta es afirmativa, califique la seriedad de su intención, en una escala de 1 a 10, donde 1 es "nada seria" y 10 es "muy seria"

- b) El cuestionario de disponibilidad al cambio que se aplica integrado al PEMA, con los participantes del programa de prevención primaria: Consta de 6 preguntas que se enuncian en la Tabla 1. En el estudio de validación del CEMA, la escala de disponibilidad al cambio presentó un índice de confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.90; en la Tabla 1 se incluyen algunos datos adicionales sobre la correlación de cada ítem con la escala.

Tabla 1. Ítems del cuestionario de disponibilidad al cambio (Flórez-Alarcón, 2003a)

Ítem	Correlación ítem-escala	Contenido
1	,7643	Estoy pensando seriamente en disminuir la cantidad de alcohol que normalmente consumo
2	,5752	En el último año (durante los últimos 12 meses), dejé de consumir alcohol a propósito (de manera intencional) por lo menos durante un mes
3	,7787	Deseo vehementemente dejar de consumir alcohol
4	,7862	Estoy pensando en dejar definitivamente de consumir alcohol
5	,7319	Actualmente planeo alguna forma para dejar de consumir alcohol
6	,8075	Planeo dejar de consumir alcohol y estoy decidido(a) a hacerlo

El puntaje de disponibilidad al cambio fue significativamente mayor a medida que los sujetos ascendían en la clasificación de etapas motivacionales, hecha según el sistema clasificatorio que se describió antes en el punto 1.1 ($F=13,76$; $p<0.01$), lo cual es un importante criterio para validar concurrentemente ese algoritmo de clasificación de etapas. Por otra parte, son estadísticamente significativas las diferencias de disponibilidad al cambio, entre los sujetos que contestan "SI" o "NO" en el tamizaje a la pregunta sobre intención seria de disminuir el consumo ($t=20,16$; $p<0.01$); eso corrobora la capacidad predictiva del cuestionario de tamizaje.

Igualmente, fue muy significativa la correlación entre el puntaje dado por los sujetos en el tamizaje a la seriedad de su intención y el puntaje en la prueba de disponibilidad al cambio ($r = 0,44$; $p < 0.01$).

2. Variables intermedias:

Que las personas modifiquen o no su comportamiento, de acuerdo con el MTT, depende de factores referentes a lo que sucede en ellas; es decir, depende de variables propias del sujeto, las cuales son variables intermedias que se ubican entre la variable independiente (procesos de cambio) y la variable dependiente (disponibilidad al cambio). Esto lleva a que el PEMA-P integre dentro de su estructura un tratamiento especial sobre esas variables intermedias, las cuales tienen su correspondiente componente de evaluación en el CEMA. Se trata de las tentaciones, de la autoeficacia, y de los balances decisionales.

- a) *Las tentaciones*: son las situaciones externas (medioambientales) o internas (pensamientos, emociones, etc.) que, en caso de que la persona se encuentre expuesta a ellas, incrementan la probabilidad del consumo. Es decir, se trata de situaciones externas e internas que actúan a la manera de estímulos discriminativos del consumo.
- b) *La autoeficacia*: es la confianza de la persona en que podrá controlar su comportamiento de beber, en caso de llegar a encontrarse expuesta a alguna de las tentaciones.

Dado que la autoeficacia se evalúa en función de las tentaciones, el cuestionario de tentaciones y el cuestionario de autoeficacia hacen referencia exactamente a las mismas situaciones, pero indagan sobre aspectos distintos en cada una de ellas. En el cuestionario de tentaciones se indaga acerca de la probabilidad de consumir alcohol cuando la persona se encuentra ante la situación descrita en el ítem. En el cuestionario de autoeficacia se indaga por la confianza de la persona en que no consumirá alcohol, aún cuando se vea expuesta a la situación descrita en el ítem. En la Tabla 2 se presentan las 20 situaciones que tienen la mayor importancia para el consumo de alcohol en los estudiantes bogotanos, que son las incluidas en los ítems, y la correlación individual de cada ítem con su respectiva escala. El cuestionario de tentaciones presentó una confiabilidad Alpha de 0,93 y el de autoeficacia de 0,97. Como un detalle de interés especial, debe anotarse que la autoeficacia observada es mayor en mujeres, mientras que las

tentaciones percibidas son mayores en hombres; éstos son factores que contribuyen a explicar la mayor tendencia a consumir excesivamente en los hombres (Flórez-Alarcón, 2003b).

- c) *Los balances decisionales*: Corresponden a las evaluaciones que hacen las personas acerca de los aspectos favorables (pros) y de los aspectos desfavorables (contras) del consumo, tanto en el sentido de consumir como en el de no consumir bebidas alcohólicas. La decisión voluntaria de la persona sobre el consumo depende en buena medida de ese balance entre los pros y los contras, en especial cuando lo realiza de una manera consciente; durante la intervención PEMA-P se busca que la persona culmine en un balance favorable a la moderación del consumo.

Tabla 2. Items de los cuestionarios de tentaciones y de autoeficacia (Flórez-Alarcón, 2003a)

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

En la Tabla 3 se presentan los items y correlaciones del cuestionario de pros, cuyo coeficiente de confiabilidad Alpha fue de 0,92. En la Tabla 4 se hace lo propio para el cuestionario de contras, cuyo índice de confiabilidad fue de 0,93. El análisis de las relaciones entre pros y contras fue más favorable para las mujeres, en comparación con los hombres, lo cual es una razón adicional que explica la mayor propensión al consumo excesivo en los hombres

(Flórez-Alarcón, 2003b). En ambos géneros, pero más en hombres, el argumento a favor del consumo que se esgrime con mayor frecuencia es el hecho de que beber contribuye a disfrutar más de las reuniones sociales; los hombres consideran con mayor frecuencia, además, que beber contribuye a disminuir la tensión y a facilitar la comunicación con otras personas, sobre todo cuando hay interés sexual en ellas.

Tabla 3. Items del cuestionario de argumentos favorables al consumo (PROS) (Flórez-Alarcón, 2003a)

<i>Item</i>	Correlación ítem-escala	Contenido
1	,7005	Beber me produce una sensación excitante
2	,7569	Beber me produce ánimo
3	,7897	Me siento más feliz cuando bebo
4	,7476	Puedo conversar mejor con alguien que me atrae después de beber algunas copas
5	,7427	Beber me hace sentir más relajado(a) y menos tenso(a)
6	,7572	Beber me ayuda a divertirme con mis amigos
7	,7427	Los eventos donde hay bebida son más divertidos
8	,5959	Me siento más seguro(a) de mí mismo(a) cuando he bebido

Tabla 4. Items del cuestionario de argumentos desfavorables al consumo (CONTRAS) (Flórez-Alarcón, 2003a)

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

3. Comportamiento diana:

El objetivo fundamental de CEMA-PEMA-P es prevenir el abuso del consumo de alcohol; no se busca necesariamente favorecer el comportamiento abstemio, sino promover la moderación

en el consumo, de conformidad con un lineamiento de minimización del riesgo. Por esta razón, durante la intervención es fundamental que los participantes identifiquen con toda claridad cuándo se puede hablar de abuso y, sobre todo, que identifiquen su propia posición en relación con el abuso, especialmente si se tiene en cuenta el alto sesgo optimista no-realista que exhiben los estudiantes en relación con la posibilidad de incurrir en abuso (Rivera & Villegas, 2004).

El cuestionario de abuso es el instrumento que se utiliza para facilitar el logro del anterior objetivo. Se trata de un cuestionario de 26 ítems que se presenta en la Tabla 5, cuyo índice de confiabilidad Alpha fue de 0,92. Su elaboración se apoyó en los resultados de otra línea de investigación del CEIAV (Briñez, 1998; 2001) que condujo al desarrollo de un cuestionario de evaluación amplia de los problemas asociados al consumo de alcohol (CEAL); de diversas aplicaciones de ese cuestionario, se adaptaron los ítems correspondientes a las nociones de intoxicación aguda y de abuso, y se eliminaron otros que corresponden mejor a la noción de dependencia alcohólica. Sin embargo, el uso del CEAL se recomienda para los casos en que se busque realizar una exploración más detallada de las consecuencias negativas del consumo excesivo de alcohol, que la hecha mediante la escala de abuso del CEMA.

Fase II: Fundamentación y desarrollo de PEMA-P

El segundo estadio del Modelo de Fases para la Investigación de las Terapias Conductuales se dirige a demostrar la eficacia de los nuevos TSE, entendida básicamente como la validez interna de los procedimientos, establecida en ensayos clínicos controlados, generalmente a través de diseños de investigación cuasiexperimental; se busca también en este estadio realizar algunos avances acerca de cuáles son los componentes activos necesarios y suficientes para que opere el TSE, así como sugerir aspectos que pueden resultar de difícil cumplimiento en la fase posterior de generalización del tratamiento a la práctica pública (Rounsaville, Carroll, & Onken, 2001).

1. Fundamentación de PEMA-P:

Cuando se diseñaron los procedimientos de intervención incorporados a PEMA-P se tuvieron en cuenta, por lo menos, tres criterios fundamentales: 1) La necesidad de establecer procedimientos de prevención diferenciales, de acuerdo con la situación del problema (consumo

social, abusivo, o dependiente de alcohol) en la población a la cual van dirigidos. 2) El objetivo de minimización de los riesgos y no de abstinencia como meta de la intervención. Y, 3) El ceñimiento a las propuestas psicosociales de etapas en el campo de la prevención, las cuales enfatizan especialmente en la importancia de coordinar los procedimientos de intervención con la etapa motivacional de los sujetos que los reciben (Weinstein, Rothman, & Sutton, 1998), en lugar de administrar a todos los sujetos los mismos procedimientos de manera indiscriminada.

Tabla 5. Ítems del cuestionario de abuso en el consumo de alcohol (Flórez-Alarcón, 2003a)

Item	Correlación ítem-escala	Contenido
1	,4956	Estando bajo efectos del alcohol, me he caído y me he lesionado
2	,4557	Mi forma de beber ha hecho que durante los últimos meses haya dejado de asistir a mi trabajo o a mi estudio
3	,5622	Cuando tomo, digo cosas sin sentido
4	,4202	Cuando tomo, vomito
5	,6173	Cuando tomo, he visto, oído o sentido personas o cosas que otros no ven
6	,5965	Cuando tomo, siento tanto gusto por la bebida que prefiero seguir tomando por encima de otras actividades que también me agradan
7	,5303	Durante el último año he llegado tarde a mi trabajo o estudio a causa de mi bebida
8	,6833	Cuando tomo, pierdo el hilo de la conversación
9	,6686	Durante los días en que no tomo, oigo, veo o siento personas o cosas que otros no sienten
10	,6083	Cuando tomo me pongo agresivo(a)
11	,7372	Mientras tomo pierdo momentáneamente la noción del lugar donde estoy
12	,6425	He convulsionado mientras tomaba o poco tiempo después
13	,6140	Cuando tomo digo cosas que después no recuerdo
14	,3082	Ultimamente, yo tomo cuando se me presenta la oportunidad
15	,5437	He vomitado sangre mientras tomaba o poco tiempo después
16	,5933	Cuando estoy bajo los efectos del alcohol tengo que sostenerme para no caer
17	,6551	Durante los últimos meses ha habido en mi familia amenazas de abandono a causa de mi conducta de beber
18	,6067	Sudo más de lo acostumbrado poco después de que he dejado de tomar
19	,4738	Durante los últimos meses me han detenido por estar manejando carros o máquinas bajo efectos del alcohol.
20	,5867	Durante los últimos meses he tenido problemas con la ley por acciones cometidas bajo efectos del alcohol
21	,5475	He perdido el sentido mientras tomaba o poco tiempo después
22	,5582	Cuando tomo me enredo para hablar
23	,5763	Siento que necesito tomar más alcohol u otras sustancias para poder dormir
24	,5762	Por beber, perdí mi trabajo o mi estudio durante los últimos meses
25	,5742	Mi forma de beber provocó que durante los últimos meses tuviera que irme de la casa
26	,6045	Durante los últimos meses fui suspendido de mi trabajo o estudio a causa de mi bebida

En cuanto al primer criterio, referente a la programación de procedimientos diferenciales de prevención, en función de la situación particular de los sujetos respecto del problema a prevenirse, lo que se busca básicamente es aparear esa situación con la modalidad preventiva que le sea más pertinente. Tradicionalmente se ha diferenciado entre prevención primaria, secundaria, y terciaria, relegando la idea de prevención propiamente dicha al caso de la primaria, cuando aún no ha acontecido el problema pero sí hay riesgos evidentes de que puede darse; la secundaria se identifica con los tratamientos terapéuticos cuando el problema ya se ha dado de forma aguda, y la terciaria se identifica más con la rehabilitación y la evitación de la profundización de las secuelas del problema, cuando éste tiene características de cronicidad (Armijo-Rojas, 1994); este mismo autor hace referencia a la prevención primordial, dirigida a la evitación y modificación de los patrones o estilos de vida que tienden a asociarse indiscriminadamente con la enfermedad. Otras denominaciones que se han propuesto para estos niveles de prevención son prevención selectiva (primaria), prevención indicada (secundaria), y prevención universal (primordial). Para llegar a conclusiones objetivas acerca de la efectividad de un programa de prevención se requiere analizar sus resultados en función del tipo de problema que se propone prevenir y del nivel preventivo en el que se realiza (Greenberg, Domitrovich, & Bumbarger, 1999).

Para el caso del alcohol, deben tomarse en cuenta las diversas modalidades de consumo que se observan en la población, en lugar de tomar en cuenta exclusivamente las tasas globales de prevalencia del consumo, que, ciertamente, son en Colombia las más altas en comparación con el consumo de las demás sustancias psicoactivas en estudiantes de bachillerato y en estudiantes universitarios (RUMBOS, 2002). De acuerdo con los resultados obtenidos en nuestros estudios con población bogotana (Flórez-Alarcón, 2003a), en los que se toma el puntaje en la prueba CAGE (Chan, 1994; Oswald, 1999) como predictor del riesgo de dependencia, aproximadamente el 75% son “consumidores sociales”, que no presentan riesgo de dependencia; alrededor del 12% son consumidores en riesgo, para quienes se recomienda una prevención selectiva como la prevista en PEMA-P; alrededor del 8% son consumidores perjudiciales, con un problema de consumo excesivo ya instalado, para quienes se recomienda una prevención indicada, tal como el programa de autoayuda dirigida para bebedores problema (Ayala, Cárdenas, & Cols., 1998) o el programa motivacional de prevención secundaria desarrollado en el CEIAV con base en el programa de autoayuda dirigida (ver el capítulo de Gantiva en este mismo volumen). Alrededor del 5% de los estudiantes consumidores de alcohol en nuestro medio son personas dependientes

del alcohol, y para ellos se recomiendan programas de rehabilitación particulares. Esa discriminación es más conducente a la comprensión del problema y a la planificación de programas de prevención y de tratamiento efectivos, que la sola consideración sobre prevalencias, que puede llevar a una distorsión de la magnitud de los problemas, tanto en el sentido de magnificarla como de minimizarla.

En cuanto al segundo criterio, referente a las metas de la intervención, PEMA-P es un programa dirigido a fomentar la moderación en el consumo de alcohol, con el fin de prevenir la intoxicación por alcohol y el abuso de alcohol (APA, DSMIV, 1995). En estudiantes de bachillerato y en estudiantes universitarios la intoxicación y el abuso de alcohol se han asociado con la presencia de problemas por accidentalidad vehicular, violencia, mal rendimiento académico, sexo inseguro, arrestos, lesiones, incremento de la afectividad negativa, trastornos del sueño, sobrepeso corporal, y disminución del rendimiento físico y deportivo (Murphy, McDevitt-Murphy & Barnett, 2005). De la misma manera, el consumo moderado de alcohol se ha asociado con mejores indicadores de satisfacción y calidad de vida en general, en lo social, en lo escolar, en lo familiar, y en el mantenimiento de las relaciones con otros, mientras que el consumo fuerte se asocia con disminuciones sensibles en todos los indicadores de satisfacción, excepto en lo social (Murphy & Cols., 2005). Los mismos autores encontraron que ese impacto del consumo excesivo de alcohol sobre la satisfacción y la calidad de vida es más intenso en mujeres que en hombres, a pesar de que los hombres tienden a presentar mayor cantidad de problemas asociados al consumo que las mujeres. Estos resultados son coherentes con el papel que tiene el consumo de alcohol en nuestra cultura, con beneficios y perjuicios asociados, que llevan a plantear la moderación y no la abstinencia, en línea con una política de reducción de daños y minimización de riesgos, como la meta más adaptativa y realista a perseguir respecto del consumo de alcohol en estudiantes. Así se ha propuesto en los programas de promoción de la calidad de vida dirigidos a estudiantes universitarios (Dooris, 2001).

En cuanto al tercer criterio, referente a la asociación entre etapas motivacionales de los sujetos y procesos de cambio incluidos en la intervención, el propósito original que se persiguió al diseñar PEMA-P fue hacer una aplicación sistemática de los procesos de cambio propuestos por el MTT, tomando en cuenta la asociación, sugerida por los autores del modelo, entre los procesos y las etapas de cambio (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994).

Los procesos de cambio constituyen el medio a través del cual la persona moviliza su disposición a modificar el comportamiento, lo cual la lleva a pasar de la etapa actual, generalmente una etapa de inacción, a una etapa más cercana a la acción o a su mantenimiento. Prochaska & Prochaska (1993) definen un proceso de cambio como “una actividad iniciada o experimentada por un individuo, que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales” (p. 99). Nótese la identificación, que se hace en esa definición, entre “proceso” y “actividad”; más adelante se establecerá una diferencia entre esas actividades, que en realidad no corresponden a procesos sino a procedimientos instrumentales de intervención, y los verdaderos procesos, que se refieren a factores psicológicos como las expectativas, las actitudes, y las decisiones, los cuales son afectados por dichas actividades.

Los autores del MTT han identificado diez procesos de cambio (Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994). Algunos de estos procesos se caracterizan como experienciales, ya que hacen referencia a actividades que afectan especialmente a la experiencia individual, para actuar como disparadores del cambio en la fase motivacional de desarrollo de una acción; se trata de la concienciación, el alivio por dramatización, la autoliberación, la liberación social, la auto-reevaluación, y la reevaluación social. Otros se caracterizan como conductuales, ya que afectan a las relaciones entre el comportamiento y el medio, para actuar como ejecutores del cambio conductual propiamente dicho, en la fase volitiva del desarrollo de la acción; éstos son el control de estímulos, el manejo de contingencias, el contracondicionamiento, y el soporte social.

En la interacción entre procesos y etapas, los procesos experienciales se han asociado con las etapas anteriores a la acción (precontemplación, contemplación y preparación), mientras que los procesos conductuales se han asociado con las etapas de acción y de mantenimiento.

2. Estructuración de PEMA-P, resultados y conclusiones:

A la segunda fase del Modelo de Fases para la Investigación de las Terapias Conductuales corresponden dos estudios cuasiexperimentales realizados con estudiantes de bachillerato en el desarrollo de CEMA-PEMA-P (Flórez-Alarcón, & Cols., 2001; 2002). Estos estudios permitieron avanzar en la estructuración de los procedimientos, la elaboración del manual, y el análisis de sus resultados con miras hacia la posible diseminación del programa.

2.1 *Estructuración Inicial de PEMA-P*: El esquema primario para la estructuración de PEMA-P se basó en la articulación entre procesos de cambio y etapas motivacionales, tal como se analizó en la sección anterior. Esto significa que los sujetos recibían contenidos diferenciales, programados en función de la etapa motivacional en que se les ubicaba, lo cual condujo al diseño de varios talleres con objetivos particulares distintos: a) Los sujetos que se encontraban en la etapa de precontemplación recibían un taller en el que se enfatizaba un objetivo particular dirigido especialmente a la toma de conciencia sobre los riesgos inherentes al consumo excesivo (procesos experienciales de concienciación). b) Los sujetos en etapa de contemplación recibían un taller cuyo objetivo particular enfatizaba el desarrollo de la autoeficacia y de las normas subjetivas favorables a la disminución del consumo (procesos experienciales de auto-reevaluación, de reevaluación social, y de liberación social). c) Los sujetos en etapa de preparación recibían un taller que enfatizaba la elaboración de balances y la toma de decisiones favorables a la moderación del consumo, así como la elaboración de planes para la ejecución de las decisiones (procesos experienciales de auto-liberación y procesos conductuales). d) Los sujetos en etapa de no-contemplación recibían un taller que enfatizaba la autoidentificación con los riesgos, y el desarrollo de una mayor conciencia de vulnerabilidad personal (procesos experienciales de concienciación y de alivio por dramatización).

En los estudios cuasiexperimentales que se hicieron en esta fase, los procedimientos de intervención se administraban de tres maneras distintas, con el fin de poder llegar a conclusiones acerca de las diferencias de resultados entre una administración discriminada de los procesos de cambio, cuando éstos se programaban en función de la etapa motivacional de los sujetos, frente a una administración indiscriminada de todos los procesos, cuando éstos se administraban de forma idéntica a todos los sujetos, independientemente de la etapa motivacional en que se ubicaran. Los tres formatos de intervención eran: a) Administración en bloque, exponiendo masivamente todos los sujetos a todos los procesos de cambio, sin diferenciar por etapas motivacionales. b) Administración diferencial, exponiendo de manera discriminada a los sujetos a unos procesos de cambio adecuados especialmente para su etapa; para eso se dividían a los participantes en subgrupos de acuerdo con la etapa del MTT en la que se ubicaban. Y, c) No administración; esto es, grupos de control que no recibían intervención.

En todos los tres casos se buscaba, como objetivo general, promover el cambio de etapa de los sujetos, de manera que avanzaran hacia la etapa de acción en la cual empiezan a moderar

su consumo. La hipótesis de trabajo era que los sujetos que recibieran tratamientos particulares programados en función de su etapa motivacional inicial lograrían mejores avances que los sujetos que recibieran tratamientos masivos que no discriminaban procesos de cambio en función de las etapas motivacionales; y que ambos grupos tendrían mejores resultados que los sujetos que no recibieran tratamiento alguno.

Para comprender mejor la estructura de los talleres implementados resulta importante diferenciar los tres niveles de objetivos a los que se ha hecho referencia: El objetivo general del taller, que es el avance en la sucesión de etapas motivacionales, conducentes a la moderación del consumo, que caracteriza a la etapa de acción. El objetivo particular de una sesión, que se refiere a la afectación de las variables intermediarias propuestas por el MTT (tentaciones, autoeficacia y balances decisionales) . Y el objetivo específico de una actividad, que es la puesta en práctica de algún proceso de cambio del MTT, conducente, junto con otras actividades incluidas en la sesión, al logro del objetivo particular.

En cuanto al diseño de una sesión, se siguió el esquema estructural descrito en el Cuadro 1, el cual se refiere a las actividades, las duraciones, los objetivos específicos, los procesos de cambio, y las dinámicas que se deben programar para cumplir el objetivo particular de una sesión. Cada sesión tiene una actividad con un objetivo específico central, que es sustancial para el logro del objetivo particular de la sesión, acompañada de otras actividades con otros objetivos específicos complementarios. Aunque una sesión puede tener varias actividades sustanciales, generalmente para una sesión se programa una actividad sustancial y dos actividades complementarias: Una actividad complementaria inicial de motivación para la sesión, una actividad central sustancial para el logro del objetivo de la sesión, y una actividad final de evaluación de la sesión. Las duraciones de una actividad son muy cortas para los objetivos complementarios, y más largas para el objetivo central de la sesión.

Los elementos fundamentales en la estructuración de una actividad son tres: El objetivo específico, el proceso de cambio, y la dinámica. El objetivo específico de la actividad se refiere a un paso hacia el logro del objetivo particular de la sesión, paso que puede ser sustancial (actividad central de la sesión) o accesorio (actividades complementarias de la sesión). El proceso se refiere a la elección de alguno de los procesos de cambio propuestos por el MTT, ya sea un proceso experiencial o uno conductual, el cual se considera fundamental para el logro del

objetivo específico de la actividad sustancial. La dinámica se refiere al procedimiento particular que se diseña para poner en práctica el proceso de cambio elegido.

Por ejemplo, si el objetivo particular de la sesión es “promover la autoidentificación de los sujetos con el riesgo”, un objetivo específico sustancial es “generar conciencia acerca de los riesgos del consumo excesivo”, y un proceso del MTT adecuado para dicho objetivo específico es el alivio por dramatización. La dinámica es el procedimiento concreto que permite poner en escena el proceso de cambio programado, ya sea mediante representaciones escénicas, uso de películas, reflexión verbal, etc. etc. Son múltiples las dinámicas que permiten poner en práctica un mismo proceso de cambio, y su utilidad depende de las características de la población, de lo atractiva que resulte, de su economía temporal, o de los materiales requeridos. Buena parte del trabajo realizado en las fases preparatorias de los dos estudios cuasiexperimentales que se incluyen en esta fase se invirtió en diseñar esas dinámicas, preparar sus materiales, y ensayarlas con otros sujetos en pilotajes realizados antes de utilizarlas en el estudio propiamente dicho.

Cuadro 1: Esquema básico que se siguió para la estructuración de las sesiones de CEMA-PEMA-P

Acti- vidad	Dura- ción	Objeto- tivo	Proceso Psicológico	Diná- mica
1 Comple- mentaria	Du1 Breve	O1	Motivacion a la sesión	Di1
2 Sustan- cial	Du2 Extensa	O2 Objetivo Especi- fico	PROCESO DEL MTT: EXPERIENCIAL O CONDUCTUAL	Di2
3 Comple- mentaria	Du3 Breve	O3	Evaluación de la sesión	Di3

2.2 Efectos de la Intervención: Los colegios seleccionados para realizar las dos investigaciones docentes incluidas en esta fase fueron uno público de clase socioeconómica media

baja (Flórez-Alarcón, & Cols., 2001), y uno privado de clase socioeconómica media alta (Flórez-Alarcón, & Cols, 2002). En el primero se atendieron 100 participantes de grado décimo, y en el segundo 378 participantes de grados décimo y undécimo.

Los resultados tendieron a favorecer el impacto superior de los procedimientos administrados de manera diferenciada a los grupos divididos por etapa según el MTT, frente a la aplicación masiva de los mismos procedimientos a todos los participantes; también fue claramente superior el resultado de los dos grupos que recibieron intervención (masiva o diferencial) frente al grupo de no-intervención. Ese resultado se evidenció tanto en los cambios de las variables intermediarias, como en las modificaciones de la disponibilidad al cambio y de los datos referentes al consumo de alcohol en la semana anterior a las evaluaciones pre y post, así como en el seguimiento a un mes.

De especial interés fue la observación acerca del alto costo que implicó atender a los sujetos divididos por subgrupos, a los cuales se les administraron talleres diferenciales en correspondencia con su etapa motivacional; mientras que la aplicación masiva se hacía con dos investigadores que atendían un solo grupo, en la aplicación diferencial se necesitaban ocho investigadores atendiendo cinco subgrupos simultáneamente (no-contemplación, precontemplación, contemplación, preparación, y acción/mantenimiento), con el incremento correspondiente de recursos humanos y locativos utilizados.

Finalmente, no se tuvo constatación de la adherencia de los terapeutas a protocolos diferenciales acordes con la etapa motivacional de los sujetos según el MTT. Todos los terapeutas reportaron la necesidad de incluir en sus intervenciones procesos de cambio adicionales a los que se habían anticipado para sus subgrupos, lo cual pudo haber llevado a que las intervenciones terminaran siendo muy parecidas en todos los subgrupos; ésto favorece la posibilidad de que el factor representado por el tamaño del subgrupo haya constituido una variable muy relevante que pudo haber generado la superioridad de los resultados en ese caso.

2.3 Conclusiones de la segunda fase: Los anteriores resultados permitieron constatar la eficacia de los procedimientos de intervención, pero dejó grandes dudas acerca de la importancia de adherir a procedimientos diferenciales en función de las etapas de cambio, los cuales, en caso de ser realmente más útiles, resultan de todas maneras impracticables en la vida cotidiana de las instituciones, por el alto costo que tienen.

Estos estudios aportaron también elementos para el perfeccionamiento de los instrumentos que forman parte del CEMA, en especial para el perfeccionamiento de los instrumentos diseñados para evaluar el estado de los procesos de cambio antes y después de las intervenciones.

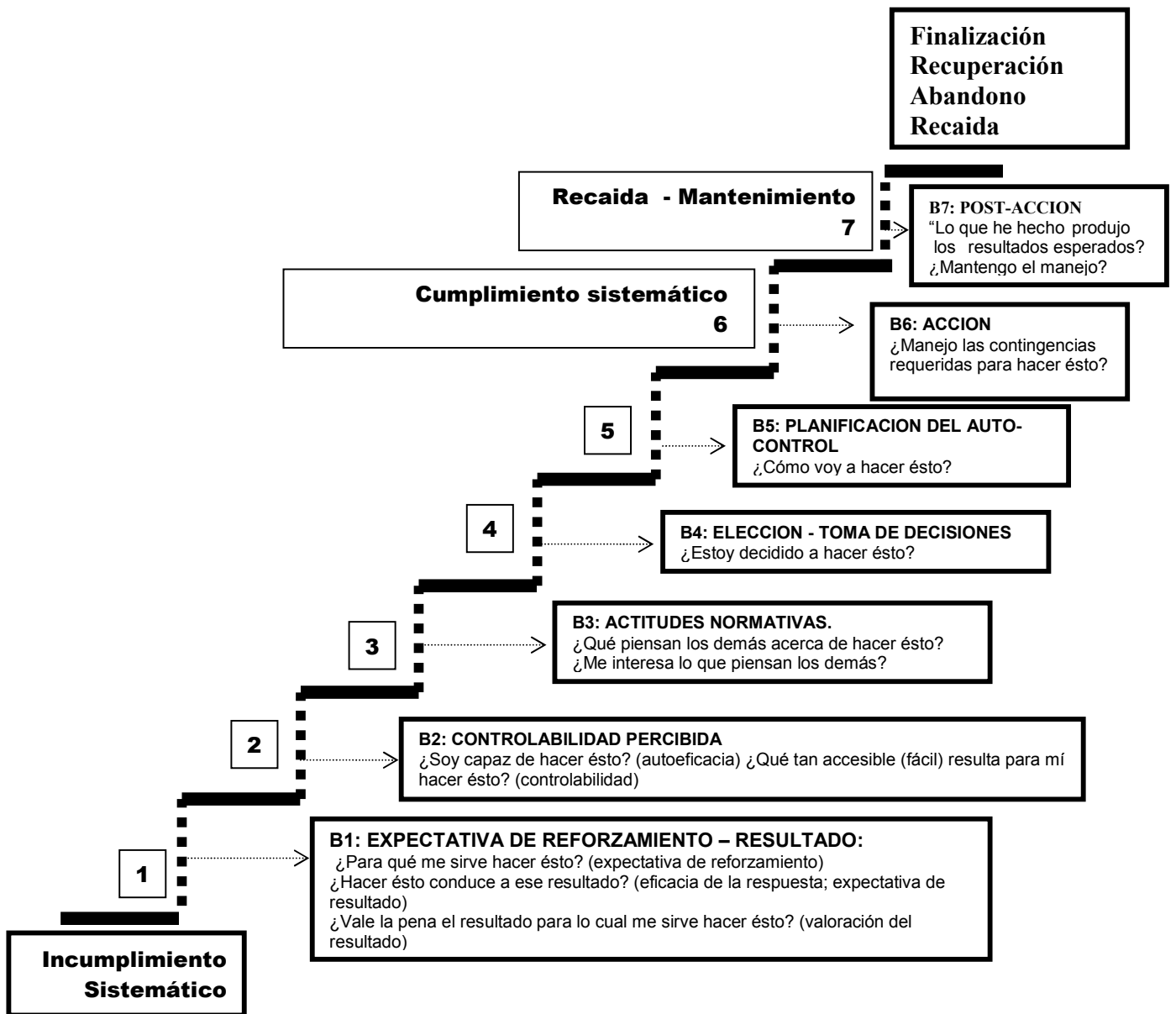
Por otra parte, en los dos estudios de esta fase quedó de presente la intención de realizar más una prevención secundaria (indicada) del abuso de alcohol, que una prevención primaria (selectiva), por el hecho de que se diseñaron los procedimientos en función del cambio para sujetos que ya tenían instalado un problema de abuso, los cuales se ubicaban en fases de no-contemplación, precontemplación, contemplación, y preparación. Eso condujo a que en adelante se hiciera una diferenciación más puntual entre lo que se pasó a considerar como prevención primaria propiamente dicha, que dio origen al procedimiento ensayado en la fase de diseminación que se analizará más adelante, y prevención secundaria o indicada para las personas que ya tienen un problema de abuso en el consumo de alcohol (ver capítulo de Gantiva en este mismo volumen).

Un aporte primordial de los estudios incluidos en esta fase fue, sin duda, el diseño de una gran cantidad de dinámicas para poner en práctica los procesos de cambio propuestos por el MTT. En los informes finales de estos estudios se anexaron esas dinámicas, indicando a cuál proceso corresponden y los objetivos específicos para los cuales pueden utilizarse, lo cual constituye una contribución de gran valor al manual del PEMA-P.

Finalmente, en cuanto a los fundamentos teóricos de la intervención, un aspecto que quedó claro en estos estudios es que las variables intermediarias propuestas por el MTT son factores claves que deben tenerse en cuenta para el fomento del cambio, pero se puso de presente la necesidad de incluir otros factores adicionales que todos los terapeutas reportaron haber tomado en cuenta, los cuales trascienden a las tentaciones, la autoeficacia, y los balances decisionales. En el análisis y la discusión de resultados pudo constatarse que esos factores forman parte esencial de la propuesta hecha por otros modelos cognitivo-sociales diferentes al MTT, tales como la Teoría de Acción Razonada y la Teoría de Motivación a la Protección (Conner & Norman, 1995); dichos factores deben integrarse para hacer una explicación cabal del consumo de alcohol (Londoño, 2004). Entre esos factores pueden mencionarse las actitudes hacia la conducta, las actitudes hacia los pares (normas subjetivas), y el estilo de afrontamiento. Eso condujo a que se hicieran algunos cambios teóricos en la fundamentación del programa, los

cuales llevaron a integrar dentro de los objetivos particulares a las variables propuestas al interior de otros modelos cognitivo-sociales, y no sólo las propuestas por el MTT.

En la Gráfica 1 se describe el fundamento teórico adoptado para desarrollar CEMA-PEMA-P en la fase de diseminación, a partir de los resultados obtenidos en la fase anterior.



Gráfica 1: La dimensión psicológica de la promoción y de la prevención en salud (Flórez-Alarcón, 2005b)

Dicho fundamento se ha denominado “*Dimensión Psicológica de la Promoción y de la Prevención en Salud*” (Flórez-Alarcón, 2005b). Su representación se hace a la manera de una sucesión de etapas que se dan en el desarrollo de una conducta saludable (ej. moderar el consumo

de alcohol), y de los procesos psicológicos que constituyen las barreras entre una etapa y otra; se trata de barreras de expectativas de reforzamiento-resultado, controlabilidad percibida, actitudes normativas, toma de decisiones, planificación del autocontrol, manejo de las contingencias requeridas en el autocontrol, y atribuciones cognitivas en la post-acción.

Como puede apreciarse, esta sucesión de barreras incluye a las tentaciones, a la autoeficacia (ambas dentro de la barrera de controlabilidad percibida), y a los balances decisionales (dentro de la barrera de toma de decisiones), pero plantea barreras adicionales que también deben tenerse en cuenta para llevar a la persona a la superación de todas las etapas, hasta llegar a la etapa en que es máxima la probabilidad de cumplimiento sistemático del comportamiento, es decir, llevarla a la etapa en la que es máxima la motivación, entendida como disponibilidad al cambio.

En este nuevo planteamiento teórico-conceptual, que parte del MTT pero lo amplía, pueden apreciarse claramente dos fases en el desarrollo de la acción: una fase motivacional y una fase volitiva, de la misma forma que lo plantean los teóricos del control de la acción (Kuhl, 1985). Tal es también el planteamiento del modelo denominado “Aproximación de Procesos a la Acción Saludable” (del inglés *Health-Action Process Approach*) propuesto por Ralph Schwarzer (Schwarzer, 2001; Schwarzer, página web).

La fase motivacional incluye las etapas previas a la acción; éstas son, de acuerdo con el nuevo enfoque adoptado, las etapas que parten de una motivación basada en una expectativa de resultado final de la acción (etapa 1), y culminan en una toma de decisión o manifestación expresa de la intención de actuar (etapa 4); entre éstas dos se ubican otras etapas referentes al fomento de la autoeficacia (etapa 2) y a la modificación de la presión social contraria al cambio (etapa 3). La fase volitiva incluye a las etapas de acción propiamente dichas, abarcando el momento de planificación de la acción (etapa 5), el momento de acción (etapa 6), y el momento de evolución de la acción (etapa 7), momento en el cual, dependiendo de lo que suceda en la post-acción, se inicia un nuevo ciclo que lleva hacia la recaída, el abandono, la recuperación, o la finalización.

La caracterización de PEMA-P como un programa de corte motivacional obedece, precisamente, a que se centraliza en la modificación de los factores psicológicos incluidos en las barreras constitutivas de la fase motivacional, finalizando en la toma de decisión y en la

anticipación de los planes para llevar a cabo la acción, tal como se analizará a continuación en lo referente a la diseminación de este programa de intervención.

Fase III: Diseminación de CEMA-PEMA-P

El tercer estadio del Modelo de Fases para la Investigación de las Terapias Conductuales incluye la investigación que dé respuesta a preguntas referentes a los siguientes aspectos: a) La generalización del TSE (¿se mantienen sus resultados cuando es practicado por diferentes terapeutas, con diversos diagnósticos, en diferentes situaciones?). b) Los temas referentes a la capacitación de terapeutas para la implementación (¿qué clase de entrenamiento, suministrado por qué clase de entrenadores, se requiere para que se obtengan qué clase de habilidades clínicas necesarias para aprender el nuevo TSE?. c) Los temas de costo/beneficio del TSE (¿cuáles son los ahorros que representa el nuevo tratamiento, particularmente en comparación con los tratamientos vigentes?). d) Los temas de consumo/mercadeo del TSE (¿qué tan aceptable es el nuevo tratamiento para los clínicos, los usuarios y los proveedores de servicios, por fuera del contexto de investigación?). Este tercer estadio es el que permite cerrar la brecha entre los ensayos clínicos de tipo científico y la implementación práctica del TSE en el contexto social amplio o en el de la salud pública (Rounsaville, Carroll, & Onken, 2001).

Al tercer estadio del Modelo de Fases para la Investigación de las Terapias Conductuales, en desarrollo del CEMA-PEMA-P, corresponde un estudio pre-experimental realizado con 1.887 estudiantes de bachillerato, en el marco de un programa más general sobre fomento de la calidad de vida que se llevó a cabo en la localidad bogotana de Engativá (Flórez-Alarcón, & Cols., 2004).

1. Modificaciones introducidas en la estructura de CEMA-PEMA-P:

Las observaciones críticas que se hicieron a los resultados de la fase anterior condujeron a una reelaboración de PEMA-P, tendiente a facilitar su estructuración con base en una concepción más comprensiva que integre todos los factores psicosociales relevantes en las actividades de prevención; tendiente también a reducir los costos; y tendiente a centralizar los objetivos en la fase motivacional del cambio, facilitando su logro mediante una integración sucesiva, no masiva, del CEMA al PEMA-P.

Para que PEMA-P sea más comprensivo en la incorporación de factores psicosociales, se integran a su estructura todas las variables correspondientes a las barreras subyacentes en la

fase motivacional del cambio, y no sólo las variables intermediarias sugeridas por el MTT. Por otra parte, aunque se mantienen los procesos de cambio propuestos por el MTT, éstos se asimilan más a la noción de procedimiento, que se refleja en una actividad dinámica que sirve para ponerlo en práctica, tal como se describe en la estructura del Cuadro 2 (El Cuadro 1, que representa la estructura de intervención adoptada en la segunda fase, se transforma en el Cuadro 2, que representa la estructura adoptada en la fase de diseminación). La noción de proceso, que antes se identificaba con los procedimientos sugeridos por el MTT y con las dinámicas adoptadas para ponerlos en práctica, pasa entonces a referirse ahora a las barreras subyacentes a las etapas. Estas barreras, a su vez, se identifican con los factores psicológicos propuestos por los denominados modelos cognitivo-sociales acerca del cambio en el comportamiento saludable (Conner & Norman, 1995; Flórez-Alarcón, 2005b), los cuales son los verdaderos procesos psicológicos que deben afectarse a través de dichas dinámicas o procedimientos, con el fin de dinamizar el cambio de comportamiento a medida que se superan las etapas. Nótese en el Cuadro 2 que la actividad central o sustancial de una sesión hace referencia a alguno de los procesos propios de la fase motivacional, de acuerdo con la nueva concepción aplicada acerca de la dimensión psicológica de la promoción y de la prevención en salud.

Cuadro 2: Esquema básico que se siguió para la estructuración de las sesiones de CEMA-PEMA-P en la fase de diseminación (Sombreadas: áreas modificadas en relación con el Cuadro 1)

Acti- vidad	Dura- ción	Objeto- tivo	Proceso Psicológico	Diná- mica
1 Comple- mentaria	Du1 Breve	O1	Motivacion a la sesión	Di1
2 Sustan- cial	Du2 Extensa	O2 Objetivo Especi- fico	<ul style="list-style-type: none"> -EXPECTATIVA DE RESULTADO -EXPECTATIVA DE REFORZAMIENTO -CONTROLABILIDAD PERCIBIDA -ACTITUDES NORMATIVAS -TOMA DE DECISIONES -PLANIFICACION DE LA ACCION 	Di2 Procesos de cambio propuestos por el MTT
3 Comple- mentaria	Du3 Breve	O3	Evaluación de la sesión	Di3

En la fase II, la subdivisión de los participantes por grupos, de acuerdo con su etapa motivacional, condujo a un incremento excesivo de los costos de la intervención, debido a que ésta se multiplicó por el número de grupos. Para resolver este asunto se decidió realizar una única intervención integral con todos los participantes, en la cual se incluye la atención a todas las variables psicosociales relevantes, con independencia de la etapa en la cual se ubican los sujetos. Se hizo así a partir de una reflexión acerca del proceso conducente a la intención de cambio: en la pre-acción, la etapa en que se ubica la persona refleja una intención de cambio que puede ser reactiva, en la medida en que responde al malestar que a la persona le genera el consumo excesivo; pero no necesariamente es proactiva, en el sentido de que responda a una conciencia acerca de los factores psicológicos que subyacen al abuso en el consumo, los cuales deben ser identificados y transformados si se desea obtener un cambio sólido de comportamiento, un mantenimiento de los logros, y una prevención de las recaídas. Eso se puso en evidencia en la fase anterior por el hecho de que los terapeutas debieron apelar a la identificación y análisis de esos factores (expectativas, actitudes, decisiones), con independencia de la etapa a la cual correspondía el grupo sobre el cual intervenían. Esto lleva a replantear las metas propuestas para sujetos que se ubican en diversas etapas, más que los procedimientos de intervención que se les administran, tal como se describe a continuación.

Es preciso tomar en cuenta que en un grupo íntegro que recibe la intervención (ej. un curso de un colegio) se encuentran participantes que son consumidores sociales, consumidores en riesgo, consumidores perjudiciales, e, incluso, puede haber consumidores dependientes. Además, los consumidores excesivos pueden ubicarse en diversas etapas dentro de la secuencia propuesta por el MTT. Como PEMA-P es una intervención de prevención primaria o selectiva, diseñada en función de los consumidores que se encuentran en riesgo de abuso pero que aún no han incurrido en esta situación, se decidió proponer una meta diferencial para los participantes en los talleres, aunque todos reciban la misma intervención:

La meta para los participantes que, de acuerdo con la prueba CAGE, se encuentran en riesgo de dependencia, es la meta primordial de la intervención; se busca que estos sujetos formulen al final del taller un compromiso específico de cambio en el sentido de moderación del consumo, y que anticipen un plan de acción mediante el cual van a proceder para lograr la realización de esa meta. Para esto se considera que son suficientes los procedimientos incluidos

en el taller. Por esta razón, es en esta franja de participantes donde se debe evaluar el verdadero éxito del taller en términos preventivos.

En cuanto a los participantes que, de acuerdo con la prueba CAGE, ya presentan un problema de abuso de alcohol, la meta propuesta incluye el objetivo anterior, pero lo amplía a un objetivo adicional: motivarlos a participar en una intervención de prevención indicada (secundaria) como lo es la intervención autodirigida para bebedores problema (Ayala, Cárdenas & Cols., 1998), o la intervención de prevención secundaria diseñada en nuestro grupo de trabajo a partir de la propuesta del grupo de Ayala (ver capítulo de Gantiva en este mismo volumen). Se considera necesaria esta participación en una intervención adicional por la importancia que tiene con estos sujetos, que presentan un comportamiento de abuso ya adquirido, que se haga una exploración más profunda y personalizada de las variables psicosociales que subyacen a su comportamiento, y una participación en tareas más específicas que faciliten la modificación de esas variables.

En cuanto a los participantes que son consumidores sociales, la meta es que identifiquen de forma más consciente qué es lo que les permite mantenerse en su condición de bebedores sociales, al clarificar que ese resultado no se produce por azar, sino que se debe a la situación particular que en su caso asumen las variables psicosociales de las cuales depende el consumo. Por eso, aunque su compromiso final en materia de consumo de alcohol sea el de mantenerse en la situación presente, se concibe como un compromiso más proactivo y fundamentado en el conocimiento de los mecanismos subyacentes, lo cual debe conducir a una consolidación de la moderación en el consumo de alcohol. Este objetivo puede llevar también a que estos sujetos tengan mayor motivación para participar en una intervención que antes no consideraban necesaria, pero que ahora pueden encontrar útil, no sólo para sí mismos, sino para los demás, en la medida en que su presencia permite hacer un análisis más completo de las condiciones que pueden ayudar a otras personas a prevenir el abuso.

Por último, un problema importante que se observó en la fase II fue el referente a la aplicación masiva de los cuestionarios CEMA, lo cual induce una respuesta de fatiga, y una falta de información de retorno a los participantes acerca de su ejecución en estos cuestionarios, que les permita valerse de esa retroalimentación como un medio para apoyar su proceso de cambio. Esto llevó a diseñar de manera más cuidadosa la integración entre CEMA y PEMA, mediante una aplicación sucesiva de los cuestionarios a través de las sesiones, incorporando el suministro de

información personalizada sobre sus resultados, con salvaguarda de la confidencialidad requerida, y utilizando los resultados para apoyar el logro de los objetivos particulares de las sesiones en que se hace referencia a las variables evaluadas por cada cuestionario (ej. uso selectivo de las respuestas a los cuestionarios de pros y de contras atribuidos al consumo, en las sesiones correspondientes a elaboración de balances decisionales).

Respecto de la intervención misma, algunos aspectos en los que se hizo mayor énfasis en esta experiencia de diseminación fueron: el conocimiento detallado de los fundamentos teóricos de la intervención, y la incorporación de los principios de la entrevista motivacional al bagaje de procedimientos utilizados por los terapeutas. Para ésto se programó previamente una capacitación amplia de los terapeutas en el conocimiento profundo del MTT y de los modelos cognitivo-sociales sobre el comportamiento saludable, en el conocimiento y práctica de los principios de la entrevista motivacional, y en el conocimiento amplio y fluido sobre la biología y los efectos del consumo de alcohol. Todas estas consideraciones llevaron al diseño de una intervención en seis sesiones, que se resumen en el Cuadro 3.

2. Resultados y conclusiones de la experiencia de diseminación:

Se presenta a continuación un resumen de los principales resultados que se obtuvieron y de las conclusiones que se sacaron en el estudio pre-experimental que se ha tomado como base para ilustrar la fase de diseminación en el desarrollo de CEMA-PEMA-P (Flórez-Alarcón & Cols., 2004):

2.1 Resultados del Estudio de Diseminación: En diez colegios de la localidad bogotana de Engativá se realizaron 51 talleres de prevención primaria de abuso del alcohol. Algunos datos sobre los participantes se resumen en la Tabla 6. Los datos que allí se sintetizan reflejan la alta factibilidad de la implementación de CEMA-PEMA-P en el medio social natural al que se dirige, que son los estudiantes de colegios y de universidades, aunque en este caso la experiencia se realizó solamente en colegios de bachillerato.

Sobre el riesgo de dependencia, los resultados de la prueba CAGE indican que un total de 1327 sujetos (79.9%) son consumidores que caen en la franja de “consumidores sociales”; 233 sujetos (14%) son consumidores en situación de riesgo, 85 sujetos (5,1%) son consumidores perjudiciales, y 15 sujetos (0.9%) se pueden considerar como “alcohólicos” o sujetos dependientes del consumo.

Cuadro 3: Estructura de CEMA-PEMA-P aplicada en la fase de diseminación

SESION	OBJETIVO	PROCESOS PSICOLOGICOS	DINAMICA (Procesos del MTT)
1. PRESENTACIÓN	a) Presentación de tallerista y contextualización del taller b) Evaluación basal de: datos generales, consumo, etapas, CAGE y procesos c) Integración	a) Motivación; expectativa de reforzamiento y de resultado b) Evaluación c) Facilitación social	a) Presentación personal del tallerista; concienciación b) Aplicación de pruebas CEMA , CAGE y procesos c) Metáforas
2. INFORMACION	a) Evaluación b) Análisis dinámico de información acerca del alcohol y sus efectos	a) Evaluación b) Expectativas de reforzamiento-resultado; controlabilidad percibida	a) Aplicación de escalas de abuso y disponibilidad al cambio del CEMA b) concienciación; alivio; auto-reevaluación; Juego de estrellas
3. EL CAMINO DEL ALCOHOL	a) Descripción del contexto psicosocial y cultural conducente al abuso b) Análisis del contexto psicosocial y cultural conducente al abuso c) Evaluación: Balance decisional; estado del consumo en los últimos 7 días. Receptividad del taller d) Facilitar reconocimiento de una experiencia personal o familiar con el alcohol	a) Actitudes normativas b) Actitudes normativas c) Evaluación d) Actitudes normativas	a) El muñeco. Alivio por dramatización b) El recorrido de Tomás: Complete la historia. liberación social; reevaluación social c) Aplicar escalas del CEMA acerca de pros y contras del consumo; pedir conceptos d) Tarea para hacer en casa: Reevaluación social
4. RIESGOS Y CONSECUENCIAS	a) Reconocer riesgos y consecuencias del abuso personal del consumo b) Evaluación c) Evaluación d) Movilizar sentimientos relacionados con los riesgos de consumir alcohol	a) Sesgo optimista no realista b) Controlabilidad percibida c) Controlabilidad percibida d) Sesgo optimista no realista	a) Angel o diablo: auto-reevaluación; reevaluación social b) Información de retorno de resultados de pruebas de abuso y disponibilidad al cambio aplicadas antes al grupo c) Aplicación de las escalas de autoeficacia y de tentaciones d) Alivio por dramatización
5. BALANCE DECISIONAL	a) Evaluación b) Análisis de motivaciones usuales que justifican el consumo c) Aprender proceso de solución de problemas d) Evaluación	a) Autoeficacia; toma de decisiones b) Autoeficacia; toma de decisiones c) Planificación del autocontrol d) Toma de decisiones	a) Información de retorno de pruebas de balance decisional, autoeficacia y tentaciones, aplicadas antes al grupo c) Auto-reevaluación d) El caballero bohemio: auto-reevaluación d) Aplicación de formato de compromiso: Autoliberación
6. COMPROMISO DE CAMBIO	a) Evaluación b) Evaluación post c) Compromiso final: reelaboración y anticipación de su autocontrol d) Evaluación cualitativa del taller	a) Toma de decisiones; planificación del control b) Evaluación c) Toma de decisiones; planificación del control d) Evaluación	a) Información de retorno acerca de los compromisos hechos antes por los participantes: autoliberación b) Aplicación de pruebas CEMA (datos de consumo y etapas) , procesos, y consumo en la última semana c) Segunda aplicación de formato de compromiso: autoliberación d) Retroalimentación de todos los asistentes sobre utilidad del taller

El anterior se trata de un cuadro muy congruente con la situación observada en otros estudios (Flórez-Alarcón, 2003a) para bachilleres y estudiantes universitarios bogotanos, aunque

en proporciones de consumo perjudicial y dependiente ligeramente inferiores que se explican porque en este estudio no se incluyen estudiantes universitarios. Por otra parte, 227 sujetos no contestaron todos los ítems de esta prueba.

Tabla 6: Participantes en los talleres CEMA-PEMA-P realizados en la fase de diseminación

Número de Registros (participantes) tabulados:	1,887
Número de instituciones (colegios) atendidos	10
Número de Talleres realizados	51
Promedio de Participantes por Taller	37
Edad Promedio	15,27
Rango de edades	12-21
Género de los participantes	55% hombres; 45% mujeres

Decidir si solamente el 14% de los sujetos, que son los que se encuentran en riesgo, ameritan una intervención preventiva primaria, o si otros también la ameritan, se puede hacer mejor si se toman en cuenta las frecuencias y las intensidades de consumo, las cuales se presentan en la Tabla 7 para los 1.679 sujetos que contestaron estos ítems. Revisten un especial interés los sujetos que tienen un consumo frecuente (moderado o superior) con una intensidad superior a 4 unidades por ocasión. Estos corresponden a las casillas A, B, C, D y E en la Tabla 7. Sumados ascienden a 515 sujetos (30.7%); sin embargo, las observaciones indican que la franja de sujetos que suelen presentar la mayor cantidad de problemas como accidentalidad y violencia se ubican dentro de los consumidores de más de 4 unidades por ocasión, que en este estudio son 750 (44.7%), todos los cuales ameritan ampliamente recibir un programa preventivo como el que se suministró en este caso. Esto significa que a la hora de elegir sujetos para participar en un programa de prevención, deben tomarse en cuenta no sólo los datos del riesgo de dependencia (puntajes CAGE), sino también, de manera muy especial, los datos de intensidad del consumo.

Tabla 7: Cruce de Frecuencia por Cantidad de Consumo

Frecuencia	Cantidad de Consumo (Unidades por Ocasión)			
	Menos de 4	4 ó 5	Más de 5	Total
Débil	691	148	87	926
Moderado	213	195 (A)	218 (C)	626
Fuerte	24	25 (B)	71 (D)	120
Diario	1		6 (E)	7
Total	929	368	382	1679

Un total de 1558 sujetos contestaron toda la prueba de abuso. Su puntaje promedio (M) fue de 33.68, con una desviación estándar (DE) de 10.5; se trata de un resultado muy similar al observado en la población general de estudiantes bogotanos. En la comparación del nivel de abuso entre los sujetos que presentan diferente riesgo de dependencia, como era de esperarse, el abuso aumenta escaladamente a medida que se progresa en el riesgo de dependencia. Estas diferencias son significativas ya que en un análisis de varianza (ANOVA) de una vía que compara los promedios de abuso en función del riesgo, se obtiene una $F=36.96$, valor muy significativo. Como un dato de interés, tanto los sujetos clasificados en “riesgo” (CAGE=2) como los consumidores perjudiciales (CAGE=3) presentan un puntaje comparable de abuso, muy superior en promedio al de los consumidores sociales. El mayor abuso se da entre los sujetos con CAGE=4, indicativo de dependencia alcohólica.

Respecto de las tentaciones y de la autoeficacia, en la Tabla 8 se observa que las tres principales situaciones en las que los estudiantes se sienten tentados son de tipo social (ítems 7, 16 y 17), y la cuarta (item 18) se relaciona con el manejo del tiempo libre. En menor grado, una situación (item 10) corresponde a un estado emocional (ánimo deprimido). La correlación entre tentaciones y autoeficacia es inversa y significativa ($r = - 0.24$, $p<0.01$), lo cual significa que ante las situaciones en que mayor tentación experimentan, es donde los sujetos perciben su menor autoeficacia. De hecho, las menores frecuencias de puntajes superiores de autoeficacia se observaron en los ítems 7, 16, 17 y 18, correspondientes a situaciones en las que los sujetos se ven expuestos a presión social para consumir alcohol.

Tabla 8: Ítems con mayor frecuencia de sujetos que contestan con las alternativas 4 (“muy tentado”) y 5 (“totalmente tentado”) a las motivaciones de consumo evaluadas

Item	Contenido del ítem	N	Porcentaje Válido
7	Cuando las personas con las que suelo beber me animan a tomar un trago	272	17,0
10	Cuando me siento deprimido(a)	213	11,2
16	Cuando me ofrecen una bebida en una reunión social	299	15,9
17	Cuando me encuentro alegre o celebrando con otros	458	24,3
18	Cuando me encuentro de vacaciones y quiero relajarme	300	15,9

Respecto de los balances decisionales, los tres principales argumentos con los que los sujetos justifican el consumo corresponden a expectativas de naturaleza social, las cuales refuerzan la probabilidad de consumo en las situaciones sociales que se describieron antes en la Tabla 8. Por otra parte, hay una alta frecuencia en la presencia de argumentos en contra del consumo, tal como se observa en la Tabla 9. Eso es fundamental para explicar la mayor proporción de bebedores sociales en comparación con las otras categorías. Igualmente vale la pena anotar que los argumentos en contra del consumo se presentan con mucha mayor frecuencia que la de los argumentos a favor. Esto lo que sugiere es la importancia de que en el taller se le reste peso a los argumentos a favor del consumo, en lugar de hacer más énfasis en los argumentos en contra.

Tabla 9: Frecuencia de sujetos que contestan con las alternativas 4 ("importante") y 5 ("muy importante") a la importancia atribuida a cada argumento en contra de consumir alcohol

Item	Contenido del Item	N	Porcentaje Válido
1	Si bebo podría terminar lastimando a alguien	710	45,6
2	Beber podría conducirme a ser adicto al alcohol	690	44,4
3	Beber podría acarrearle dificultades con la ley	694	44,6
4	Puedo lastimar a personas cercanas a mí cuando bebo demasiado	718	46,1
5	Algunas personas cercanas están decepcionadas de mí por beber	399	25,8
6	Podría herir accidentalmente a alguien por beber	663	42,8
7	Al beber estoy dándole un mal ejemplo a otros	692	44,5
8	La bebida me impide hacer lo que normalmente se espera de mí	574	36,8

La gran cantidad de sujetos participantes en el estudio permitió hacer una buena selección de los que contestaron adecuadamente la prueba de procesos de cambio en las evaluaciones pre y post, y hacer una validación de esa prueba (Flórez-Alarcón, 2005a). Dicha prueba evalúa los procesos psicológicos que, de acuerdo con el MTT, subyacen a la motivación para reducir o moderar el consumo. El análisis factorial de los resultados encontrados permitió detectar la presencia de cinco procesos psicosociales que se evalúan a través de esta prueba, los cuales explican más del 50% de la varianza: 1) Autocontrol de estímulos y manejo de contingencias: se refiere al nivel en que el propio sujeto es capaz de aplicar controles situacionales que favorezcan la reducción del consumo; 2) concienciación: se refiere a la toma de conciencia acerca del perjuicio para sí mismo y para los demás, derivado del consumo excesivo de alcohol; 3) Control

social: se refiere a la habilidad del sujeto para manejar sus relaciones sociales en un sentido favorable a la reducción del consumo de alcohol; 4) Alivio emocional: se refiere a la capacidad del sujeto para representarse vívidamente las consecuencias del consumo de alcohol que le pueden generar un estado emocional negativo intenso, como ansiedad por la amenaza; este proceso, en términos del modelo transteórico, es el que se conoce como alivio por dramatización; 5) Autoliberación: se refiere al grado en que el sujeto percibe que puede liberarse del consumo de alcohol como medio para obtener los supuestos beneficios que éste le reporta, apelando a otras alternativas más adaptativas para el mismo fin, y toma la decisión de cambio.

Como se aprecia en la Tabla 10, todos los procesos psicológicos presentaron un aumento en la evaluación post-taller, al compararla con la pre, lo cual indica un impacto positivo de CEMA-PEMA-P en cada aspecto. Estos cambios en los procesos se asociaron a modificaciones favorables en la disponibilidad al cambio, y en los datos de frecuencia e intensidad del consumo.

Tabla 10: Comparación de procesos psicosociales de cambio, evaluados antes y después de la realización del taller

Proceso	Total de ítems	N	Rango de Puntajes	Pre Taller		Post Taller		t de student
				M	D.E.	M	D.E.	
Autocontrol	18	1336	18-90	29,14	15,9	32,48	15,0	7,9 (p <0.01)
Concienciación	10	1407	10-50	15,56	8,4	16,22	7,5	3,0 (p <0.01)
Control social	6	1415	6-30	11,15	6,2	13,7	6,6	14,2 (p <0.01)
Alivio emocional	5	1438	5-25	10,08	5,2	12,36	5,4	14,7 (p <0.01)
Autoliberación	9	1417	9-45	16,35	9,5	20,32	10,2	15,1 (p <0.01)
Total	48	1245	48-240	80,63	40,9	92,57	37,8	10,6 (p <0.01)

La disponibilidad al cambio, analizada a través de la intención de reducir o no la cantidad de unidades consumidas, confirma que esta decisión en un principio es eminentemente reactiva al malestar generado por el consumo excesivo. De los participantes que contestaron SI a la pregunta sobre su disposición a cambiar en el futuro inmediato, en el sentido de reducir la cantidad que consumían, la gran mayoría correspondía a consumidores de 4 ó más unidades por ocasión, con frecuencia moderada y fuerte. Por esta razón se sugiere que en la selección de sujetos para participar en el presente programa se tome a la frecuencia leve, y a la intensidad de 4 unidades por ocasión, como límites para la inclusión de los participantes. La seriedad de la decisión de cambiar, evaluada en una escala de 1 a 10, aumentó de la medición pre (M=7,33) a la medición post (M=7,52), pero ese aumento no fue estadísticamente significativo. Lamentablemente el

cuestionario de disponibilidad al cambio se aplicó solamente una vez (sesión 2, Cuadro, 3), como parte del proceso del taller, con el fin de dar información de retorno útil a los participantes (sesión 4, Cuadro 3), por lo cual no se pudo comparar esa cifra en mediciones pre y post.

Lo que sí se pudo verificar fue el cambio en las cifras de consumo, con un aumento en la cantidad de consumidores de frecuencia leve, la cual pasó de 848 en la evaluación pre a 922 en la evaluación post; y una disminución de los consumidores de frecuencia intermedia y fuerte, los cuales pasaron de 667 en la evaluación pre a 593 en la evaluación post; ambos cambios fueron estadísticamente significativos. En cuanto a las cifras de intensidad de consumo, también se observó un cambio en el sentido esperado: la cantidad de bebedores de menos de 4 unidades por ocasión aumentó de 832 en la evaluación pre a 938 en la evaluación post. Por el contrario, la cifra de bebedores de más de 4 unidades por ocasión disminuyó de 660 en la evaluación pre a 554 en la evaluación post; estos dos cambios también fueron estadísticamente significativos.

No obstante, debe anotarse que la alta cantidad de sujetos que, después del taller, aún permanecieron en frecuencias de consumo intermedio o fuerte, y en intensidad de más de 4 unidades por ocasión, muestra con toda claridad que el programa CEMA-PEMA-P, que es de prevención primaria o selectiva, no sustituye la necesidad de implementar programas de prevención secundaria, indicados para los sujetos que ya tienen instalado un consumo perjudicial; se ratifica la meta para estos participantes, de tomar la decisión de asistir a dicho programa de prevención secundaria, como efectivamente lo hizo una buena cantidad que aceptaron participar en la experiencia que se reporta en el capítulo de Gantiva en este volumen.

2.2 Conclusiones sobre la Diseminación: Algunas conclusiones del estudio ilustrativo de la diseminación de CEMA-PEMA.P, apuntan a la alta factibilidad que tiene este programa de ser generalizado al medio social, que son los colegios y las universidades, a través de sus departamentos de bienestar estudiantil. Esta posibilidad se ve favorecida por el buen impacto o eficacia de la intervención como medio de incrementar la disponibilidad al cambio, y de favorecer las transformaciones de la frecuencia y de la intensidad del consumo en el sentido deseado de moderación. Sin embargo, el hecho de que se haya tratado de un estudio pre-experimental, sin controles para el efecto de otras variables que pueden haber influido en el resultado, plantea la necesidad de confirmar los hallazgos obtenidos, mediante la realización de otros estudios cuasiexperimentales complementarios. Igualmente, estos estudios deben incorporar

fases de seguimiento más prolongadas en las que se pueda constatar tanto la mayor frecuencia de moderación de consumo en los grupos tratados, como la permanencia del resultado. Por otra parte, en el proceso de diseminación se requiere comparar a CEMA-PEMA-P con otros programas de intervención que se practican actualmente, como son los programas que lleva a cabo en Bogotá la *Unidad Coordinadora de Prevención Integral* (UCPI, página web), entidad estatal responsable de las actividades de prevención del consumo de sustancias en la ciudad. Una dificultad importante para cumplir este requisito es la falta de acceso a fuentes públicas en las que se describan los manuales y los resultados obtenidos mediante la aplicación de esos programas más tradicionales en el medio.

En esos nuevos estudios deben también evaluarse algunas variables adicionales (ej. las expectativas y la resistencia a la presión de grupo), dada la ampliación de factores mediadores involucrados en la intervención al haberse cambiado de un sustento teórico centrado en el MTT, a otro más comprehensivo que incorpora variables adicionales dentro del proceso psicológico de la prevención. Existen suficientes antecedentes que aportan procedimientos válidos y confiables para la medición de dichas variables, especialmente de las expectativas, los cuales han permitido fundamentar la importancia de su inclusión en los tratamientos para prevenir y modificar el abuso en el consumo de alcohol (Camacho, 2005; Mora-Ríos & Natera, 2001).

Las diferencias en la intervención que deben recibir los sujetos que se encuentran en riesgo, para quienes se ha insistido en una prevención selectiva, frente a la que deben recibir los sujetos con un problema de abuso ya adquirido, para quienes se sugiere una prevención indicada, no significa que estas dos clases de intervención tengan que diferir en sus fundamentos teóricos. Significa, más bien, que en la prevención indicada se deben realizar procedimientos más intensivos y personalizados de evaluación y de tratamiento; eso resalta la importancia de realizar tamizajes breves y funcionales, que permitan discriminar con validez a los sujetos que ameritan ser remitidos a uno u otro tipo de intervención. Un aporte de gran relevancia que dejan los estudios de desarrollo y diseminación de CEMA-PEMA-P es, precisamente, un instrumento de tamizaje, de muy fácil y rápida aplicación, el cual combina la indagación de frecuencia e intensidad del consumo, con la indagación sobre etapa motivacional, la de disponibilidad al cambio, y la de riesgo de dependencia (CAGE).

Los programas de corte motivacional deben incorporar procedimientos adecuados para el logro de su meta, que es favorecer la disponibilidad al cambio. La entrevista motivacional se

evidenció en el estudio de diseminación como un instrumento de gran potencia para tratar la ambivalencia y la resistencia de los sujetos ante la decisión de cambio, la cual es, precisamente, la meta principal de esta intervención preventiva. La preparación de los terapeutas en los procedimientos de entrevista motivacional, al igual que su capacitación en lo referente a los fundamentos conceptuales sobre la dimensión psicológica del quehacer preventivo, y sobre la biología del consumo de alcohol, se evidenciaron como los aspectos centrales que requieren ser atendidos en el proceso de formación de terapeutas debidamente entrenados para la implementación de CEMA-PEMA-P.

El enfoque motivacional puede resultar muy atractivo para los practicantes en el medio, dado que puede aparecer más como complemento que como sustituto de sus prácticas actuales, y como una sistematización de una práctica que ellos hacen muchas veces de forma intuitiva. Pero no debe perderse de vista el poco interés que los practicantes en el medio tienen por procedimientos sistemáticos, que les exijan apegarse a manuales, tomar datos, cuantificar efectos, y sustentar los resultados.

El aporte representado por la gran cantidad de dinámicas interventivas, que durante las tres fases fueron diseñadas y probadas para poner en práctica los procesos de cambio, aunque es un aporte esencial que enriquece el manual y permite replicar los procedimientos de intervención, no deja de ser un aspecto tecnológico que tiene utilidad solamente en la medida en que dichas dinámicas resulten útiles para afectar los factores psicosociales subyacentes a la decisión de cambio (expectativas, actitudes, balances decisionales, y planificación de la acción), en los cuales se ubican las verdaderas causas de la adquisición y de la sostenibilidad de la modificación del comportamiento.

La conceptualización de etapas en el desarrollo del comportamiento sigue siendo de importancia, en la medida en que a las etapas les subyacen barreras diferenciales; y la propuesta del MTT tiene gran utilidad para este propósito de diferenciar entre etapas. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, en esa propuesta del MTT, la motivación inherente a cada etapa puede reflejar más una necesidad reactiva de cambio, basada en el malestar causado por el consumo, que una conciencia sobre las causas psicosociales de ese consumo, que conduzca a una toma proactiva de decisiones. Por esta razón, el contenido de las intervenciones debe atender a las variables psicosociales subyacentes, las cuales están presentes en los diversos modelos cognitivos acerca de la adquisición de conductas saludables, para cuyo abordaje resultan de utilidad los

procesos de cambio propuestos por el MTT; estos procesos representan las formas de proceder que facilitan la afectación de los factores responsables del cambio, y, por esa razón se incorporan y asimilan a las dinámicas de intervención. En ese sentido, la propuesta final de CEMA-PEMA-P tiene fundamentos conceptuales y metodológicos que trascienden a la propuesta del MTT, y la aproximan a una propuesta teórica más amplia acerca de la dimensión psicológica de la promoción y de la prevención en salud.

Finalmente, las investigaciones incluidas en el presente reporte ilustran actividades propias de los tres estadios propuestos por el *Modelo de Fases para la Investigación de las Terapias Conductuales* (Onken, Blaine, & Battjes, 1997). Pero eso no significa que CEMA-PEMA-P haya cumplido con todos los requisitos propios de un TSE en fase de diseminación, lo cual es un proceso bastante complejo (Londoño & Valencia, 2005; Stirman, Crits-Christoph, & DeRubeis, 2004; Addis, 2002). Ya se anotaron algunas de las investigaciones que aún deben realizarse en el camino para el logro de esa meta. Lo que sí queda ilustrado, en las investigaciones reseñadas, es que CEMA-PEMA-P cumple con algunos requisitos conducentes a su diseminación, especialmente en lo referente a: 1) Los costos inherentes a la necesidad de contar con profesionales entrenados para la aplicación del tratamiento en los ambientes sociales naturales, como colegios y universidades, costos que en este caso resultaron bastante razonables y moderados. 2) La corta duración del tratamiento. 3) La integración entre CEMA y PEMA, que arroja una densidad en la administración del tratamiento que resultó ser muy aceptable para los participantes. 4) Los criterios de inclusión de participantes en el tratamiento, y el aporte de un instrumento de tamizaje para llevarla a cabo. 5) La especificación de las necesidades de entrenamiento especial para los terapeutas que practiquen la intervención. Y, 6) La clarificación de la fundamentación teórica y metodológica de la intervención, con base en una conceptualización amplia acerca de la dimensión psicológica de la prevención, y con base en un manual de procedimientos de evaluación y de intervención altamente estandarizados.

REFERENCIAS

- Addis, M.E. (2002). Methods for disseminating research products and increasing evidence-based practice: Promises, obstacles, and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(4), 367-378.
- Armijo-Rojas, R. (1994). *Epidemiología básica en atención primaria de la salud*. Madrid: Pirámide.
- APA (1995). *DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson S.A.
- Ayala, H.E., Cárdenas, G., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ayala, H.E., Echeverría, L., Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 6(1), 71-93.
- Borsari, B. & Carey, K.B. (2005). Two brief alcohol interventions for mandated college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(3), 296-302.
- Briñez, J.A. (1998). Diseño y validación de un cuestionario para evaluar problemas asociados al consumo de alcohol. *Investigación Docente Inédita*. Bogotá: Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia.
- Briñez, J.A. (2001). Cuestionario para evaluar el nivel de desarrollo de los problemas asociados al consumo de alcohol (CEAL). *Acta Colombiana de Psicología*, 5, 63-85.
- Cabrera, G.A. (2001). Etapas de cambio en consumidores de cigarrillo en Zarzal, Colombia, 1999. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(2), 33-42.
- Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: Relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas, y la ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 91-119.
- Carrascosa, C. & Ayala, H.E. (2000). La participación del psicólogo en el desarrollo de la salud pública en México. *Psicología y Salud*, 10(2), 149-160.
- Conner, M. & Norman, P. (Eds.). (1995). *Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press
- Chan, A.W. (1994). Detection by the CAGE of alcoholism or heavy drinking in primary care outpatients and the general population. *Journal of Substances Abuse*, 6(2), 123-135.
- Dooris, M. (2001). *Health Promoting Universities: Policy and Practice – A UK Perspective*. UK: Community-Campus Partnerships for Health.
- Fernández-Ríos, L., Cornes, J.M., & Codesido, F. (1997). Psicología preventiva, algunos aspectos críticos. En: G. Buéla-Casal, L. Fernández-Ríos & T.J. Carrasco (Eds.) *Psicología Preventiva: Avances Recientes en Técnicas y Programas de Prevención*. Madrid: Ediciones Pirámide S.A., pgs. 79-96.
- Flórez-Alarcón, L. (2000). Análisis del consumo de alcohol, con fundamento en el modelo transteórico, en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 4, 79-98.
- Flórez-Alarcón, L. (2001a). Diseño e instrumentación de un programa basado en el modelo transteórico para la modificación del consumo abusivo de alcohol en estudiantes de secundaria. *Psicología y Salud*, 11(1), 99-111.
- Flórez-Alarcón, L. (2001b). Clasificación de estudiantes universitarios bogotanos consumidores de alcohol en etapas conforme al modelo transteórico. *Adicciones*, 13(2), 199-209.
- Flórez-Alarcón, L. (2001c). Baremación preliminar de un cuestionario para la modificación del consumo de alcohol, elaborado con fundamento en el modelo transteórico. *Acta Colombiana de Psicología*, 5, 99-122.
- Flórez-Alarcón, L. (2003a). Cuestionario de etapas integrado a un programa (CEMA-PEMA) para la modificación del consumo abusivo de alcohol: evaluación de etapas y de variables intermediarias. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 83-104.
- Flórez-Alarcón, L. (2003b). Diferencias asociadas al género en los argumentos, las motivaciones y la autoeficacia ante el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Bogotá. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 1(1), 173-192.
- Flórez-Alarcón, L. (2005a). Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 47-78.

- Flórez-Alarcón, L. (2005b). La dimensión psicológica de la promoción y de la prevención en salud. *Trabajo Inédito de Promoción a Profesor Titular*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Flórez-Alarcón, L., Chaves, J., Russi, H.J., & Silva, J.A. (2000). Diseño y baremación de una batería para evaluar el consumo de alcohol en adolescentes de la población de Soacha. Una aplicación del modelo transteórico. *Investigación Docente No-Publicada*. Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia.
- Flórez-Alarcón, L., Amaya, D., Amaya, V., Cañadas, L., Maya, D., Moreno, J., Rodríguez, R., & Urrego, M. (2001). Diseño e implementación de un programa de prevención del abuso de alcohol para estudiantes de secundaria, con fundamento en el modelo transteórico. *Investigación Docente No-Publicada*. Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia.
- Flórez-Alarcón, L., Camelo, E., Caro, M., Castañeda, S., Herrera, O., Miranda, P., Mora, G., Poveda, M., & Riaño, R. (2002). Rediseño e implementación de un programa de prevención del abuso de alcohol para estudiantes de secundaria, con fundamento en el modelo transteórico. *Investigación Docente No-Publicada*. Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia.
- Flórez-Alarcón, L., Acero, E., Carranza, W., Charry, C., Duque, C.P., Medina, E.F., & Medina, M.F. (2004). Talleres de prevención primaria y secundaria del consumo abusivo de alcohol en la localidad engativeña. Informe final de los talleres de prevención primaria. *Informe Final de Investigación Institucional*. Grupo de Investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano, Universidad Nacional de Colombia.
- Freeman, A. & Dolan, M.J. (2001). Revisiting Prochaska and DiClemente's stages of change theory: An expansion and specification to aid in treatment planning and outcome evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 224-234.
- Futterman, R., Lorente, M., & Silverman, S.W. (2005). Beyond harm reduction: A new model of substance abuse treatment further integrating psychological techniques. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(1), 3-18.
- Gantiva, C.A., Gómez, C. & Flórez-Alarcón, L. (2003). Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: Una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología*, 12, 38-48.
- Greenberg, M.T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). Preventing mental health disorders in school-age children: Current state of the field. *Prevention & Treatment*, 4(1). Recuperado de: <http://journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040001a.html#t1>. Visitada el 22 de Febrero de 2005.
- Hengler, S.W., Hallyday-Boykins, C. A., Cunningham, Ph.B., Randall, J., Shapiro, S.B., & Chapman, J.E. (2006). Juvenile drug court: Enhancing outcomes by integrating evidence-based treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 42-54.
- Holtforth, M.G. & Castonguay, L.G. (2005). Relationship and techniques in cognitive-behavioral therapy: A motivational approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 443-455.
- Kuhl, J. (1985). From cognition to behavior: Perspectives for future research on action control. En: J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.). *Action Control: From Cognition to Behavior*. Berlín: Springer, pgs. 287-295.
- Londoño, C. (2004). Construcción de un modelo cognitivo-social integrado para la prevención del abuso en el consumo de alcohol en universitarios bogotanos. *Tesis de Grado de Magister en Psicología No-Publicada*. Universidad Nacional de Colombia.
- Londoño, C. & Valencia, S.C. (2005). La investigación en el proceso de soporte empírico de las terapias: Alcances y limitaciones. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 163-181.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S., Kivlahan, D.R., Dimeff, L.A., Larimer, M.E., Quigley, L.A., Somers, J.M., & Williams, E. (1998). Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: Results from a 2-year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 604-615.
- MacCoun, R.J. (1998). Toward a psychology of harm reduction. *American Psychologist*, 53(11), 1199-1208.
- MacCoun, R.J. (1999). What harm reduction is and isn't. *American Psychologist*, 54(10), 843-844.
- McCambridge, J. & Strang, J. (1997). Development of a structured generic drug intervention model for public health purposes: A brief application of motivational interviewing with young people. *Drug and Alcohol Review*, 22, 391-399.
- Mora-Ríos, J. & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 43(2), 89-96.

- Miller, W.R., Benefield, G., & Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 455-461.
- Miller, W.R. & Brown, S.A. (1997). Why psychologists should treat alcohol and drug problems. *American Psychologist*, 52(12), 1269-1279.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista Motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Monti, P.M., Colby, S.M., Barnett, N.P., Spirito, A., Rohsenow, D.J., Myers, M., Woolard, R. & Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 989-994.
- Murphy, J.G., McDevitt-Murphy, M.E., & Barnett, N.P. (2005). Drink and be merry? Gender, life satisfaction, and alcohol consumption among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(2), 184-191.
- Murphy, J.G., Duchnick, J.J., Vuchinich, R.E., Davison, J.W., Karg, R.S., Olson, A.M., Smith, A.F., & Coffey, T.T. (2001). Relative efficacy of a brief motivational intervention for college students drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 373-379.
- Onken, L.S., Blaine, J.D., & Battjes, R. (1997). Behavioral therapy research: A conceptualization of a process. In: S.W. Henggler, & R. Amentos (Eds.), *Innovative Approaches from Difficult to Treat Populations*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 477-485.
- Oswald, A.L. (1999). Utility of the CAGE-Test as a screening tool for alcoholism in public health. *Doctoral Dissertation*. Université de Genève. Recuperado de página web, visitada el 10 de Abril de 2006: http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2000/OswaldA/these_front.html
- Pantalon, M.V., Nich, C., Frankforter, T., & Carroll, K.M. (2002). The URICA as a measure of motivation to change among treatment-seeking individuals with concurrent alcohol and cocaine problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 299-307.
- Pérez, A. (2000). *El libro de las drogas*. Bogotá: Ediciones Carrera 7ª
- Perz, C.A., DiClemente, C.C., & Carbonari, J.P. (1996). Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology*, 15(6), 462-468.
- 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. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 183-218.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books.
- Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: M.C. Brugué & M. Gossop (Eds.) *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, pgs. 85-135.
- Rivera, D.P. & Villegas, A.W. (2004). Sesgo Optimista No-Realista: El caso del abuso de alcohol entre estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia. *Tesis de Grado en Psicología - No Publicada*. Universidad Nacional de Colombia.
- Rodríguez-Martos, D. (1994). Papel de la atención primaria en el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol: Motivación para el cambio. *Atención Primaria*, 14(4), 743-751.
- Rounsaville, B.J., Carroll, K.M., & Onken, L.S. (2001). A stage model of behavioral therapies research: Getting started and moving on from Stage I. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(2), 133-142.
- RUMBOS (2002). *Juventud y consumo de sustancias psicoactivas: Resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años*. Colombia: Programa Presidencial Rumbos.
- 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.
- Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 47-51.

- Schwarzer, R. (página web). Modeling health behavior change: The Health Action Process Approach (HAPA). Recuperado de: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/hapa.htm>. Visitada el 11 de Abril de 2006.
- Smith, T.W., Orleans, C.T., & Jenkins, C.D. (2004). Prevention and health promotion: Decades of progress, new challenges, and an emerging agenda. *Health Psychology, 23*(2), 126-131.
- Sobell, L. (2001). Motivational interventions for problem drinkers. En: H. Ayala & L. Echeverría (Eds.), *Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, pgs.67-80.
- Sobell, M.B. & Sobell, L. (2005). Guided self-change model of treatment for substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 19*(3), 199-210.
- Stirman, S.W., Crits-Christoph, P., & DeRubeis, R.J. (2004). Achieving successful dissemination of empirically supported psychotherapies: A synthesis of dissemination theory. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(4), 343-359.
- UCPI. *El quehacer preventivo*. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/UCPI/quehace.htm>
Página web visitada el 13 de Abril de 2006.
- Weinstein, N.D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community wide sample. *Journal of Behavioral Medicine, 10*, 481-500.
- Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology, 7*(4): 355-386.
- Weinstein, N.D., Rothman, A.J., & Sutton, S.R. (1998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology, 17*(3): 290-299.