

EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE CAMBIO PROPUESTOS POR EL MODELO TRANSTEÓRICO, EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA Y UNIVERSITARIOS CONSUMIDORES DE ALCOHOL

LUIS FLÓREZ-ALARCÓN*
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

Abstract

A questionnaire was constructed for the measurement of the change processes that are proposed by the Transtheoretical Model (TTM), applied to understanding of the consumption of alcohol in high school and university students from Bogota (Colombia). The instrument supplements others that had intended before as a part of the Questionnaire of Stages for the Modification of the Abuse (CEMA). The questionnaire was applied to 2473 subjects, most of which were high school students that participated in a program of primary prevention of the excessive consumption of alcohol. The results showed that the questionnaire has a good construction validity and a high reliability, although recommendations are suggested for its improvement toward future applications. A progression was observed in the use of cognitive-affective (experiential) processes as the participants advance from early stages (non-contemplation, precontemplation, and contemplation), and of action processes as participants advance to preparation and action stages; this observation is coherent with the previous literature about the processes of change proposed by the TTM and its integration with the motivational stages of change in substance consumers. It is suggested that the processes of change represent coping strategies that are adjusted to the handling of psychosocial variables proposed by the cognitive-social models about the healthy behavior change, which play a differential role through the stages of change proposed by the TTM. This fact has implications of importance in the design and execution of the programs of primary and secondary prevention of the excessive consumption of alcohol. *Key Words:* Transtheoretical model; change processes; change stages; alcohol abuse; high school; university students.

Resumen

Se construyó un cuestionario para la medición de los procesos de cambio propuestos por el Modelo Transteórico (MTT), aplicados al consumo de alcohol en estudiantes de secundaria y estudiantes universitarios de Bogotá (Colombia). El instrumento complementa a otros que se habían construido antes, como parte del Cuestionario de Etapas para la Modificación del Abuso (CEMA). La prueba se aplicó a 2473 sujetos, la mayoría de los cuales eran estudiantes de bachillerato que participaban en un programa de prevención primaria del consumo excesivo de alcohol. Los resultados mostraron que la prueba tiene una buena validez de construcción y una alta confiabilidad, aunque se realizan recomendaciones para su mejoramiento hacia aplicaciones futuras. Se observó una progresión en el uso de los

* Correspondencia: Programa de Maestría en Psicología, Universidad Católica de Colombia. Av. Caracas No. 46-72, Piso 7. Bogotá, Colombia. luis@florez.info

procesos cognitivo-afectivos (experienciales) a medida que los sujetos avanzan desde las etapas motivacionales anteriores a la acción (no-contemplación, precontemplación y contemplación) hacia la preparación; y una progresión de los procesos conductuales a medida que los sujetos se adentran en la ejecución del cambio conductual; esta observación es coherente con la literatura previa acerca de los procesos de cambio propuestos por el MTT y su integración con las etapas motivacionales en sujetos consumidores de sustancias. Se sugiere que los procesos de cambio representan estrategias de afrontamiento que se ajustan al manejo de diversas variables psicosociales propuestas por los modelos cognitivo-sociales acerca del cambio de la conducta saludable, las cuales juegan un papel diferencial a través de las etapas propuestas por el MTT; este hecho tiene implicaciones de importancia para el diseño y ejecución de los programas de prevención primaria y secundaria del consumo excesivo de alcohol.

Palabras Clave: Modelo transteórico; procesos de cambio; etapas de cambio; abuso de alcohol; estudiantes de secundaria; estudiantes universitarios.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio forma parte de una línea de investigación que busca analizar el consumo de alcohol en estudiantes de secundaria y universitarios de Bogotá, en el marco conceptual propuesto por el Modelo Transteórico (MTT); esta línea es una de las que se desarrollan al interior del Centro de Estudios e Investigaciones sobre Adicciones y Violencia (CEIAV), de la Universidad Católica de Colombia. En este caso se busca analizar la asociación entre procesos y etapas de cambio de los estudiantes de secundaria consumidores de alcohol, y proponer un instrumento de evaluación que sirva al propósito de medir el estado de dichos procesos.

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

Este modelo incorpora dentro de su bagaje conceptual tres tipos de factores esenciales (Prochaska & Prochaska, 1993): a) un factor referente a la temporalidad del cambio, que determina la caracterización y secuenciación de las etapas por las que éste transcurre. Las etapas oscilan entre la precontemplación y la terminación, pasando por la contemplación, la preparación, la acción, y el mantenimiento; su medición se hace usualmente a través de la disponibilidad al cambio. b) un conjunto de variables intermedias, de tipo psicosocial, que determinan cuándo ocurre el cambio. Estas variables se refieren fundamentalmente a los balances decisionales, a las tentaciones, y a la autoeficacia. Los balances decisionales son relaciones entre beneficios (pros) y costos (contras) del cambio; las tentaciones son las situaciones en las que se da el consumo; la autoeficacia es la confianza que percibe la persona acerca de que puede controlar el consumo al encontrarse en alguna de las situaciones anteriores. Y, c) un conjunto de procesos psicológicos, variable independiente que determina cómo ocurre el cambio.

De acuerdo con el MTT, los procesos de cambio constituyen la auténtica variable independiente, responsable por el movimiento del comportamiento en uno u otro sentido. En la búsqueda de explicaciones acerca de una estructura subyacente al cambio voluntario, ya sea espontáneo o dirigido, los autores del MTT postularon algunos principios básicos acerca de esa estructura (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992), principios que empiezan a valorarse como un auténtico paradigma acerca del cambio.

El primer principio, es que el cambio no ocurre de una manera continua, sino de una manera secuencial, a través de etapas, y que la tarea inicial de la persona es tomar conciencia de la etapa en que se ubica.

El segundo principio es que las estrategias de afrontamiento (procesos de cambio) para moverse proactivamente hacia la acción, difieren según la etapa en que se ubique la persona. ¿Cuáles son esas estrategias y cómo se integran en cada etapa? Para responder a esta pregunta, los autores del modelo han postulado un conjunto de procesos, derivados del análisis de los principales enfoques psicoterapéuticos, así como del análisis del curso que sigue el cambio espontáneo, no asistido, que la mayoría de personas efectúa en sus vidas cuando tiene éxito en el logro de alguna meta comportamental. En la postulación de estos procesos, los autores resaltan la ausencia de superioridad demostrada por algún sistema psicoterapéutico sobre los demás, o la ausencia de superioridad del conjunto de sistemas psicoterapéuticos sobre la determinación individual de las personas para cambiar, cuando así se lo proponen de una manera decidida.

La idea de los procesos de cambio surgió de la búsqueda de puntos de contacto

entre diferentes sistemas psicoterapéuticos, lo cual condujo a los autores a fijarse más en los postulados de las diversas corrientes acerca del cómo ocurre el cambio, que en el qué se debe cambiar. Las diferencias entre las teorías psicoterapéuticas son más evidentes al preguntarse por el «qué» cambiar que por el «cómo» cambiar.

La pregunta acerca del «cómo» explica el cambio los diversos sistemas de psicoterapia, lleva a un conjunto reducido de respuestas, que es lo que los autores del MTT denominan «procesos». Un proceso de cambio lo definen como «cualquier actividad que la persona emprende para ayudarse a modificar su pensamiento, sentimientos, o conductas» (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994, p. 25, original en inglés). Los anteriores autores diferencian entre los denominados procesos experienciales y los procesos conductuales.

Los procesos experienciales hacen referencia a estrategias cognoscitivas y afectivas como el aumento de la conciencia sobre la severidad del problema (proceso de concienciación), la vivencia emocional de situaciones asociadas al comportamiento en cuestión (proceso de alivio por dramatización), la toma de conciencia acerca de la propia responsabilidad sobre el control del comportamiento en lugar de atribuirla a factores externos (proceso de auto-reevaluación), el cambio en la valoración que hace la persona acerca de las aspiraciones de la sociedad que se refieren al comportamiento (proceso de reevaluación social), la aceptación de medidas sociales que obligan al cambio (proceso de liberación social), y la toma de decisiones de cambio (proceso de auto-liberación).

Los procesos conductuales hacen referencia a estrategias que llevan directamente

a la producción del comportamiento o a su mantenimiento, tales como el automanejo de los estímulos discriminativos que alteran la probabilidad del comportamiento (proceso de control de estímulos), el automanejo de las asociaciones entre el comportamiento y sus consecuencias (proceso de manejo de contingencias), la alteración de la asociación condicionada entre ciertos estímulos y el comportamiento (proceso de contracondicionamiento), y el uso del soporte social que se puede obtener en el medio para alterar o mantener el comportamiento (proceso de ayuda social).

Probablemente una de las mejores descripciones y ejemplificaciones de los anteriores procesos la ofrecen los autores del MTT en su libro «Changing for Good» (Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1994). De allí se tomaron las caracterizaciones conceptuales de cada proceso para el presente trabajo, así como algunas ideas para la elaboración del conjunto de ítems construidos para evaluarlos:

La concienciación es uno de los procesos más utilizados por la gente para fomentar el cambio, ya sea cuando lo emprende en contextos psicoterapéuticos o cuando lo emprende por su propia cuenta; su objetivo es el suministro de información que opera para incrementar la conciencia acerca de los riesgos y de la propia vulnerabilidad frente a los riesgos, de tal forma que se acepte que un comportamiento (ej. consumir alcohol excesivamente) representa la existencia de un peligro o de un problema real y, a partir de esa aceptación, se supere la ambivalencia frente a la decisión de cambiar y se venza la omnipresente resistencia al cambio. Pero el incremento de conciencia requerido no sólo se dirige a fomentar la información acerca de la severidad del daño y de la susceptibili-

dad personal frente a los riesgos; un objetivo muy importante también es clarificar cuáles son las propias defensas que utiliza la persona ante esta información, defensas que la llevan ignorar, tergiversar, o resistirse a su aceptación. Con frecuencia esas defensas se ubican en las distorsiones del procesamiento de la información, ya que, de acuerdo con los principios de la economía cognoscitiva, el procesamiento de información suele ser más favorable a la asimilación (interpretar la información en un sentido favorable a los esquemas o creencias preexistentes) que a la acomodación (modificar los esquemas preexistentes para adecuarlos a la realidad). Las distorsiones que surgen en el procesamiento se plasman en fenómenos cognoscitivos como los denominados sesgos (sesgos atencionales, sesgos perceptuales, o sesgos de memoria), y en las profecías autorrealizadas (Riso, 2004).

Un aspecto complementario a la anterior cara racional del afrontamiento es el aspecto emocional. El proceso de alivio por dramatización se refiere a la vivencia emocional que aporta nueva energía al cambio; se trata de poner a favor del cambio la energía o estimulación generada en la conducta emocional. El objetivo no es fomentar la vivencia emocional per se; es fomentar esa vivencia en la medida en que ella aporta motivación para el cambio. La imaginación vívida de un problema, la imaginación vívida de las consecuencias de un comportamiento, o la vivencia emocional experimentada en ciertas situaciones (al ver una película o al conversar acerca de algo), son ejemplos de experiencias típicas conducentes al alivio por dramatización, como lo es también el uso de ciertas técnicas psicoterapéuticas (ej. la silla vacía) propias de los procedimientos de corte existencial.

La liberación social y la reevaluación social son procesos que hacen referencia a dos aspectos distintos de la influencia social. La liberación social se refiere al uso de normas sociales, con respaldo o no en la ley, que buscan persuadir a la gente de ejecutar ciertas conductas, y de abstenerse de ejecutar otras; las prohibiciones de fumar en lugares públicos o la obligatoriedad de usar el cinturón de seguridad al conducir son ejemplos de las normas con respaldo legal; las recomendaciones de designar a alguien para que no beba en las reuniones y sea el encargado de conducir, o de vincularse a grupos de autoayuda, son ejemplos de normas persuasivas. La reevaluación social se refiere a la valoración que la gente hace de esas normas; evaluarlas, por ejemplo, como una coerción contra la propia libertad genera unas expectativas contrarias a la disponibilidad a cambiar, mientras que evaluarlas como una opción válida de la sociedad para ayudar a todos genera otras expectativas favorables al cambio. La liberación social es un proceso social, externo a la persona, que busca generarle nuevas alternativas de elección a los individuos, proporcionándoles mayor información acerca de las conductas problema y generando soportes sociales para la gente que se propone cambiar; la reevaluación social es un proceso interno de la persona que radica en generar motivaciones favorables ante los esfuerzos sociales de ayuda y de liberación de los problemas inherentes a ciertas conductas que dañan la salud propia y la de los demás.

La auto-reevaluación y la auto-liberación representan procesos de cambio similares a los anteriores, pero vistos desde el ángulo de la propia persona. La auto-reevaluación es un proceso de valoración personal de cara a un comportamiento problema,

en un doble sentido: primero, evaluación del grado en que el comportamiento problema está en contradicción con los propios valores, e impide el logro de metas vitales importantes. Segundo, evaluación del grado en que el comportamiento problema representa algunos beneficios personales y, por consiguiente, que su modificación no sólo entraña la pérdida de esos beneficios sino, además, el costo mismo inherente a la realización del cambio. Una auto-reevaluación exitosa implica la realización de profundos balances decisionales, en los que se contraponen, de una parte, elementos sustanciales de las propias aspiraciones y autorrealización, y, de otra, los beneficios de la conducta problema que se aspira a modificar; su resultado, para que sea favorable al cambio, debe plasmarse en una sólida convicción de que la vida mejorará sustancialmente como consecuencia de alterar los comportamientos problema. La auto-reevaluación implica contrastar una evaluación de la situación presente, en la que la persona enfatiza los costos de su situación actual que le produce insatisfacción, con una evaluación de la propia imagen en caso de modificar el comportamiento, en la que la persona enfatiza su visión de sí misma más feliz, más autorrealizada, y con una mejor calidad de vida.

La auto-reevaluación ayuda a que la persona tome una firme decisión de cambiar, pero esa decisión debe, primero, tomarse y, luego, adjudicársele los recursos necesarios para poder implementarla, pues el cambio demanda de atención, planificación, esfuerzo, e inversión de medios para su realización; aquí entra a jugar el proceso de auto-liberación. La auto-liberación es sinónimo de compromiso; al compromiso se le ha asimilado con la denominada «fuerza de voluntad» que radica en la permanente

planificación para ejecutar las acciones y la creencia en las propias capacidades para llevarlas a cabo, o autoeficacia. La autoliberación implica el conocimiento de las situaciones en las que es mayor la tentación de incurrir en un determinado comportamiento y la planificación de formas alternativas de reacción, distintas a ese comportamiento, con el fin de obtener un determinado resultado (ej. conductas alternativas al consumo de alcohol que permitan obtener la desinhibición o el relax que se atribuye al alcohol). Es un proceso activo de anticipación a las circunstancias que probabilizan al comportamiento, y de compromiso con la adopción de estrategias que permitan afrontar esas circunstancias eficazmente.

En la fase de acción propiamente dicha, cuando el cambio de comportamiento se hace realidad, algunos procesos especialmente útiles son los derivados del campo del análisis de la conducta, los cuales afectan directamente a la probabilidad de viejas conductas, para disminuirla, y a la de las nuevas, para incrementarla. Se trata de procesos como el control de estímulos, el manejo de contingencias, y el contracondicionamiento, los cuales pueden ser preparados y aplicados por la propia persona, en lo cual radica la esencia del autocontrol del comportamiento. El control de estímulos consiste en actuar sobre las situaciones que elicitán el comportamiento indeseable, ya sea que se trate de situaciones medioambientales o de situaciones sociales; al actuar sobre esas situaciones (eliminándolas o modificándolas), en especial las que inician una cadena de conductas que culmina en el comportamiento indeseable, se reduce la probabilidad de presentación del mismo. El contracondicionamiento consiste en actuar sobre el propio comportamiento, más que

sobre las situaciones que lo elicitán; más específicamente, implica la asociación de nuevos comportamientos, de preferencia comportamientos deseables incompatibles con el que se va a modificar, a la presencia de situaciones o estímulos que antes elicitaban la conducta indeseable; ejemplo de ello son la distracción, el ejercicio, la relajación, el cambio de pensamientos, y las respuestas asertivas. El manejo de contingencias es otro proceso conductual, que consiste en alterar las consecuencias del comportamiento, de tal forma que las nuevas consecuencias modifiquen en el sentido deseado la probabilidad de ejecución de ese comportamiento; son bien conocidos los procedimientos de reforzamiento positivo, de reforzamiento negativo, de castigo, y otros por el estilo, que se pueden utilizar con bastante eficacia para alterar la probabilidad de una determinada conducta.

Las relaciones de ayuda mantienen una función permanente a lo largo de todo el proceso de cambio, constituyéndose en un proceso fundamental para iniciar o para mantener el cambio de conducta; las formas que pueden asumir esas relaciones, para que resulten útiles, difieren a través de las distintas etapas motivacionales propuestas por el MTT. El contexto social influye sobre el individuo al proporcionarle un conjunto de creencias y de esquemas atribucionales que pueden ayudar a que la persona procese la información en un sentido de solución de los problemas en beneficio del cambio, o, por el contrario, puede influir para profundizar en las interpretaciones sesgadas y en el mantenimiento del statu quo. Las relaciones de ayuda efectivas suelen ser las que representan para la persona un contexto de soporte, de aceptación no-crítica, y de comprensión empática. Estas, que son condiciones indis-

pensables en una buena relación terapéutica, resultan difíciles de obtener de manera espontánea en una relación cotidiana con los miembros de la red social existente alrededor de nuestras personas. Un error corriente de las personas que desean ayudar a otras es que aspiran a que éstas últimas cambien, y las retan a cambiar, independientemente de su etapa motivacional y de su decisión para hacerlo. Por eso las relaciones de ayuda suelen ser mejor bienvenidas en las etapas de preparación, acción y mantenimiento, que en las etapas de precontemplación y de contemplación; en éstas últimas una buena relación de ayuda opera si colabora a la persona en el reconocimiento de las defensas que impiden el avance del cambio, en lugar de exigir el cambio de conducta de manera inmediata. Por el contrario, en las etapas de cambio real de la conducta, la ayuda de otros se convierte en un soporte instrumental y emocional indispensable para ejecutar y mantener la acción, o para recuperarla en situaciones de recaída, siempre y cuando se suministre en un contexto de comprensión, de aceptación no-crítica, y de calidez.

Pasando al análisis de algunos antecedentes de la presente investigación, es bueno señalar que el mayor interés evaluativo dentro de la investigación acerca del MTT, especialmente en sus aplicaciones al consumo de alcohol, se ha centrado en la medición y análisis de la variable dependiente, ésto es, las etapas y la disponibilidad al cambio, y de las variables psicosociales intermediarias que le subyacen a ese cambio, ésto es, los balances decisionales, las tentaciones y la autoeficacia (Hannover & Cols., 2002; Cabrera, 2001; Ayala & Cols., 1998; Cunningham & Cols., 1997; Migneault & Cols., 1999; Migneault, & Cols., 1997; Miller & Tonigan, 1996).

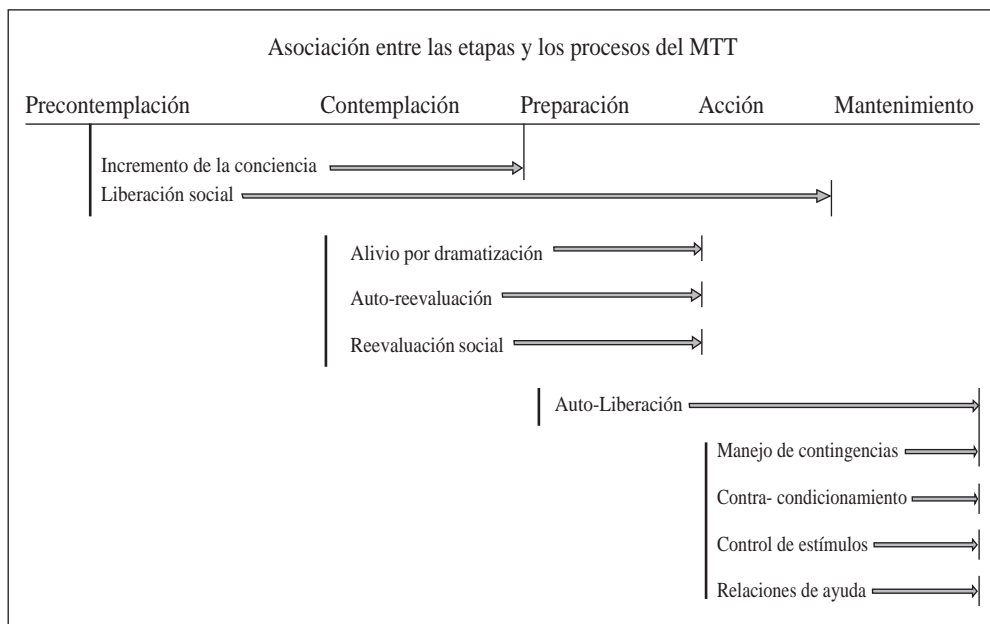
En las investigaciones precedentes a la actual dentro de esta línea del CEIAV, los principales temas de análisis han sido los de las etapas de cambio, y los de las variables intermediarias propuestas por el MTT, en su aplicación al análisis del consumo de alcohol en estudiantes de secundaria y en estudiantes universitarios de Bogotá (Flórez-Alarcón, 2000a; 2001a; 2001b; 2001c; 2003). El presente trabajo complementa a los anteriores y se propone el análisis de los procesos de cambio.

La idea inicial de quienes hemos trabajado en la línea de investigación que aquí se reporta ha sido la de construir un Programa de Etapas para la Modificación del Abuso (PEMA) según una estructura coherente con los planteamientos del MTT (Flórez-Alarcón, 2003). Esto es, proceder haciendo primero una evaluación de etapas, y privilegiando el manejo de los procesos experienciales en el trabajo con las etapas más atrasadas (precontemplación y contemplación), así como los procesos conductuales en las etapas más avanzadas (preparación, acción, y mantenimiento). Esquemáticamente, los autores del MTT (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994) proponen que se haga la asociación entre etapas y procesos de cambio, de la manera que se presenta en el Cuadro 1.

Esta correspondencia entre etapas y procesos de cambio ha sido objeto de diversos estudios que han pretendido establecer con alguna precisión cuáles son los procesos propuestos por el MTT que deben privilegiarse para favorecer el cambio, en función de la etapa en la que se ubique a los sujetos, especialmente para la conducta de fumar (Segan & Cols., 2004; Herzog & Cols., 1999; Perz & Cols., 1996; DiClemente & Cols., 1991), y para otras conductas

(Armitage & Cols., 2004). En un meta-análisis acerca de la correspondencia entre etapas y procesos de cambio, Rosen (2000) somete a revisión 47 investigaciones en las que se plantea el uso diferencial de procesos de cambio en función de la etapa motivacional, para el comportamiento de fumar y para otros comportamientos; como conclusión propone que si bien es válida la diferenciación entre los procesos a través de las diferentes etapas, la secuenciación entre los procesos no es igual a través de diferentes conductas: en el caso de la modificación del tabaquismo y del consumo de otras sustancias se ha seguido una secuenciación de procesos que parte de los cognitivo-afectivos (procesos experienciales) para culminar en los conductuales; ésto es, se observa con mayor frecuencia el uso de estos procesos en las etapas de contemplación y prepara-

ción que propone el MTT, mientras que el uso de los procesos conductuales se observa más en las etapas de acción y de mantenimiento. En cambio, para otros comportamientos como el ejercicio físico y la dieta, el uso de procesos cognoscitivos y conductuales ha sido más simultáneo a lo largo de todas las etapas. Parcialmente se ha atribuido esa diferencia en el uso de procesos entre estos comportamientos al hecho de que en algunos, como el tabaquismo, el cambio hace referencia a «dejar de hacer» viejos hábitos, mientras que en otros, como el ejercicio y parcialmente las dietas, el cambio hace referencia a «hacer» nuevos hábitos; en el primer caso es lógico que el hecho de dejar de pensar en los viejos hábitos sea una forma de ayudarse a cambiar, mientras que en el segundo caso el hecho de pensar en los nuevos hábitos sea una forma de ayu-



Cuadro 1. Propuesta de uso de los procesos de cambio en asociación con las etapas previstas por el Modelo Transteórico. (Adaptado de Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994).

darse en las etapas de acción y de mantenimiento. Un problema metodológico que señala Rosen es la ausencia de procedimientos estándar para la medición de los procesos, lo cual dificulta la comparación en su uso a través de diferentes estudios. En el estudio de Segan & Cols. (2004), posterior al de Rosen, se propone que la etapa de cambio en sí misma tiene mayor capacidad predictiva que los procesos de cambio.

También se ha analizado la transición de etapas en función de las variables psicosociales propuestas por diversos modelos cognoscitivos acerca del cambio, tales como la teoría de la acción razonada y de la acción planeada (Flórez & Sarmiento, 2004; Courneya & Bobick, 2000; Humphreys & Cols., 1998; DeVries & Cols., 1998; Stark & Cols., 1998). En este caso la diversidad de procedimientos utilizados en la intervención no obedece tanto a la idea de hacer un apareamiento entre etapas y procesos, sino más bien a la idea de favorecer el cambio en algunas variables psicosociales intermediarias como las creencias, las actitudes, los balances decisionales, la toma de decisiones, y la planificación del autocontrol. Se parte de que estas variables adquieren una importancia mayor en ciertos momentos del cambio que en otros, sobre todo a partir de una distinción entre dos fases distintas de cambio, la fase motivacional y la fase volitiva. Probablemente la conclusión más acertada vaya en la dirección de que los procesos experienciales sirven más al propósito de afectar a las variables psicosociales que son más relevantes durante la fase motivacional del cambio, mientras que los procesos conductuales sirven más para afectar a las variables psicosociales que son más relevantes durante la fase de acción. Pero parece más lógico centrar primariamente la atención en la

determinación de las variables psicosociales que se desean afectar y, luego sí, en los procesos de cambio que se van a utilizar para afectarlas.

Las conclusiones derivadas de estos estudios en los que se analizan las etapas en función de los procesos de cambio sugeridos por el MTT o en función de otras variables psicosociales, coinciden en proponer la necesidad de realizar intervenciones distintas para promover el cambio en personas que se ubican en diferentes etapas motivacionales respecto de alguna conducta, en lugar de dar el mismo tratamiento a todos los sujetos, pues esto implica desconocer el momento motivacional del cual se arranca al inicio de la intervención. La programación de las sesiones del PEMA, tanto en su aplicación a la prevención primaria como a la prevención secundaria del abuso de alcohol en estudiantes de secundaria y estudiantes universitarios, se ha hecho de acuerdo con un esquema que contempla el planteamiento de los objetivos de la sesión de acuerdo con la etapa del respectivo grupo (variable psicosocial que se aspira a afectar), el planteamiento del proceso de cambio que se propone utilizar para el logro del objetivo, y la descripción de la dinámica o procedimiento que se utilizará para implementar dicho proceso de cambio.

El reporte que se se realiza en el presente artículo se ocupa específicamente de responder a dos objetivos centrales: a) Proponer un instrumento de evaluación aplicable a la medición de los procesos de cambio que utilizan los estudiantes de secundaria y de universidad para moderar el consumo de alcohol, b) Analizar la asociación entre las etapas de cambio y los procesos de cambio sugeridos por el MTT, en los estudiantes que contestaron el anterior cuestionario.

MÉTODO

Diseño

El estudio se realizó conforme a un diseño descriptivo de tipo transeccional, el cual se dirige a la determinación de los valores que una variable, en este caso los procesos de cambio, asumen en un momento determinado.

Sujetos

En el estudio participaron 2473 sujetos, de ellos 1887 (76,3%) estudiantes de secundaria y 586 (23,7) estudiantes universitarios. La muestra total tuvo un promedio de edad de 16,83 años (D.E.=3,68), en un rango que osciló entre 12 y 54 años cumplidos. El 51% eran hombres y el 49% mujeres.

Los estudiantes de secundaria pertenecían a nueve colegios de una localidad de Bogotá, los cuales adelantaban sus estudios en instituciones públicas de educación secundaria que solicitaron los servicios de prevención primaria del abuso de alcohol ofrecidos por la Alcaldía Local. Ese servicio consistía en la realización de talleres preventivos, pagados por la Alcaldía Local, los cuales formaban parte de un programa integral de promoción de la calidad de vida en la localidad. La edad promedio de los estudiantes de secundaria fue de 15,21 años (D.E.=1,22), en un rango que osciló entre los 12 y los 21 años cumplidos; el 55% de los participantes eran hombres y el 45% mujeres. En total se realizaron 51 talleres con un promedio de 37 participantes por taller; de estos talleres 3 se hicieron con jóvenes de 8°. grado, 30 con jóvenes de 9° grado, 11 con jóvenes de 10° grado, y 7 con jóvenes de 11° grado.

Los estudiantes universitarios son los mismos que se reportaron en un estudio anterior (Flórez-Alarcón, 2003). Su edad prome-

dio era de 21,5 años (D.E.=4,52), en un rango entre los 16 y los 54 años cumplidos. De ellos el 60,8% eran hombres y el 39,2% mujeres. Fueron encuestados en 9 universidades de Bogotá, la mayoría de ellas privadas. Estudiaban carreras de psicología, derecho, ciencias políticas, ingenierías, arquitectura, economía, contaduría, administración de empresas, comunicación social, medicina, odontología, y biología. Pertenecían a diversos semestres de sus carreras, entre 1° y 10°.

Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario de Etapas para la Modificación del Abuso (CEMA). Esta prueba fue construida y validada con población de estudiantes universitarios de Bogotá, en un proceso en el que han participado tanto estudiantes universitarios como estudiantes de últimos cursos de secundaria (Flórez-Alarcón, 2001a, 2001b, 2001c, 2003). A los grupos de estudiantes de últimos años de secundaria se les ha considerado homogéneos al grupo de estudiantes universitarios, en razón de que básicamente presentan el mismo nivel de desarrollo cognoscitivo, además de que el inicio del consumo de alcohol en la sociedad colombiana se ubica en los años de secundaria (Rumbos, 2002). Es un cuestionario que tiene varios componentes evaluativos de los aspectos relacionados con el consumo de alcohol que son de interés, de acuerdo con la propuesta del MTT: a) Componente de caracterización del consumo: además de los datos sociodemográficos evalúa aspectos de frecuencia y cantidad usual del consumo en el último mes, etapa motivacional de acuerdo con la propuesta del MTT, intención manifiesta de cambio, y riesgo de dependencia de acuerdo con el puntaje dado por la prueba CAGE. b) Abuso y disponibilidad al cambio. c) Pros

y contras del consumo. d) Tentaciones y autoeficacia.

En la experiencia que se reporta aquí solamente se hace referencia a la parte de la prueba correspondiente a la caracterización del consumo, la cual consta de 14 ítems, distribuidos así: 3 de datos sociodemográficos (edad, género, y grado escolar), 2 de frecuencia y cantidad de consumo, 4 correspondientes a la prueba CAGE, 1 correspondiente a la etapa motivacional según el MTT, y 4 correspondientes a la intención de cambio. Esta parte es de fácil y rápida aplicación (10 minutos en promedio), por lo cual se puede utilizar para realizar tamizajes sobre consumo y abuso de alcohol en el trabajo con grandes poblaciones escolares.

En cuanto a las características del consumo, se toman en cuenta la frecuencia y la intensidad o cantidad de consumo de bebidas alcohólicas:

La frecuencia del consumo se clasifica en cuatro categorías: a) «Baja» («débil») correspondiente a personas que consumen bebidas alcohólicas 1 o menos veces al mes. b) «Intermedia», correspondiente a personas que consumen más de una vez al mes, pero menos de una vez por semana. c) «Fuerte»: correspondiente a personas que consumen una o más veces por semana, sin llegar a hacerlo todos los días. d) «Diaria», correspondiente a personas que consumen todos los días.

La cantidad o intensidad del consumo se evalúa mediante el número de unidades consumidas por ocasión. Una unidad (cerveza, vaso de vino, copa pequeña de licor destilado) equivale a 12 grs. de alcohol; a los sujetos se les instruyó ampliamente para el cálculo de estas unidades. Se estiman tres niveles de intensidad: a) «Baja»: Corresponde a sujetos que consumen menos de 4 unidades por ocasión, lo cual es el límite de-

seable. b) «Límite»: sujetos que consumen de 4 a 5 unidades por ocasión, nivel límite con el consumo perjudicial, conducente a manifestaciones de intoxicación alcohólica. c) «Excesiva»: sujetos que consumen más de 5 unidades por ocasión, superando el límite perjudicial, con claras manifestaciones de embriaguez.

El cuestionario CAGE evalúa 4 aspectos del consumo que caracterizan el riesgo potencial de dependencia. De acuerdo con Oswald (1999) se ha encontrado que un puntaje de 2 o más en esta prueba constituye el límite que divide el consumo sin riesgo del consumo de riesgo. El puntaje 3 se considera predictor de un consumo excesivo, y el puntaje predictor 4 de un consumo dependiente o «alcoholismo» propiamente dicho. Desde este punto de vista, son candidatos óptimos a programas de prevención universal los sujetos con puntajes 0 ó 1 en el CAGE; los sujetos con puntaje igual a 2 son candidatos a programas de prevención primaria del abuso de alcohol; los sujetos con puntaje 3 son candidatos a programas de prevención secundaria, y los que obtienen puntaje 4 son candidatos a programas de prevención terciaria.

La prueba de procesos de cambio se elaboró para ser aplicada en este trabajo. Se trata de un conjunto de 50 afirmaciones que aluden a los diversos procesos de cambio; frente a cada una se le pide al sujeto que indique la frecuencia con la que utiliza, para ayudarse a no beber, el proceso indicado en la afirmación; su respuesta la indica en una escala que va de 1 («nunca») a 5 («siempre»), pasando por frecuencias intermedias. A mayor calificación, mayor es el uso que hace la persona del proceso en cuestión. La distribución de los 50 ítems entre los procesos evaluados se indicará en la sección

de resultados, donde se analizará la coincidencia que se encontró entre la asignación original de los ítems a los diversos procesos, y la que resulta luego del análisis factorial que busca determinar la validez de construcción de la prueba.

Procedimiento

La construcción de la prueba se hizo en varias fases: a) Se consultaron algunas propuestas evaluativas de los procesos de cambio, hechas por los autores del MTT (CPRC, página web; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994). Como resultado de esa consulta se elaboró una prueba preliminar compuesta por 100 ítems. b) Se solicitó a 3 jueces expertos que evaluaran la pertinencia, la coherencia con las escalas elegidas, y la redacción de los ítems. Como resultado de este análisis se eliminaron 35 ítems que 2 de los jueces, o los 3, consideraban no coherentes o no pertinentes; en otros casos se dejó el ítem pero se modificó la redacción en el sentido propuesto por los jueces. c) Se hicieron aplicaciones piloto del cuestionario a 100 estudiantes universitarios y a 100 estudiantes de secundaria, como parte de los ejercicios de un curso de psicología de la salud. El objetivo era tener un estimativo del tiempo de aplicación de la prueba y de la posible dificultad en la comprensión de algún ítem, de acuerdo con los reportes verbales que se les solicitaban a los sujetos después de la aplicación. Como resultado de este análisis se eliminaron 15 ítems adicionales que los estudiantes consideraban no pertinentes (p. ej. ítems que ellos consideraban que eran más adecuados para evaluar el consumo de «borrachos» y no apropiados para estudiantes), ítems de difícil comprensión, ítems repetitivos, ó ítems en los cuales se presentaba una tendencia sistemática a contestar la respues-

ta 1 (correspondiente a «nunca»). d) Se aplicó la versión final a los estudiantes universitarios en sesiones para las cuales se obtenía aprobación, dentro de los salones de clase. Y a los estudiantes de secundaria, en la primera sesión del taller de prevención primaria del abuso de alcohol. Todas las aplicaciones fueron realizadas por estudiantes de psicología de último semestre, o por psicólogos recién graduados, quienes recibieron un entrenamiento especial y una remuneración por este trabajo.

RESULTADOS

Estructura de la prueba de procesos de cambio

En las fases iniciales del proceso de construcción del cuestionario se pudo observar que los ítems que evaluaban auto-reevaluación y auto-liberación, tendían a conformar una única categoría, lo que es lógicamente consistente ya que la auto-reevaluación es un paso avanzado en la toma de conciencia que conduce a la toma de decisiones propiamente dicha, la cual, junto con la planificación del cambio, constituye la esencia de la auto-liberación. Lo mismo se observó que sucedía con la reevaluación social y con la liberación social. Por otra parte se observó que dos ítems (17 y 28) que evaluaban un procedimiento fisiológico de contracondicionamiento, sistemáticamente en todas las aplicaciones piloto tendían a conformar un factor único. Por esa razón el análisis factorial que busca determinar la estructura de la prueba, que se presenta en la Tabla 1, se programó para un total de 9 factores, resultantes de restar a los 10 procesos de cambio los 2 factores reunidos (AL con AR; y RS con LS), y de adicionar el factor especial (CC-f).

Tabla 1

Cargas Factoriales (Rotación Vari-Max) de los 50 ítems incluidos en la prueba de Procesos de Cambio (en negrilla se indica el factor en el que quedó finalmente incluido cada ítem. Ver al final de la tabla la descripción del proceso de cambio correspondiente a cada sigla).

Item	F1: AL-AR	F2: CC	F3: CE	F4: AD	F5: CN	F6: RS-LS	F7: MC	F8: RA	F9: CCf
1							,708		
2							,676		
3	,316				,262		,587		
4	,306						,296	,629	
5	,205	,246				,537	,204	,265	
6	,457				,359	,326	,236	,166	
7			,721			,269			
8						,690			
9	,652					,305	,217		
10	,618				,262	,274	,226		
11	,364			,230	,263	,534	,210		
12	,594						,225	,205	
13	,324		,271		,405				
14	,393	,210			,532	,238			
15	,253	,284	,340			,574			
16	,298	,246	,331	4	,546	,230			
17									,829
18			,788						
19	,621		,222						
20	,318			,415	,236	,360			
21	,607			,319				,225	
22			,671		,270				
23	,364		,311	,239	,498				
24	,471							,250	
25	,539			,313	,204			,399	
26	,301			,264	,246			,261	
27	,568	,260			,403	,206			
28				,213					,788
29	,399			,431	,293		,260		
30	,700								
31	,600	,256							
32		,324	,253	,444		,338		,281	
33	,226	,294		,320				,580	
34	,242	,572						,246	
35				,269	,484				
36	,235			,611					
37	,464	,434		,250	,284				
38		,244	,633						
39		,588	,365						
40	,621	,303		,324					
41	,284	,577		,205	,290				

(Continuación tabla 1)

Item	F1: AL-AR	F2: CC	F3: CE	F4: AD	F5: CN	F6: RS-LS	F7: MC	F8: RA	F9: CCf
42	,341	,327	,411	,285	,297				
43	,225			,632					
44	,545	,417		,293	,265				
45	,289	,268		,538			,229		
46		,439	,439	,203			,272		
47		,693				,258			
48	,528	,561							
49	,469	,552		,231		,228			
50	,543	,508							

PROCESOS DE CAMBIO

RS: Reevaluación Social

LS: Liberación Social

RA: Relaciones de Ayuda

CC: Contracondicionamiento

CCf: Contracondicionamiento fisiológico

CE: Control de Estímulos

MC: Manejo de Contingencias

AL: Autoliberación

AR: Autoreevaluación

AD: Alivio por Dramatización

CN: Concienciación

Para determinar el nombre de los factores se tuvo en cuenta el proceso de cambio al que originalmente se habían asignado la mayoría de items que tuvieron sus mayores cargas en cada uno de los factores; éstos explican, en conjunto, el 58,2% de la varianza. Cuando un item tenía cargas altas en más de un factor (items 46, 48, 49 y 50), se asignaba al que fuera más consistente con la clasificación inicial del item. En otros casos (items 26, 29, 32, 45, y 47), cuando la mayor carga factorial no era coherente con la categoría para la que fue construido, el item se asignó preferencialmente a la categoría original; esos son los casos en los que se observan las cargas factoriales más bajas (entre 0,25 y 0,39), para cuyo mejoramiento se sugieren más adelante modificaciones en la redacción, con el fin de que la pregunta refleje mejor la caracterización conceptual del factor. En todos los demás casos las correlaciones item-factor fueron superiores a 0,40.

En la Tabla 2 se presenta una descripción de la prueba, en la cual se enuncian los items, el proceso de cambio para cuya evaluación fueron propuestos originalmente, y el proceso de cambio en el cual quedaron incluidos después del procedimiento de factorización que se realizó para analizar la validez de construcción de la prueba.

Al inspeccionar la Tabla 2 se observa que en 30 items (60%) coincide la categoría evaluativa para la cual fueron construidos con la categoría en la que quedaron ubicados al final. Para los 20 items (40%) en los que no se dio esa coincidencia se puede establecer que, aunque no quedaron clasificados en la categoría original, sí son compatibles en sus contenidos con la caracterización conceptual de la categoría en la que quedaron finalmente incluidos, tal como se describió esa caracterización en la introducción de este artículo y como se analiza más adelante en la discusión de los resultados.

Consistencia interna de la prueba de procesos de cambio

Para evaluar la confiabilidad de la prueba de procesos de cambio se obtuvo el coeficiente alpha de Cronbach, el cual determina su consistencia interna. En la Tabla 3 se presentan los coeficientes Alpha, tanto de la prueba total como de cada una de las partes que la componen.

Las correlaciones item-total fueron superiores a 0,40 en todos los casos, excepto para los 2 items de contracondicionamiento fisiológico, cuyas correlaciones con el resto de la escala fueron bastante bajas (0,20 y 0,16 respectivamente). Sin embargo, no es necesario eliminar ningún item para que el coeficiente Alpha de la prueba aumente.

En cuanto a los coeficientes de cada uno de los procesos de cambio, fueron sistemáticamente altos, excepto para las dos pruebas que tienen solamente 2 items cada una (RA y CC-f). Como en la prueba total, en ningún caso aumenta el coeficiente alpha como resultado de eliminar un item.

En las aplicaciones de tests extensos es usual encontrar alguna resistencia de los sujetos debido al tiempo que deben invertir en contestarlo. En el presente caso se obtuvo la confiabilidad que resulta de dividir la prueba en dos mitades, la cual arroja un coeficiente de confiabilidad bastante bueno para cada una de las partes paralelas, y una alta correlación entre éstas. Sin embargo, las confiabilidades de la evaluación de los diversos procesos desciende considerablemente cuando alguna parte tiene menos de 3 items, por lo cual se sugiere que, en caso de proceder a dividir la prueba en dos mitades, se incremente el número de items por cada mitad a una cantidad cercana a 30, para que se puedan tener confiabilidades adecuadas en cada uno de los componentes.

Interpretación de los puntajes

Para interpretar el puntaje obtenido por una persona, la pregunta esencial que debe formularse es ¿qué tanto uso hace la persona de un proceso de cambio para moderar su consumo de alcohol? La respuesta implica una doble comparación:

1. Comparar los puntajes obtenidos en un proceso con los puntajes obtenidos en los demás; es decir si los 10 procesos representan el bagage total ó 100% de estrategias de cambio que puede utilizar el sujeto, el puntaje relativo es el porcentaje que el sujeto asigna a cada proceso dentro del conjunto de estrategias utilizadas. Esta comparación es intraindividual y proporciona un cuadro comparativo para el sujeto acerca del uso relativo que está haciendo de cada una de las estrategias, en el que la sumatoria es el 100% del afrontamiento. Este enfoque evaluativo de tipo idiográfico permite hacer una comparación del perfil de las estrategias utilizadas por el sujeto en dos momentos diferentes, generalmente antes y después de recibir una intervención. Antes de la intervención el perfil indicaría, por ejemplo, cuáles estrategias utiliza menos el sujeto, y orientaría el tratamiento hacia el fomento de esas estrategias, con el fin de favorecer el cambio; después de la intervención el nuevo perfil debe haberse transformado en el sentido esperado, y el cambio deberá haber avanzado de etapa, hacia la acción o el mantenimiento. Esta interpretación es ideal para el uso de la prueba de procesos de cambio como fundamento de la elección de un tratamiento específico, que es el ideal de la aplicación luego de un diagnóstico hecho mediante el uso de un test. En la Figura 1 se hace la comparación de los puntajes relativos obtenidos a partir de los puntajes porcentuales de dos sujetos, ambos en etapa

Tabla 2

Descripción de la prueba de procesos de cambio y de la coincidencia entre el proceso inicial para el que fue diseñado cada ítem con el proceso final en el que quedó incluido. (Ver la Tabla 1 para descripción de los procesos de cambio).

ITEM	PROCESO INICIAL	PROCESO FINAL	COINCIDEN
1. Mantengo en mi casa o en mi trabajo algunas cosas que me recuerden no beber	CE	MC	N
2. Me pongo a hacer ejercicio cuando siento ganas de beber	CC	MC	N
3. Hago algo que me gusta (ej. irme a cine, escuchar música, etc.) para recompensarme cuando venzo una tentación de beber	MC	MC	S
4. Busco hablar al menos con alguna persona especial acerca de mis experiencias con el alcohol	RA	RA	S
5. Recuerdo que me preocupan las enfermedades causadas por el alcohol	AD	LS-RS	N
6. Me digo a mí mismo(a) que puedo escoger entre cambiar o no cambiar mi forma de beber	AL	AL-AR	S
7. Evito relacionarme con personas que contribuyen a que yo beba	CE	CE	S
8. Me fijo con atención en los avisos colocados en lugares públicos que invitan a la gente a beber moderadamente	RS	LS-RS	S
9. Pienso cómo mi problema con la bebida está lastimando a las personas cercanas a mí	AR	AL-AR	S
10. Pienso que para poder sentirme bien conmigo mismo(a) es necesario cambiar mi conducta de beber	AR	AL-AR	S
11. Recuerdo la información que presentan por radio y televisión que me ayuda a pensar sobre cómo dejar de beber	CN	LS-RS	N
12. Busco a alguien especial en mi vida que me ayude a enfrentar mi problema con la bebida	RA	AL-AR	N
13. Quito de mi casa o del trabajo las cosas que me recuerdan la bebida	CE	CN	N
14. Trato de tranquilizarme cuando siento ganas de beber	AL	CN	N
15. Recuerdo las advertencias que me afectan emocionalmente acerca de los riesgos que tiene el alcohol para la salud	LS	LS-RS	S
16. Utilizo la fuerza de voluntad para alejarme del trago	CN	CN	S
17. Tomo algún tipo de medicamentos que me ayuden a no beber	CC-f	CC-f	S
18. Evito a las personas que me animan a beber	CE	CE	S
19. Pienso que las personas cercanas a mí estarían mejor sin mis problemas con la bebida	AR	AL-AR	S
20. Leo periódicos o folletos con notas que me pueden ayudar para dejar de beber	CN	AD	N
21. Acudo a alguien que me ayuda a concientizarme de la forma en que la bebida me está afectando personalmente	RA	AL-AR	N
22. Evito las situaciones que me tientan a beber	CE	CE	S
23. Intento pensar en otras cosas cuando siento deseos de beber	CC	CN	N
24. Recuerdo que otros me hacen la vida difícil cuando bebo	RA	AR-AL	N
25. Acudo a alguien que me escucha cuando quiero hablar acerca de mi problema con la bebida	RA	AL-AR	N

(Continuación tabla 2)

ITEM	PROCESO INICIAL	PROCESO FINAL	COINCIDEN
26. Recuerdo que las historias acerca del alcohol y sus efectos me ponen nervioso(a)	AD	AD	S
27. Me recuerdo a mí mismo(a) que puedo escoger superar el problema con el trago si así me lo propongo	AL	AL-AR	S
28. Ingiero alguna medicina tranquilizante	CC-f	CC-f	S
29. Busco colocarme en alguna situación medioambiental que me facilite la superación de los problemas con la bebida	CE	AL-AR	N
30. Recuerdo que me siento muy mal por lo mucho que las personas queridas para mí han resultado lastimadas por mis problemas con la bebida	AR	AL-AR	S
31. Recuerdo que me decepciono de mí mismo(a) cuando vuelvo a beber en exceso	AR	AL-AR	S
32. Busco información relacionada con los problemas causados por el alcohol	CN	LS-RS	N
33. Busco a alguien que intente compartir conmigo sus experiencias personales con el alcohol	RA	RA	S
34. Recuerdo que existen otras formas de tranquilizarme en lugar de beber cuando enfrento alguna situación que me altera	AL	CC	N
35. No me permito a mí mismo(a) divertirme cuando bebo	MC	CN	N
36. Leo en los periódicos historias que pueden afectarme emocionalmente debido a mis problemas con el trago	AD	AD	S
37. Me digo a mí mismo(a) que si lo intento con bastante esfuerzo, puedo mantenerme alejado del trago	AL	AL-AR	S
38. Abandono los lugares donde hay personas bebiendo	CE	CE	S
39. Busco permanecer en situaciones sociales en las que las personas respetan el derecho de los demás a no beber	LS	CC	N
40. Paro y pienso que mis problemas con la bebida le están causando a la vez problemas a otras personas	AR	AL-AR	S
41. Me fijo en que me siento más competente cuando decido no beber	AR	CC	N
42. Me alejo de los lugares en los que generalmente bebo	CE	CE	S
43. Asisto a reuniones que me ayudan a expresar todo lo destructivo que ha sido la bebida en mi vida	AD	AD	S
44. Hago compromisos conmigo mismo(a) para no beber más	AL	AL-AR	S
45. Hago cambios en mi alimentación para ayudarme a dejar de beber	AL	AL-AR	S
46. Voy a lugares en los que generalmente no se permite beber	CE	CE	S
47. Me pongo a pensar acerca de que beber y conducir, o ser peatón, le causa muchos problemas a otras personas	AR	LS-RS	N
48. Pienso acerca del tipo de persona que seré si logro controlar la bebida	AR	AL-AR	S
49. Pienso en la información que otros me han suministrado personalmente sobre los beneficios de abandonar la bebida	CN	AL-AR	N
50. Me concientizo de que mis reacciones físicas ante el alcohol me indican que éste sí es un problema para mí	AR	AL-AR	S

de preparación. El sujeto 1 hace un uso proporcional mayor del CC y de las RA, mientras que hace poco uso de la AR-AL y de la AD, y no utiliza en absoluto el CCf; en cambio, el sujeto 2 tiende a hacer un uso proporcionalmente igual de todos los procesos, excepto de la CN que es menor. Esta distribución de los procesos de cambio queda más patente si se aprecia la parte inferior de la figura, en la que el perfil de cada persona se observa dentro de un panel circular en el que se representa el 100% de sus estrategias de afrontamiento; ésta podría ser una manera analógica de presentarle los resultados de la evaluación a un paciente, con el fin de orientarlo hacia un tratamiento específico.

2. Comparar la proporción de uso que el sujeto asigna a un proceso de cambio en el momento de la evaluación, con una medida poblacional acerca del uso de dicho proceso, para establecer una comparación entre el uso que hace el sujeto de cada estrategia y el uso que la población hace de la misma, con el fin de concluir si, comparativamente con la población de la que forma

parte, el sujeto hace un uso bajo, intermedio o alto de la estrategia en cuestión. Este enfoque evaluativo de tipo nomotético permite hacer una comparación, en el momento de la evaluación, entre el sujeto y su población de referencia, comparación que se puede utilizar como apoyo adicional en una toma de decisiones para fundamentar la realización de una intervención específica dirigida a promover el cambio de comportamiento.

Ambos tipos de análisis exigen que los puntajes de los diversos procesos de cambio sean comparables entre sí, independientemente de la cantidad de ítems utilizados para evaluarlos y de la cantidad de ítems que conteste el sujeto, para lo cual el primer paso que se impone es la transformación del puntaje original de cada proceso de cambio, para convertirlo en un puntaje porcentual (porcentaje correspondiente al puntaje bruto de una variable). Los pasos que se deben seguir para hacer esta transformación de puntajes brutos a puntajes porcentuales son los siguientes: a) Obtener el puntaje total de la prueba en cada proceso de cam-

Tabla 3

Confiabilidad de la prueba de procesos de cambio y de cada una de las subpruebas incluidas, evaluada mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, y mediante la división por mitades.

Proceso	Ítems	Alpha	División por mitades (correlación)	Ítems y Alpha de la mitad A	Ítems y Alpha de la mitad B
Auto-Reevaluación y Auto-liberación (AR-AL)	19	0,94	0,81	10 (0,89)	9 (0,90)
Contracondicionamiento (CC)	3	0,71		2 (0,58)	
Alivio por Dramatización (AD)	4	0,69	0,53	2 (0,51)	2 (0,53)
Concienciación (CN)	5	0,77	0,61	3 (0,71)	2 (0,47)
Reevaluación Social-Liberación social (RS-LS)	6	0,79	0,63	3 (0,68)	3 (0,67)
Control de Estímulos (CE)	6	0,79	0,58	3 (0,77)	3 (0,58)
Manejo de Contingencias (MC)	3	0,67		2 (0,55)	
Relaciones de Ayuda (RA)	2	0,53			
Contracondicionamiento Fisiológico (CC-f)	2	0,61			
TOTAL	50	0,96	0,84	25 (0,93)	25 (0,93)

Perfiles de uso de procesos de cambio en dos sujetos diferentes

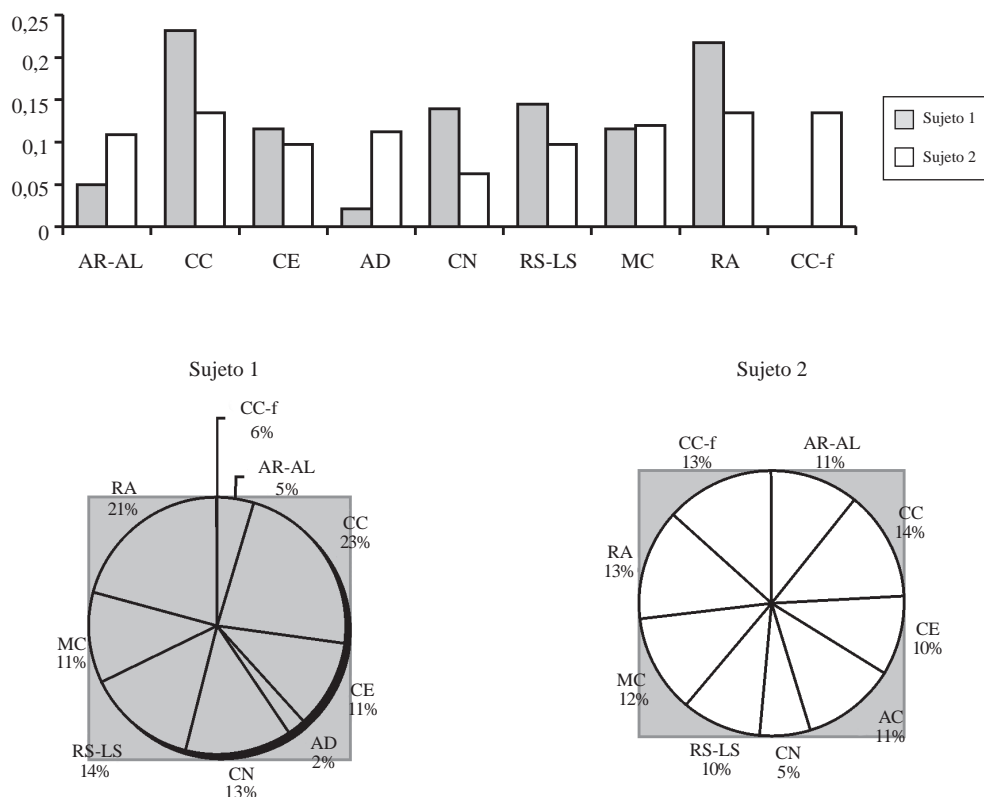


Figura 1. Comparación de los perfiles de dos sujetos respecto al uso que hacen de los procesos de cambio para moderar el consumo de alcohol (Ver la Tabla 1 para descripción de los procesos de cambio). (Parte superior: columnas de puntajes relativos obtenidos a partir de los puntajes porcentuales. Parte inferior: paneles con puntajes porcentuales).

bio, mediante la sumatoria de los puntajes en cada uno de los n ítems utilizados para evaluar dicho proceso. b) Restarle a la sumatoria obtenida en el paso anterior el número de ítems contestados por el sujeto. Este paso se denomina «calibrar a cero» el puntaje de una prueba, en la que los puntajes originales de cada ítem oscilaban entre 1 y 5. Idealmente el sujeto debe haber contestado todos los ítems incluidos en la evaluación de cada

uno de los procesos. Si no lo ha hecho así, la calibración a cero se hace en función del número de ítems contestados por el sujeto y no en función del número total de ítems incluidos en la prueba para cada proceso de cambio. c) Multiplicar n por 4 (n es el número de ítems contestados por el sujeto, que usualmente debe ser el número total de ítems incluidos en la prueba para cada proceso de cambio); la multiplicación se hace

por 4, pues 4 es el puntaje más elevado que se puede obtener en un ítem individual después de haber hecho la calibración a cero. d) Dividir la cantidad obtenida en el paso «b» por la cantidad obtenida en el paso «c», y multiplicar por 100 dicho cociente, lo cual arroja el puntaje porcentual que corresponde al puntaje bruto inicial.

Para hacer las comparaciones se utilizaron los puntajes porcentuales límites de cinco categorías de uso de los procesos, que corresponden a las cinco alternativas de respuesta de cada ítem: 1. bajo; 2. medio bajo; 3. intermedio; 4. medio alto; y, 5. alto. Esos puntajes porcentuales limítrofes corresponden a los percentiles 20, 40, 60 y 80. El hecho de que los límites de cada nivel se hayan obtenido a partir de puntajes porcentuales permite utilizarlos en cualquier comparación, independientemente de la cantidad de ítems incluidos (en caso de que se apliquen pruebas paralelas, pre y post intervención).

Al establecer un marco para hacer comparaciones se deben tomar en cuenta las características que diferencian de forma importante el consumo de alcohol entre estudiantes de secundaria y estudiantes universitarios. De acuerdo con estudios anteriores (Flórez-Alarcón, 2003), dos aspectos importantes que deben tomarse en cuenta son el género y el grado escolar. Igualmente debe tenerse en cuenta el tipo de consumo y el riesgo implícito en ese consumo. Como el interés es el de hacer comparaciones para el caso de sujetos que ameritan entrar a programas preventivos, se seleccionaron para establecer criterios solamente a las personas que presentan un nivel de riesgo, que las ubica por encima del consumo considerado «social», lo cual corresponde en la prueba CAGE a puntajes iguales o mayores a 2. Esa selección arrojó un total de 478 sujetos,

que corresponde al 19,3% del total de sujetos encuestados. Del total de sujetos en riesgo, el 12% corresponde a la categoría de riesgo (CAGE=2), el 5,3% corresponde a la categoría de abuso (CAGE=3), y el 2% corresponde a la categoría de dependencia (CAGE=4). Estos datos se ajustan bastante bien a lo observado en otras ocasiones en la misma población (Flórez-Alarcón, 2003).

Una vez seleccionados los sujetos en riesgo, se les dividió según el género y la escolaridad, lo cual da como resultado cuatro grupos de comparación: 1) Hombres universitarios (n=92). 2) Mujeres universitarias (n=57). 3) Hombres estudiantes de secundaria (n=212). Y, 4) Mujeres estudiantes de secundaria (n=117). Esa división se respaldó adicionalmente en la observación de que los puntajes de los diferentes procesos de cambio presentan una distribución similar en estos grupos, pero con valores distintos entre ellos; es decir, aunque la proporción de uso de cada proceso tiende a ser similar entre los cuatro grupos, la cantidad de uso que hacen los sujetos de esos procesos varía de un grupo a otro. En las Tablas 4, 5, 6 y 7 se presentan los puntajes porcentuales limítrofes para interpretar los cinco niveles de uso de los procesos de cambio, en los cuatro grupos de comparación que se establecieron.

Nuevamente debe notarse que el condicionamiento fisiológico (CC-f) es muy bajo, por lo cual cualquier puntaje superior a 0,0 indica un uso muy alto de este proceso de cambio, y resulta muy sugestivo de dependencia del consumo. De hecho los sujetos con puntaje CAGE de 4 obtuvieron un promedio porcentual de 15,1 en CC-f, promedio que resultó significativamente superior ($F=8,45$; $p<0,01$) al promedio de los sujetos con CAGE igual a 2 ($M=4,94$) y a 3 ($M=4,45$), los cuales no se diferenciaron entre sí.

Tabla 4

Interpretación comparativa de los puntajes en HOMBRES UNIVERSITARIOS. Puntajes porcentuales límites entre cinco niveles de uso de cada proceso de cambio, o de los procesos de cambio en conjunto, de la muestra de estudiantes de universidad, del género masculino. (Media y desviación estándar de cada prueba en las dos últimas filas).

AR-AL	AD	CN	RS-LS	CE	MC	RA	CC	CC-f	TOTAL
NIVEL BAJO									
9,2	0,0	10,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1
NIVEL MEDIO BAJO									
31,8	7,5	20,0	25,0	12,5	8,3	25,0	33,3	0,0	24,8
NIVEL INTERMEDIO									
43,1	25,0	30,0	37,5	25,0	25,0	37,5	41,7	0,0	35,4
NIVEL MEDIO ALTO									
53,1	43,7	40,0	50,0	43,0	41,7	55,0	62,5	0,0	44,5
NIVEL ALTO									
M=34,8	21,3	26,3	31,9	21,7	22,8	32,2	38,2	13,8	29,5
S=23,7	21,0	19,3	22,1	19,9	23,4	26,7	27,2	23,6	18,7

Tabla 5

Interpretación comparativa de los puntajes en MUJERES UNIVERSITARIAS. Puntajes porcentuales límites entre cinco niveles de uso de cada proceso de cambio, o de los procesos de cambio en conjunto, de la muestra de estudiantes de universidad, del género femenino (Media y desviación estándar de cada prueba en las dos últimas filas).

AR-AL	AD	CN	RS-LS	CE	MC	RA	CC	CC-f	TOTAL
NIVEL BAJO									
10,0	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,7
NIVEL MEDIO BAJO									
20,0	6,2	14,5	16,7	12,5	0,0	12,5	25,0	0,0	18,1
NIVEL INTERMEDIO									
30,0	18,7	30,0	40,8	24,2	16,7	47,5	41,7	0,0	29,3
NIVEL MEDIO ALTO									
51,3	48,7	40,0	54,2	36,0	25,0	75,0	65,8	0,0	43,2
NIVEL ALTO									
M=30,2	22,7	23,5	33,7	20,3	14,7	35,5	34,6	9,3	27,0
S=23,5	27,6	21,0	27,3	19,8	17,6	32,4	28,9	18,7	19,8

Tabla 6

Interpretación comparativa de los puntajes en HOMBRES ESTUDIANTES DE SECUNDARIA. Puntajes porcentuales límites entre cinco niveles de uso de cada proceso de cambio, o de los procesos de cambio en conjunto, de la muestra de estudiantes de secundaria, del género masculino. (Media y desviación estándar de cada prueba en las dos últimas filas).

AR-AL	AD	CN	RS-LS	CE	MC	RA	CC	CC-f	TOTAL
NIVEL BAJO									
12,6	0,0	15,0	16,7	12,5	0,0	0,0	8,3	0,0	15,0
NIVEL MEDIO BAJO									
28,9	6,25	25,0	29,2	25,0	8,3	25,0	33,3	0,0	26,5
NIVEL INTERMEDIO									
40,8	18,7	40,0	45,8	37,5	16,7	37,5	50,0	0,0	37,6
NIVEL MEDIO ALTO									
57,9	31,2	63,0	62,5	58,3	33,3	50,0	66,7	0,0	48,2
NIVEL ALTO									
M=35,6	17,7	38,0	39,0	34,5	17,8	31,9	42,5	2,7	32,5
S= 22,9	20,5	26,5	25,1	25,3	19,9	28,2	29,6	10,1	18,9

Tabla 7

Interpretación comparativa de los puntajes en MUJERES ESTUDIANTES DE SECUNDARIA. Puntajes porcentuales límites entre cinco niveles de uso de cada proceso de cambio, o de los procesos de cambio en conjunto, de la muestra de estudiantes de secundaria, del género femenino. (Media y desviación estándar de cada prueba en las dos últimas filas).

AR-AL	AD	CN	RS-LS	CE	MC	RA	CC	CC-f	TOTAL
NIVEL BAJO									
10,5	0,0	10,0	16,7	6,7	0,0	0,0	16,7	0,0	14,8
NIVEL MEDIO BAJO									
31,6	12,5	20,0	33,3	20,8	8,3	12,5	41,7	0,0	27,6
NIVEL INTERMEDIO									
41,8	25,0	40,0	45,8	33,3	16,7	37,5	50,0	0,0	36,4
NIVEL MEDIO ALTO									
62,4	46,2	60,0	62,5	66,7	33,3	50,0	75,0	0,0	51,4
NIVEL ALTO									
M=37,9	24,2	33,4	40,7	35,7	18,4	28,8	46,5	3,1	34,1
S=25,7	27,2	25,5	25,7	37,0	22,3	25,2	30,8	13,3	21,9

Análisis de los procesos de cambio a través de las etapas motivacionales propuestas por el MTT

Resulta del mayor interés evaluar el comportamiento de los procesos de cambio en sujetos que se ubican en diversas etapas y que son consumidores en riesgo. Para esto se tomaron los sujetos que tenían un puntaje CAGE mayor de 1, de los cuales se tiene el dato de la etapa (N=453). Se analizó su distribución en 4 etapas: Preparación, los que planean disminuir el consumo en el próximo mes y ya han realizado intentos infructuosos de hacerlo. Contemplación, los que manifiestan una intención de disminuir el consumo en el curso de los próximos seis meses. Precontemplación, los que manifiestan una intención de disminuir el consumo, pero no dentro de los próximos seis meses. No-contemplación, los que manifiestan que definitivamente no piensan disminuir el consumo. No se incluyen las etapas de acción ni de mantenimiento pues de hecho se trata personas que al momento de la evaluación presentan un consumo de frecuencia y cantidad superior a los límites del consumo «social» y se ubican en un nivel de riesgo. La etapa de No-contemplación se introdujo de acuerdo con la revisión propuesta por Freeman & Dolan (2001), la cual agrega las etapas de no-contemplación y de anticontemplación a las etapas originales propuestas por los autores del MTT.

En la Tabla 8 se describen los promedios de estos sujetos en cada proceso de cambio, discriminados por la etapa motivacional. El puntaje total de la prueba muestra una progresión en el uso de los procesos,

que tiene el menor valor en la etapa de no-contemplación, avanza a un mayor valor en las etapas de precontemplación y contemplación, sin que exista una diferencia entre éstas dos, y alcanza el máximo nivel en la etapa de preparación. Las diferencias son significativas al comparar la etapa de preparación con la de no-contemplación, tal como lo indica el análisis post-hoc realizado con la prueba t de Tukey. Esta situación tiende a ser la predominante, excepto en dos (relaciones de ayuda y contra condicionamiento fisiológico), para los cuales las diferencias no son significativas. En otros casos (AD, RS-LS, CE,) las diferencias entre la preparación y la contemplación no son significativas, aunque se mantiene la tendencia. Solamente en dos casos (CN y CC) fue menor el puntaje de los sujetos en preparación frente a los sujetos en pre o contemplación, sin que esas diferencias sean significativas.

La progresión de procesos de cambio a través de las etapas se hace plenamente evidente al comparar separadamente los procesos experienciales (AR_AL+AD+CN+RS_LS) y los procesos conductuales (CE+MC+RA+CC+CC_f). En ambos casos el incremento es sistemático a medida que se avanza de etapa, pero, como se aprecia en la Figura 2, es más pronunciado en los procesos experienciales que en los conductuales, tal como se espera para la transición desde la no-contemplación a la preparación. Si se incluyeran etapas de acción y mantenimiento se esperaría un mayor pronunciamiento del ascenso en el uso de los procesos conductuales en esas etapas.

Tabla 8

Comparación del uso de procesos de cambio a través de las etapas motivacionales propuestas por el MTT. Se indica el número de sujetos, el valor promedio del proceso de cambio en cada etapa, y el puntaje F resultante del ANOVA. (Puntajes porcentuales).

ETAPA	AR-AL	AD	CN	RS-LS	CE	MC	RA	CC	CC-f	EXPER	CONDOC	TOTAL
No-Contemplación n=106	23,2	12,9	23,0	27,7	12,2	20,4	29,6	33,1	5,3	22,8	20,6	22,1
Pre-Contemplación n=63	37,8	18,0	40,3	38,7	21,0	29,6	26,4	47,0	2,6	32,2	27,2	33,3
Contemplación n=42	33,6	22,3	29,0	36,9	21,6	27,4	35,7	39,3	8,6	36,0	27,5	30,6
Preparación n=242	40,9	24,6	36,7	42,2	20,7	37,1	33,6	44,7	6,3	38,7	31,2	36,2
ANOVA: F (p<)	15,3 0,001	6,7 0,001	10,2 0,001	8,6 0,001	9,7 0,001	4,7 0,01	1,6 0,18	4,7 0,01	1,4 0,23	15,0 0,001	8,3 0,001	13,8 0,001

«Exper»: Procesos experienciales en conjunto (AR_AL+ AD+ CN+ RS_LS)

«Conduc»: Procesos conductuales en conjunto (CE+ MC+ RA+CC+CC_f)

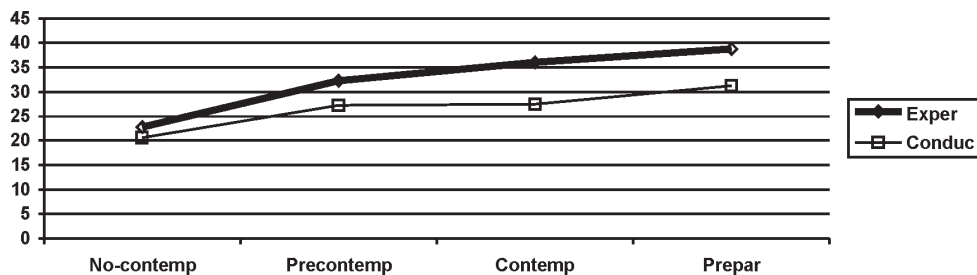


Figura 2. Progresión en el uso de procesos experienciales y de procesos conductuales a medida que se avanza en las etapas motivacionales de cambio propuestas por el MTT (Puntajes porcentuales).

DISCUSIÓN

El presente estudio se propuso el objetivo de construir una prueba evaluativa de los procesos de cambio de los que se puede valer una persona que emprende la modificación de un comportamiento como el con-

sumo excesivo de alcohol, ya sea que lo haga con ó sin asistencia psicoterapéutica. Es sabido que en la gran mayoría de casos las personas cambian el uso excesivo de alcohol (no la dependencia) y el hábito del tabaquismo, así como otros comportamientos adictivos, sin necesidad de esa ayuda.

Para ésto se elaboró un instrumento de evaluación fundamentado teóricamente en el Modelo Transteórico (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994), el cual se aplicó a estudiantes universitarios y a estudiantes de secundaria.

El resultado del análisis factorial que se realizó para evaluar la validez del instrumento indica que la prueba de procesos de cambio tiene una buena validez de construcción, lo que se deduce de la alta frecuencia (60%) en que la categoría para la que inicialmente fue construido un ítem coincidió con la categoría que le correspondió en el análisis factorial, y de la alta compatibilidad del contenido del ítem con la caracterización conceptual de la categoría en la que finalmente quedó incluido, en el 40% de ítems restantes. Esa compatibilidad conceptual es evidente cuando se hace un análisis de cada ítem a la luz de los criterios definitorios propuestos por los autores del MTT para cada uno de los procesos de cambio, criterios que se describen con amplitud en la introducción del presente escrito.

Lo que indica este resultado es que un ítem puede hacer referencia a más de un proceso de cambio, pues estos procesos no son necesariamente incompatibles entre sí: en algunos casos dos procesos son muy cercanos conceptualmente, como sucede entre el control de estímulos y el manejo de contingencias (ítem 1); en otros casos (ítems 11, 20, 32 y 49) un proceso experiencial es por completo congruente con la concienciación, así como un proceso conductual también es compatible con la concienciación (ítems 13, 23 y 35); también puede darse compatibilidad entre procesos como la autorreevaluación-autoliberación con procesos como la relación de ayuda (ítems 12, 21, y 25).

La categoría que más ítems abarca (19 en total) es la conformada por los procesos de Auto-reevaluación (AR) y Auto-liberación (AL). La AR está caracterizada por afirmaciones que reflejan el aumento en la conciencia que tiene la persona acerca del grado en que su comportamiento de beber le genera problemas a otros, y la convierte a ella en epicentro de malestar para los demás (ítems 9, 19, 24, 30, y 40); también está caracterizada por la discrepancia entre la realidad actual en el desarrollo de la persona y una mejor realidad de logro personal si modifica su conducta de beber (ítems 10, 31, 48, 49, y 50). La AL está caracterizada por la toma de decisiones, ya sea que estas decisiones se dirijan a la manifestación expresa de una intención y de una voluntad de cambio (ítems 6, 27, 37 y 44), a la búsqueda de ayuda social, caso en el cual podría asociársele con las relaciones de ayuda (ítems 12, 21, y 25), ó a la planificación de formas específicas en que se pueden manipular las relaciones entre el consumo de bebida y el medio ambiente, caso en el cual podría asociársele con el control de estímulos y con el manejo de contingencias (ítems 29 y 45; el ítem 29 debe redactarse mejor en el sentido de asociarlo más directamente al comportamiento de elección). La AL-AR se manifiesta en la presente prueba como una categoría referente a un proceso decisivo, que se manifiesta a través del compromiso de cambio, el cual arranca con la convicción del daño personal (AR), conduce a la decisión de cambio (AL), y se prolonga en la planificación de la forma en que se llevará a cabo el cambio (AL). De ahí que los autores del MTT ubiquen a la AL en una situación límite entre la motivación para el cambio y la acción en sí misma; en ésto los resultados del presente estudio corroboran

la propuesta del MTT acerca del papel preparatorio, conducente a la intención, de los procesos de cambio de tipo experiencial (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Prochaska Norcross & DiClemente, 1994).

El contracondicionamiento (CC) es un proceso de cambio que se manifiesta en la adopción de conductas, abiertas o encubiertas, alternativas al consumo de bebida en situaciones en las que antes se bebía (ítems 34, 39, y 41), o en la búsqueda de alternativas fisiológicas de tipo médico que ayuden a afrontar favorablemente esas situaciones (ítems 17 y 28). En esta categoría sería conveniente agregar un ítem que haga referencia a la relajación, y otro que haga referencia a la alimentación, similar al ítem 45, pero asociándolo de manera más inmediata a la modificación de los efectos del alcohol al disminuir la absorción de alcohol si se bebe cuando se ha ingerido alimento. De hecho la correlación del ítem 45 con el factor AL-AR en el que quedó incluido es bastante baja, por lo cual se sugiere transformarlo para aproximar su significación en el sentido que se anotó antes. Debe resaltarse la alta discriminabilidad de los ítems 17 y 28 (CC-f) en la detección de personas con alto nivel de riesgo, lo que se refleja en su gran asociación con la presencia de puntajes CAGE iguales a 4, hecho congruente con la literatura internacional acerca del uso de esta prueba (Oswald, 1999).

El control de estímulos (CE) alude a la manipulación que hace la propia persona para evitar situaciones sociales (ítems 7 y 18) o situaciones medio-ambientales (ítems 22, 38, 42 y 46) en las que incrementa la probabilidad de beber.

El alivio por dramatización (AD) se refiere con toda claridad al incremento en la expresión emocional alrededor de los efec-

tos negativos asociados al consumo. Se trata de un proceso que magnifica el componente afectivo consecuente a la manifestación racional de conciencia acerca del problema, el cual se facilita a través de situaciones sociales (ítems 26 y 43), o de situaciones medioambientales (ítems 20 y 36), las cuales aportan información sobre el daño que se puede vivenciar a través del enriquecimiento de la imaginación.

La concienciación (CN) es un proceso que difícilmente puede aislarse, pues se asocia necesariamente a todos los demás procesos de cambio ya que todos, en alguna medida, incrementan la conciencia de la persona acerca del daño inherente al consumo, cuya reducción, en últimas, refuerza negativamente a la moderación de esta conducta (se consume menos para evitar el daño que genera el abuso y la dependencia). Este hecho puede explicar el por qué casi todos los ítems que al final resultaron incluidos en esta categoría, inicialmente se habían diseñado para evaluar otras categorías diferentes. En nuestra cultura la concienciación parece ligarse de cerca con la idea de «fuerza de voluntad», en el sentido de que se asocia la conciencia con una disposición intrínseca firme y favorable al cambio; esa disposición se manifiesta con toda claridad en el ítem 16, y se la puede inferir de los contenidos que abarcan los otros ítems (13, 14, 23, y 35). Un proceso cognoscitivo automático que atenta de manera importante contra la concienciación es el que se conoce como «sesgo optimista no-realista» (Weinstein, 1987), el cual no queda evaluado en el actual cuestionario y amerita un procedimiento específico de medición.

En cuanto a la reevaluación social (RS) y la liberación social (LS), como sucedió con la AR-AL, es un tanto difícil separar

un proceso del otro ya que uno, la RS, alude a la valoración que hace la persona de las propuestas involucradas en el otro, la LS. La información social acerca de los problemas causados por el alcohol se focaliza principalmente en sus consecuencias negativas para la salud personal y en sus consecuencias sobre el incremento de la accidentalidad y de la violencia; por eso los procesos de reevaluación social (RS) y de liberación social (LS) se centralizan en torno a estos dos hechos. En el presente cuestionario se incluyen algunas preguntas que tienden a referirse a las actitudes propias de la valoración que hace la persona acerca de algunas advertencias sociales sobre la salud y sobre los accidentes, y en ese sentido son items que se pueden interpretar como más propios de la RS (items 8, 11, 15, y 32; el 32 debe redactarse en un sentido que lo asocie más directamente con la salud, con la accidentalidad, o con algún problema específico causado por el alcohol). Otras preguntas se refieren más a las advertencias sociales sobre la salud y la accidentalidad en sí mismas, y en ese sentido son items más apropiados para la evaluación de la LS (items 5 y 47; sin embargo la redacción del item 47 debe centrarse más en la accidentalidad, lo cual puede mejorar su correlación con este factor). Es notable la falta de preguntas que hagan referencia a las advertencias sociales en torno a la violencia y a otras consecuencias del abuso, negativas para la propia persona. Sería recomendable incrementar el número de items correspondientes a la categoría RS-LS, ya que las advertencias sociales y la actitud de la gente frente a las mismas son un componente muy importante de los programas masivos de prevención del abuso y la dependencia del alcohol. En el cuestionario se centró la evaluación sobre

las consecuencias para la salud y la accidentalidad, dejando de lado las advertencias sociales sobre otras consecuencias como son las referentes a violencia, a inadecuación social, y a deterioro personal (de la imagen, embarazo no deseado, consumo de otras SPAs más dañinas e ilegales, etc.). En el presente caso es desproporcionada la cantidad de items que se le dedican al proceso de AR-AL (19 en total) frente a los que se le dedican al proceso de RS-LS (6 en total).

El proceso de manejo de contingencias (MC) se encuentra muy asociado conceptualmente a otros procesos (CE y CC) que implican arreglos que hace la persona para reestructurar las asociaciones entre su conducta de beber y algunos hechos medioambientales que le anteceden o le siguen. La idea original del MC es la de afectar las consecuencias de la conducta, reforzándola cuando es deseable y extinguiéndola o castigándola cuando es indeseable, hecho que se manifiesta patentemente en el item 3. Los otros dos items que quedaron incluidos en esta categoría fueron diseñados inicialmente para evaluar CE (item 1) y CC (item 2). Vale la pena anotar que esta asociación pudo deberse no sólo a la cercanía conceptual entre estas categorías de procesos, sino también a la cercanía espacial entre los items, que eran los 3 primeros del cuestionario. Sería conveniente agregar otros items que evalúen la aplicación de consecuencias negativas (auto-castigo) y la extinción ante la conducta de beber en exceso.

El proceso de soporte social o relaciones de ayuda (RA) quedó incluido con toda claridad en el cuestionario a través de 2 items que aluden específicamente a la ayuda proveniente de compartir con otras personas las experiencias propias del consumo y de su control (items 4 y 33). En ese sentido, el

soporte social parece operar más a través de su función emocional, bastante cercano a la facilitación del AD, que de un papel de tipo instrumental que le colabore a la persona para acceder a condiciones materiales requeridas para el cambio. Como en otras categorías, sería conveniente incrementar el número de ítems que evalúan este proceso, en especial si se aplican formas paralelas en dos momentos distintos y no el cuestionario completo.

A propósito del último punto, es conveniente resaltar que la extensión del cuestionario (50 ítems en total), puede dificultar en un momento determinado su aplicación. Al obtener su confiabilidad se observa que el cuestionario presenta una alta coherencia interna, reflejada en buenos índices Alpha de Cronbach, y que también se observa una muy buena correlación si se le divide en dos formas paralelas, así como buenos coeficientes Alpha de cada una de las formas paralelas resultantes. Por eso se sugiere el uso de formas paralelas que faciliten la aplicación del cuestionario, sobre todo si se le agregan algunos ítems que vayan en el sentido de las sugerencias formuladas antes. Eso puede facilitar su utilización, especialmente cuando se hagan aplicaciones antes y después de una intervención, caso en el cual el uso del cuestionario puede resultar de gran utilidad, tanto para orientar la intervención, como para constatar si se producen, o no, los cambios en el perfil de afrontamiento del problema de consumo excesivo que realiza la persona, mediante el despliegue de diversos procesos de cambio.

Es especialmente impactante el uso que se puede hacer de las representaciones analógicas del resultado del cuestionario de procesos de cambio mediante pánels en los cuales quede simbolizado el total del perfil

de afrontamiento de la persona en un momento determinado, lo que sirve para motivar el cambio de las estrategias de afrontamiento en una dirección específica, lo que se puede ver reforzado luego por el logro de ese cambio y, mucho más, por el logro de la moderación del consumo que se asocia a las modificaciones en el perfil de uso de los procesos de cambio. Este hecho respalda la propuesta del MTT (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994) en el sentido de que lo decisivo para dinamizar el cambio de conducta (con o sin psicoterapia) es el uso de los procesos de cambio; y respalda también su análisis en el sentido de que la principal diferencia entre unas estrategias psicoterapéuticas y otras es el énfasis que ponen en el uso de ciertos procesos frente a los demás. En especial es muy sugerente el uso de estrategias de cambio de corte experiencial, particularmente el uso de la AR y de la AL, en el proceso espontáneo para moderar el consumo de alcohol que siguen los estudiantes universitarios y los estudiantes de secundaria. También quedó respaldada en este trabajo la conclusión a la que llegó Rosen (2000) acerca del uso progresivo de procesos cognitivo-afectivos (experienciales) en las etapas anteriores a la acción (no-contemplación, precontemplación y contemplación), y de procesos conductuales en las etapas de preparación y de acción, en la promoción del cambio de comportamientos de consumo de sustancias. Eso le da nuevo soporte a la estrategia preventiva seguida en el Programa de Etapas para la Modificación del Abuso (PEMA, Flórez-Alarcón, 2003) el cual fue, precisamente, el marco en el que se aplicó la prueba de procesos de cambio, a estudiantes de secundaria que asistían a programas de prevención primaria. La estrategia es similar en sujetos que

ya tienen instalado un problema de consumo excesivo de alcohol, caso en el cual solamente se recomienda la profundización evaluativa de las variables intermediarias como la toma de decisiones, las situaciones de tentación del consumo, y la autoeficacia (Ayala & Cols., 1998; Gantiva, Gómez & Flórez-Alarcón, 2003).

En el presente estudio se obtuvieron datos compatibles con los obtenidos en otras ocasiones sobre las frecuencias de consumo, las cantidades de consumo, y el riesgo del consumo en estudiantes bogotanos (Flórez-Alarcón, 2003). En el caso de los estudiantes universitarios el dato no es nuevo, pues se trata de los mismos sujetos reportados en el anterior estudio. La novedad proviene del dato correspondiente a estudiantes de secundaria (N=1887), lo cual le agrega corroboración a lo que ya se había observado con estudiantes universitarios. Debe indicarse, que si bien la distribución en el uso de procesos de cambio es similar entre estudiantes de secundaria y entre estudiantes universitarios que tienen un consumo de riesgo, tanto hombres como mujeres, no obstante la cantidad de uso de esos procesos de cambio es diferente entre estos subgrupos. Por eso se proponen normas de interpretación diferentes para comparar el puntaje de la prueba obtenido por un sujeto, en función del subgrupo al cual pertenece (hombres universitarios, hombres de secundaria; mujeres universitarias, mujeres de secundaria). Las normas propuestas se obtuvieron a partir de los puntajes porcentuales, por lo cual pueden utilizarse en el futuro para interpretar el puntaje de un sujeto, siempre que ese puntaje se transforme a puntaje porcentual, independientemente de la cantidad de items que se apliquen, de que el cuestionario se aplique en la versión total,

o de que se aplique solamente una forma paralela.

Para concluir, se resalta que los procesos de cambio no son otra cosa que estrategias de afrontamiento de las que se puede valer una persona para darle dinámica y sostenimiento a la modificación de un comportamiento. Esos procesos se ajustan diferencialmente al manejo de diversas variables psicosociales de las cuales depende el cambio, tales como las percepciones de susceptibilidad y severidad, las percepciones de costo y de beneficio, las percepciones de autoeficacia, las percepciones de presión y de apoyo social, la toma de decisiones, la planificación y la ejecución de la acción. Variables que se manifiestan en proporciones diferenciales a través de las etapas motivacionales del cambio. De ahí la importancia diferencial de los procesos a través de las distintas etapas, tal como se puso de manifiesto al comparar la evolución en el uso de los procesos experienciales frente a la evolución en el uso de los procesos conductuales. En este sentido, el resultado observado parece ser coherente con las propuestas teóricas que enfatizan el papel de esas variables psicosociales en la explicación y predicción del cambio, y que enfatizan la asociación entre los procesos de cambio y dichas variables psicosociales (Armitage & Cols., 2004; Flórez-Alarcón & Sarmiento, 2004; Flórez-Alarcón, 2000b; DeVries & Cols., 1998; Migneault & Cols., 1999).

Una línea explicativa de gran relevancia sobre estos resultados debe dirigirse al análisis de las variables que proponen los diversos modelos cognitivo-sociales acerca de la modificación de las conductas saludables (Conner & Norman, 1995), en función de la progresión de las etapas motivacionales de cambio que se establecen en distintos

abordajes, tales como el MTT, el Proceso de Adopción de Precauciones (Weinstein, 1988; Weinstein & Sandman, 2002) y la Aproximación de Procesos a la Acción Saludable (HAPA, Schwarzer, 2001).

El cuestionario de procesos de cambio que aquí se reporta pasa a ser parte integrante de la batería CEMA, y en adelante se hará referencia a él como «Prueba de Procesos de Cambio del CEMA».

REFERENCIAS

- Armitage, Ch., Sheeran, P., Conner, M., & Arden, M.A. (2004). Stages of change or changes of stage? Predicting transitions in transtheoretical model stages in relation to healthy food choice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 491-499.
- 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.
- 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.
- Conner, M. & Norman, P. (Eds.) (1995). *Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- Courneya, K.S. & Bobick, T.M. (2000). Integrating the theory of planned behavior with the processes and stages of change in the exercise domain. *Psychology of Sport and Exercise*, 1, 41-56.
- CPRC. Alcohol: Processes of Change. Página web. Recuperada de: <http://www.uri.edu/research/cprc/Measures/Alcohol06.htm> Visitada en Marzo de 2005.
- Cunningham, J.A., Sobell, L.C., Gavin, D.R., Sobell, M.B., & Breslin, F.C. (1997). Assessing motivation for change: Preliminary development and evaluation of a scale measuring the costs and benefits of changing alcohol or drug use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(2), 107-114.
- DeVries, H., Mudde, A.N., Dijkstra, A., & Willemsen, M.C. (1998). Differential beliefs, perceived social influences, and self-efficacy expectations among smokers in various motivational phases. *Preventive Medicine: An International Devoted to Practice and Theory*, 27(5, Pt. 1), 681-689.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M., & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 295-304.
- Flórez-Alarcón, L. (2000 a). Análisis del consumo de alcohol, con fundamento en el Modelo Transteórico, en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 4, 79-98.
- Flórez-Alarcón, L. (2000 b). El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18, 13-22.
- Flórez-Alarcón, L. (2001a). Baremación preliminar de un cuestionario para la modificación del consumo de alcohol, elaborado con fundamento en el modelo transteórico. *Acta Colombiana de Psicología*, 5, 99-122.
- Flórez-Alarcón, L. (2001b). Clasificación de estudiantes universitarios bogotanos consumidores de alcohol en etapas conforme al modelo transteórico. *Adicciones*, 13(2), 199-209.
- Flórez-Alarcón, L. (2001c). Diseño e instrumentación de un programa basado en el modelo transteórico para la modificación del consumo abusivo de alcohol en estudiantes de secundaria. *Psicología y Salud*, 11(1), 99-111.
- Flórez-Alarcón, L. (2003). 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. & Sarmiento, D.M. (2004). Programa «TÍPICA» para la promoción de factores psicosociales de protección, mediante la educación para la salud en la es-

- cuela. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 113-128.
- Gantiva, C., Gómez Villamizar, 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.
- 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.
- Hannover, W., Thyrian, J.R., Hapke, U., Rumpf, H.J., Meyer, Ch., & John, U. (2002). The readiness to change questionnaire in subjects with hazardous alcohol consumption, alcohol misuse and dependence in a general population survey. *Alcohol and Alcoholism*, 37(4), 362-369.
- Herzog, Th.A., Abrams, D.B., Emmons, K.M., Linnan, L.A., & Shadel, W.G. (1999). Do processes of change predict smoking stage movements? A prospective analysis of the Transtheoretical Model. *Health Psychology*, 18(4), 369-375.
- Humphreys, A.S., Thompson, N.J., & Miner, K.R. (1998). Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action. *Health Education Research*, 13(3), 331-341.
- Levesque, L., Gauvin, L. & Desharnais, R. (2003). Maintaining exercise involvement: The role of learned resorcefulness in processes of change use. *Psychology of Sport and Exercise*, 4, 237-253.
- Stark, M., Tesselaar, H.M., O'Connell, A.A., Person, B., Galavotti, Ch., Cohen, A. & Walls, C. (1998). Psychosocial factors associated with the stages of change for condom use among women at risk for HIV and STDs: Implications for intervention development. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 967-978.
- Migneault, J.P., Pallonen, U.E., & Velicer, W.F. (1997). Decisional balance and stage of change for adolescent drinking. *Addictive Behaviors*, 22(3), 339-351.
- Migneault, J.P., Velicer W.F., Prochaska, J.O., & Stevenson, J.F. (1999). Decisional balance for inmoderated drinking in college students. *Substance Use & Misuse*, 34(10), 1325-1346.
- Miller, W.R. & Tonigan, J.S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89.
- Oswald, A.L. (1999). Utility of the CAGE-Test as a Screening Tool for Alcoholism in Public Health. *Tesis Doctoral*. Universidad de Génova. Recuperada de: http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2000/OswaldA/these_front.html Visitada en Marzo de 2005.
- 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), 452-468.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books.
- Prochaska, J.O & Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: M.C. Brugué & M. Gossop (Eds.) *Tratamientos Psicológicos en Drogo-dependencias: Recaida y Prevención de Recaidas*. Barcelona: Ediciones Neurociencias, pgs. 85-136.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, Ch., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenbloom, D. & Rossi, S.R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.
- Riso, W. (2004). *Pensar Bien, Sentirse Bien*. Bogotá: Editorial Norma.
- Rumbos (2002). *Juventud y Consumo de Sustancias Psicoactivas: Resultados de la Encuesta*

- Nacional de 2001 en Jóvenes Escolarizados de 10 a 24 Años*. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia.
- Rosen, C.S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology*, 19(6), 593-604.
- Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 47-51.
- Segan, C.A., Borland, R., & Greenwood, K.M. (2004). What is the right thing at the right time? Interactions between stages and processes of change among smokers who make a quit attempt. *Health Psychology*, 23(1), 86-93.
- Stark, M.J., Tesselaar, H.M., O'Connell, A.A., Person, B., Galavotti, Ch., Cohen, A., & Walls, C. (1998). Psychosocial factors associated with the stages of change for condom use among women at risk for HIV and STDs: Implications for intervention development. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 967-978.
- 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., & Sandman, P.M. (2002). The precaution adoption process model and its application. En: K. Glanz, B.K. Rimer, & F.M. Lewis (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey Bass, 121-143.

Recibido, enero 31/2005

Revisión recibida, febrero 18/2005

Aceptado, febrero 28/2005