

**EFFECTO DE SENSIBILIZACIÓN PRETEST DEL PROGRAMA CEMA-PEMA DE  
PREVENCIÓN SELECTIVA DEL ABUSO ALCOHÓLICO**

Helena Vélez Botero

Tesis para optar al título de Magíster en Psicología con énfasis en  
Salud y Prevención

Luis Flórez-Alarcón, Ph.D.

Director

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Facultad de Ciencias Humanas

Maestría en Psicología

Bogotá, D.C., Diciembre de 2010

## **Dedicatoria**

*A las sonrisas guardadas en los recuerdos,  
en agradecimiento por sus huellas  
y en memoria de sus anhelos.*

*A mi familia...  
mentora y soporte de cada emprendimiento,  
por ser fuente inagotable de aliento.*

## **Agradecimientos**

Al maestro y mentor, al guía de mi ejercicio profesional, al modelo de calidad y al gestor de grandes ideas. Al profesor Luis Flórez Alarcón, por su apoyo y orientación en la realización de este trabajo, pero sobre todo por su confianza creciente y exigencia constante.

Al Grupo de Investigación “Estilo de Vida y Desarrollo Humano” por acogerme durante los últimos cuatro años y permitirme aprender y construir en él. En especial a Tirso Ríos, Jenny Vera y Javier Reyes por su apoyo incansable y eficiente en la experiencia de implementación del programa.

A la comunidad educativa de la IED Nueva Constitución, especialmente a los jóvenes de últimos grados, quienes me brindaron la oportunidad de conocerlos, aprender de ellos y desarrollar una grata experiencia de aprendizaje en el desarrollo de este trabajo.

A los profesores Carlos Pardo y Carlos Forero, por su interés y significativo acompañamiento, el cual apporto de forma significativa al feliz termino de este trabajo. Igualmente a los jurados, Constanza Londoño, Luz Amparo Pérez y Miguel Augusto Cote, cuyos comentarios y sugerencias impregnaron este trabajo con los mejores criterios de calidad.

A todas aquellas personas que de alguna u otra forma acompañaron y aportaron a este proceso.

## Contenido

Resumen .....	1
Abstract.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
Sobre el consumo de alcohol .....	5
Determinantes del consumo de alcohol .....	8
Estrategias de intervención.....	12
El programa CEMA-PEMA .....	19
<i>Justificación del problema</i> .....	30
<i>Pregunta de Investigación, Variables e Hipótesis</i> .....	32
<i>Objetivos</i> .....	33
METODO .....	34
Diseño.....	34
Participantes .....	35
Instrumentos .....	36
Procedimiento.....	39
Análisis de datos.....	40
Consideraciones Éticas .....	41
RESULTADOS .....	42
Participantes y características del consumo .....	42
Características de los instrumentos.....	46
Contraste de hipótesis.....	51
DISCUSIÓN.....	66
REFERENCIAS .....	74

## Lista de Tablas

Tabla 1. Estructura de CEMA-PEMA-P .....	29
Tabla 2. Esquema del diseño de 4 grupos de Solomon. ....	35
Tabla 3. Instrumentos constitutivos de CEMA y características psicométricas.....	39
Tabla 4. Planeación de tiempos de la investigación .....	40
Tabla 5. Caracterización de la muestra.....	43
Tabla 6. Consumo de alcohol en la última semana .....	43
Tabla 7. Consumo habitual de alcohol .....	44
Tabla 8. Riesgo e intención de moderación.....	45
Tabla 9. Etapas de cambio en función del riesgo .....	45
Tabla 10. Características psicométricas de los instrumentos .....	46
Tabla 11. Características de la prueba “Abuso” .....	47
Tabla 12. Características de la prueba Disponibilidad al Cambio.....	48
Tabla 13. Características de la prueba Procesos.....	48
Tabla 14. Características de la prueba “Balance Decisional” .....	49
Tabla 15. Características de las pruebas Tentaciones y Autoeficacia .....	50
Tabla 16. Características de la prueba Expectativas.....	50
Tabla 17. Características de la prueba Sesgos .....	51
Tabla 18. Comparación entre grupos de características del consumo en la pre-prueba.....	52
Tabla 19. Comparación pre del riesgo asociado al consumo entre grupos.....	52
Tabla 20. Comparación pre de etapa de cambio entre grupos.....	52
Tabla 21. Comparación pre de procesos y disponibilidad al cambio entre grupos .....	53
Tabla 22. Comparación pre-post de características del consumo.....	54
Tabla 23. Comparación pre-post del riesgo asociado al consumo .....	54
Tabla 24. Comparación pre-post etapa de cambio .....	54
Tabla 25. Comparación pre-post procesos y disponibilidad al cambio.....	55
Tabla 26. Comparación de características del consumo (post) entre grupos intervenidos...	56
Tabla 27. Comparación entre grupos intervenidos del riesgo asociado al consumo .....	56
Tabla 28. Comparación de la medición post de etapa de cambio entre grupos intervenidos	57

Tabla 29. Comparación pre-post procesos y disponibilidad al cambio.....	57
Tabla 30. Comparación de puntuaciones en pruebas de seguimiento entre grupos intervenidos .....	58
Tabla 31. Comparación de características del consumo (post) entre grupos no-intervenidos .....	59
Tabla 32. Comparación entre grupos no-intervenidos del riesgo asociado al consumo.....	59
Tabla 33. Comparación de la medición post de etapa de cambio entre grupos no intervenidos .....	60
Tabla 34. Comparación post de procesos y disponibilidad al cambio entre grupos no intervenidos .....	60
Tabla 35. Comparación entre grupos de las mediciones pre-post de etapa de cambio .....	61
Tabla 36. Comparación entre grupos de las mediciones pre-post de riesgo.....	62
Tabla 37. Comparación pre-post de procesos y disponibilidad al cambio entre grupos .....	63
Tabla 38. Síntesis de comparaciones múltiples del postest entre grupos .....	64
Tabla 39. Subgrupos homogéneos para la prueba de Disponibilidad al Cambio .....	65

## Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Asociación entre las etapas y los procesos del MTT.....	23
<i>Figura 2.</i> “Escalera Cognitivo Conductual” representación de la DPPPS.....	25

## Apéndices

Apéndice 1. Cuestionario de etapas para la modificación del abuso.....	88
Apéndice 2. Cuestionario de etapas para la modificación del abuso (Abuso) .....	90
Apéndice 3. Cuestionario de etapas para la modificación del abuso.....	91
Apéndice 4.1. Cuestionario de etapas para la modificación del abuso (Procesos de Cambio-A).....	92
Apéndice 4.2. Cuestionario de etapas para la modificación del abuso (Procesos de Cambio-B) .....	94
Apéndice 6. Cuestionario de etapas para la modificación del abuso (Sesgos).....	98
Apéndice 7. Cuestionario de etapas para la modificación del abuso (Balance decisional). 99	
Apéndice 8. Cuestionario de etapas para la modificación del abuso (Tentaciones).....	100
Apéndice 9. Cuestionario de etapas para la modificación del abuso (Autoeficacia) .....	101
Apéndice 10. Cuestionario de etapas para la modificación del abuso.....	102
Apéndice 11. Análisis <i>Pos Hoc</i> de la prueba de procesos.....	104

### ***Resumen***

El programa CEMA-PEMA es una intervención preventiva de corte motivacional, que sigue la metodología de la Dimensión Psicológica de la Prevención y la Promoción en Salud, para prevenir el consumo abusivo de alcohol en población escolar que se encuentra en riesgo, favoreciendo la permanencia de un consumo moderado. En el presente estudio se evaluó el impacto independiente del componente evaluativo CEMA y su efecto de sensibilización pretest, mediante la aplicación de un diseño de cuatro grupos de Solomon, con la participación de una muestra de 186 escolares. Una vez implementado el programa, la comparación de la evaluación post indica que los grupos intervenidos no presentan diferencias entre sí, al igual que los grupos no intervenidos. La comparación simultánea entre grupos intervenidos y grupos no intervenidos indica diferencias significativas en las variables estudiadas, en evidencia de la efectividad del programa. Se concluye que los cambios en el consumo y la tendencia a la moderación constituyen un efecto del componente interventivo PEMA y no de la sensibilización inducida por la aplicación del componente evaluativo CEMA.

*Palabras Clave:* Prevención selectiva, alcohol, disponibilidad al cambio, modelo transteórico, estudiantes de secundaria.

***Abstract***

The CEMA-PEMA program is a motivational-type preventive intervention, which follows the methodology of the Psychological Dimension of Health Prevention and Promotion, with the aim of preventing abusive consumption of alcohol in on-risk populations by favoring the permanence of moderate consumption. In the present study, the independent impact of the evaluative component and its pretest sensitization effect were assessed, by means of the application of a four-groups Solomon design with a sample of 186 school students. Once the program was implemented, the comparison of the post assessment indicates that there are no differences among intervention groups, as well as in the non-intervention groups. The simultaneous comparison between intervention and non-intervention groups suggests significant differences in the studied variables, which is an evidence of the program efficacy. The main conclusion is that changes in consumption and tendency to moderation are an effect of the PEMA intervention, rather than of the sensitization induced by the application of CEMA.

*Key Words:* Selective prevention, alcohol, readiness to change, transtheoretical model, high school students.

## INTRODUCCIÓN

Aunque suele entenderse por salud la ausencia de enfermedad o un completo estado de bienestar, tal como se subraya en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Bersh, 1996; Tejada, 2003), la salud es mucho más, podría decirse que es tan compleja como el ser humano mismo. La salud es el resultado a la interacción de una serie de factores determinantes (Blum, 1971; Lalonde, 1996) que actúan en un continuo y cuyo impacto varía de acuerdo con las condiciones socio-culturales y económicas propias de cada nación, en un contexto histórico determinado (Terris, 1992).

En este sentido es adecuado y necesario que el concepto de salud sea visto como un proceso *dinámico* (Blum, 1971), desde un enfoque *positivo e integrador* (Ryff & Singer, 1998) que contempla, en un *continuo*, tanto la ausencia de enfermedad como el bienestar en diversas áreas de desarrollo del ser humano; suponiendo en éste la facultad de ajustarse funcionalmente al medio a partir de la configuración de un repertorio de comportamientos habituales que propendan por la calidad de vida, entendida en términos de una evaluación subjetiva que indique una actitud positiva hacia la vida (Ribes, 1990; Flórez-Alarcón, 1998; Restrepo, 2001a; Grau, 2003; Moreno-Jiménez, Garrosa & Gálvez, 2005).

La salud se entiende como un evento *multicausal* resultante de la interacción entre las condiciones bio-psico-socio-culturales del individuo y las características del sistema social (micro, meso, exo y macrosistema) en el que esta involucrado; en la configuración tanto de un *estilo de vida* como en la estructuración y puesta en práctica de políticas públicas y acciones que – en conjunto – actúan como factores de riesgo o factores protectores de la salud (Bronfenbrenner, 1977; Polaino-Lorente, 1987; Santacreu, 1991; Lalonde, 1996; Ryff & Singer, 1998; Trull & Phares, 2003; Oblitas, 2003; Moreno-Jiménez, *et al*, 2005).

En este sentido la *promoción* de la salud hace referencia al fomento de factores protectores (Restrepo, 2001a); mientras que la *prevención* puede ser entendida como la disminución de factores de riesgo; en tres niveles: a) universal, corresponde al conjunto de actividades que abarcan la población en general, sin tener como criterio de su identificación el riesgo de enfermedad; b) selectiva, se refiere al conjunto de acciones dirigidas a grupos de individuos con mayor vulnerabilidad a realizar conductas de riesgo o padecer

enfermedades, debido a características sociodemográficas o estilos de vida particulares; c) indicada, hace referencia a aquellos programas dirigidos a individuos que presentan conductas problemáticas sin cumplir aun con criterios diagnósticos de enfermedad (Eggert & Kumpfer, 1997; Cañal, 2003; Jané-Llopis, 2004).

Desde una perspectiva integradora, tanto la promoción de la salud como la prevención de la enfermedad superan la concepción biologicista, de tal forma que la tradicional razón de morbi-mortalidad necesariamente debe ser alimentada por información concerniente a la dimensión psicosocial de la salud: la salud mental, entendida – más allá de la normalidad – como aquella dimensión de las relaciones intra e inter individuales, entre las personas y grupos, que permite a las personas propender por la transformación de condiciones y calidad de vida en favor tanto de sí mismos como de sus colectivos logrando su autorrealización (Belloch, Sandin & Ramos, 1995; Urrego, 2007). Pese a esto, el impacto (prevalencia, repercusión y costos asociados) de la dimensión psicosocial de la salud en el bienestar general de las poblaciones ha sido subestimado por largo tiempo (Arteaga, 2002).

En los años 1990 y 2000, la Organización Mundial de la Salud realizó los estudios mundiales de carga de la enfermedad (Global Burden of Disease – GBD). En 1990 los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10,5% del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos por todas las enfermedades y lesiones; para el año 2000, esta cifra se estimó en 12.3% y representaba el 24% de la carga de enfermedades en las Américas (Ministerio de Protección Social [MPS], 2005). Sin embargo, es tan solo hasta el año 2001 que la OMS incluye la salud mental dentro de las prioridades mundiales de salud pública (Roses, 2005) debido al descubrimiento inesperado, de que cinco de los 10 trastornos que más generan discapacidad en el mundo en la década de los 90's eran de naturaleza psiquiátrica, a saber: depresión, esquizofrenia, consumo de alcohol, enfermedad bipolar y trastorno obsesivo-compulsivo (Saraceno & Caldas de Almeida, 2001).

De esta manera, los problemas mentales se configuran como un problema de salud pública por su magnitud, por los costos que implican y por su impacto en los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que generan (Ministerio de Protección Social, 2005);

afectando a personas de todas las clases sociales y etnias, sin discriminación alguna de edad.

Muchos de los trastornos mentales y físicos prevalentes en el mundo están asociados con la dependencia del alcohol o de otras sustancias; de tal forma, que el consumo de alcohol se constituye en sí mismo como factor de riesgo y problema de salud (Anderson & Baumberg, 2006; Oliveira, Lima, Simão, Cavariani, Tucci & Kerr-Corrêa, 2009). De forma paralela, los desajustes mentales favorecen el consumo de alcohol y otras sustancias; problemáticas que en ambos casos comparten con la enfermedad mental, las dificultades asociadas a la discriminación y la dificultad en el acceso a los servicios de salud (Roses, 2005).

#### *Sobre el consumo de alcohol*

El Informe sobre la salud en el mundo 2002, demuestra que el abuso de alcohol es el factor de riesgo más influyente en la carga de enfermedades en las Américas, de forma tal que constituye más del 10% de la carga de morbilidad general y ocasiona, en el año 2000, cerca de 225.000 defunciones y la representación aproximada de 10.250.000 AVAD (Roses, 2005); por otra parte, el consumo de alcohol en las Américas representaba el doble del consumo en el resto del mundo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2005).

De acuerdo con el reciente informe de Salud en las Américas, la dependencia del alcohol es el principal factor determinante de la carga de morbilidad en las Américas y el 8,8% de los AVAD en América Latina y el Caribe son debidos a enfermedades asociadas con el consumo de alcohol (Banco Mundial, 2006; OMS-OPS, 2007). De acuerdo con el informe de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la Salud en las Américas, en su versión 2007, la prevalencia de vida de uso de sustancias es encabezada por el abuso de alcohol y la dependencia del alcohol (OMS-OPS, 2007).

En Colombia, pese al constante reconocimiento de los efectos nocivos del consumo de alcohol, en la última década se reporta un incremento del uso de bebidas alcohólicas, sin distinción de género y caracterizado por una disminución importante en la edad de inicio del consumo, que actualmente se enmarca entre los 7 y 12 años (Flórez-Alarcón, 2000;

Briñez, 2000; Ellickson, Tucker & Klein, 2003; Cruz, Téllez, Arroyave & Gómez, 2004; Téllez, Sánchez, Sierra & Vera, 2004).

Para 1993 el 81.8% de la población se embriagaba y la edad promedio para el inicio del consumo era de 15 años, en 1996 el consumo se incremento en un 13,8% y la edad de inicio descendió a los 12 años (Briñez, 2001b); en tanto que la prevalencia de consumo estimada durante el 2007 es del 94.3%, posicionando a Colombia como el país con mayor prevalencia de consumo de Alcohol en las Américas y el cuarto lugar en el mundo, después de Ucrania (97%), Nueva Zelanda (94,8%) y Alemania (95,3%) (Degenhardt, et. al., 2008).

Según el Estudio Nacional de Salud Mental más reciente, en el 2003, con mayor prevalencia en la región pacífica, central y Bogotá, el 22.80% de la población había padecido algún trastorno relacionado con el consumo de sustancias alguna vez en la vida con una edad de inicio entre los 18 y 26 años de edad (Ministerio de la Protección Social, 2005), lo cual indica un consumo excesivo en etapas de vida anteriores a la mayoría de edad como precedente de la alta prevalencia de trastornos asociados al consumo de alcohol en etapas adultas.

Adicionalmente, este estudio encontró asociación entre los trastornos por abuso de alcohol y ser fumador o exfumador, antecedentes de trastornos mentales o comorbilidad física, conflictos en la infancia y antecedentes de experiencias estresoras graves. Particularmente se relacionó con el estado civil en las mujeres (separado, divorciado y viudo) y con el nivel de ingresos (altos) en los hombres (Ministerio de la Protección Social, 2005).

Esto es congruente con las estadísticas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), según las cuales para el año 2004 el 61.80% de los colombianos en edad escolar (13 a 17 años) consumían alcohol. Según los datos reportados por la CICAD en el primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria, las prevalencias de vida, año y mes más altas en cuanto al consumo de sustancias en Colombia corresponden al consumo de sustancias psicoactivas lícitas, de forma tal que la prevalencia de vida del consumo de alcohol alcanza un 50% en escolares de 12 y 13 hasta un 92% en el grupo 18 a 19 años (CICAD, 2006).

De hecho, según la CICAD la situación de consumo de alcohol en jóvenes es preocupante en el caso colombiano, en tanto que presenta la tasa de consumo más alta de los nueve países estudiados (Colombia: 51.9%, Uruguay: 50.1%, Brasil: 48.0%, Argentina: 42.3%, Chile: 40.1%, Paraguay: 40.1%, Ecuador: 28.1%, Perú: 25.9% y Bolivia: 16.4%), con igual impacto en igualmente a hombres y mujeres. De igual forma, Colombia presenta las tasas más altas de consumo precoz con una incidencia de 37.6% en menores de 14 años, seguido por Brasil con una incidencia del 34.9% (CICAD, 2006).

Adicionalmente, el estudio de la CICAD indica una mayor prevalencia de consumo en el género masculino, así como en los estudiantes que habían repetido más de un curso o con algún reporte de problemas disciplinarios, sin diferencias significativas en el consumo entre escolares de colegios públicos y privados (CICAD, 2006).

Recientemente la CICAD realizó, para la Comunidad Andina, un estudio epidemiológico de tipo comparativo acerca del consumo de sustancias en estudiantes universitarios de cuatro países (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú). Los resultados de este estudio, con respecto al consumo de alcohol, otorgan a Colombia el primer lugar en las tasas de prevalencia (De vida: 92,39; Último año: 82,45; Último mes: 59,64), la edad de inicio del consumo más baja (15,2 años, en promedio), la percepción de riesgo más baja de los cuatro países (72,77) y el crédito de ser el único país en el que el consumo no se ve afectado por diferencias de género. A esto se suma el hecho de que según el análisis sobre el riesgo asociado al consumo de alcohol (evaluado mediante el test AUDIT), Colombia también puntea la lista, en tanto que uno de cada tres estudiantes cumple los criterios para ser catalogados como consumidores de riesgo; con la particular característica del predominio femenino en este indicador (CICAD, 2009).

Un examen de mayor profundidad sobre el consumo de alcohol en Colombia se observa en el último Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas desarrollado por el Ministerio de la Protección Social (MPS) y la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE); en el cual participaron 29.164 personas entre los 12 y los 65 años de edad. Según este estudio la prevalencia de vida del consumo es del 86%, y se tiene la mayor tasa de consumo actual en los jóvenes entre 18 y 24 años (46%). Llama particularmente la atención, los resultados indicados por el estudio al relacionar el consumo con variables

sociodemográficas, en tanto que se observa cierta proporcionalidad entre la concentración de habitantes en los conglomerados y la prevalencia de consumo en el último mes, lo cual otorga a Bogotá el primer lugar de prevalencia (37,79) (MPS & DNE, 2009).

En relación con el consumo de riesgo (evaluado mediante el AUDIT), se encuentra que el 35% de los consumidores presentan un consumo riesgoso o perjudicial, predominante en el grupo etaréo entre los 18 y 24 años. Este mismo indicador en función del estrato socioeconómico, indica una relación inversa con respecto a la prevalencia, en tanto que a pesar de evidenciar las prevalencias más bajas en los estratos 1, 2 y 3, en los mismos se presentan las más altas proporciones de consumo riesgoso de alcohol (MPS & DNE, 2009).

#### *Determinantes del consumo de alcohol*

Entre las explicaciones de por qué ocurre el consumo, se encuentran algunas centradas en las condiciones de reforzamiento que mantienen la ingesta, como los efectos de la sustancia valorados positivamente y otras de corte social que aluden a la aceptación que busca el joven para alcanzar el estatus de adulto; no obstante, ninguna de ellas ha sido suficiente en lo que respecta a dicho fenómeno, ya que además de ser complejo es multicausado (Barnes, Hoffman, Dintcheff, Welte & Farrell, 2005) lo que justifica que las intervenciones preventivas se dirijan principalmente a la modificación de diversos factores de riesgo y protección (Suelves & Sánchez, 2001). Dicha multicausalidad de este problema hace necesario revisar todos los factores biológicos, psicológicos, sociales y medioambientales que determinan en cada individuo su historial de consumo (Londoño, 2004; 2007); así como las conductas de evitación o estilos de afrontamiento de los problemas que vive el individuo; la necesidad de interactuar socialmente y ser aceptado, la búsqueda de una mayor potencia sexual y la disminución de la tensión (Glantz, Martínez, Tinoco & De León, 2004).

Siguiendo el modelo de determinantes de Blum, es posible analizar la problemática del consumo de alcohol en jóvenes. Según Blum (1971), el fenómeno de la salud está determinado por cuatro variables fundamentales que según el modelo pueden organizarse, de acuerdo con el peso que tienen con respecto al resultado final, de menor a mayor importancia, de la siguiente manera: la carga genética o sustrato biológico, los servicios de

salud, el medio ambiente y el comportamiento (Chirinos, Arredondo & Shamah, 1994; Abreo, 2004).

En lo concerniente a la predisposición genética o de herencia biológica, se ha evidenciado que entre los descendientes de padres alcohólicos hay cuatro veces más riesgo de desarrollar dependencia del alcohol en edad adulta, mientras que en la juventud tienen mayor impacto los factores ambientales (Schuckit, 2000; Salcedo, 2007). Entre los factores relacionados con el efecto del alcohol se pueden distinguir aquellos implicados en los mecanismos de refuerzo del alcohol, que hacen que el consumo de alcohol sea especialmente placentero; es el caso de los genes implicados en sistemas de neurotransmisión en los que actúa el alcohol, en el sistema nervioso central GABA (ácido gamma-aminobutírico), opioide endógeno, dopaminérgico y serotoninérgico, de forma que facilita el consumo del mismo (Salcedo, 2007). Los genes que intervienen en el metabolismo del alcohol (genes de la alcohol-deshidrogenasa y la aldehído-deshidrogenasa) pueden modificar la aparición de síntomas desagradables cuando se ingiere alcohol (por ejemplo, náuseas) y por tanto actuar como factores protectores para desarrollar consumo excesivo (Schuckit & Rayses, 2002).

La exposición al consumo de alcohol a edades tempranas, es un predictor del futuro abuso de alcohol y drogas en el transcurso de la vida; de tal forma que hay cuatro veces más probabilidades de desarrollar un trastorno de dependencia alcohólica en la edad adulta. Y aunque la base biológica de esta vulnerabilidad no es clara (Grant, 1998), este componente no se desarrollaría sin la compañía de variables ambientales (Sánchez, 1994).

Los factores ambientales que incitan al consumo de alcohol en jóvenes están claramente relacionados con la cultura a la que se pertenece; puesto que ciertas creencias atribuyen al uso de alcohol estados de placer y relajación y en muchos casos esa es la única información con la que los jóvenes cuentan (Camacho, 2005; Cote, 2007). Estas creencias culturales son retomadas en los anuncios publicitarios que son información diaria a disposición de todas las personas sin ningún tipo de restricción (Vega, 1997) y con una gran influencia (Cañal, 2003); promoviendo el consumo de licor con llamativos anuncios y campañas, que suelen mostrar a los jóvenes como el consumo los hará capaces de superar sus dificultades (Carmona & Chávez, 1991), de ser más extrovertidos socialmente, a tener

alegría y a disfrutar (Hagihara, Miller, Tarumi & Nobutomo, 2003; Morales, 2007, en prensa) a partir de modelos a seguir en los que los adolescentes observan pautas de un comportamiento culturalmente aceptado (Londoño, 2004; 2007). El estudio de estos efectos ha permitido que el contacto con mensajes publicitarios de diversa índole (televisivos, radiales, impresos, entre otros), sea señalado como un potente predictor del consumo de alcohol en los jóvenes (Bulck & Beullens, 2005; Engels, Hermans, van Baaren, Hollenstein & Bot; 2009).

Los patrones de crianza usados por los padres también son un factor predisponente para el consumo de alcohol en jóvenes (Papalia, Wendkos & Feldman, 2001). En el núcleo familiar está dada una estructura de funcionamiento que le sirve de ejemplo a cada uno de sus miembros para su desempeño social; de tal forma que el sentido de pertenencia a la familia representa un factor protector de la salud, pero en caso contrario los jóvenes tienden a buscar refugio en conductas nocivas para su bienestar como la ingesta de alcohol (Salazar & Arrivillaga, 2004; Cicua, Méndez & Muñoz, 2008).

En lo que respecta a los servicios de salud cabe mencionar que la población adolescente ha sido sistemáticamente omitida en la configuración de servicios y la formulación de políticas de salud; ya que con frecuencia las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada (Maddaleno, Morello & Infante-Espínola, 2003; Cote, 2007). Así mismo, esta omisión ha tenido base en el hecho de que los adolescentes en comparación con los niños y los adultos mayores, sufren de pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas; sin embargo, gran parte de los hábitos nocivos para la salud son adquiridos durante la adolescencia, de forma tal que el 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia (OPS, 1998).

En respuesta a esta problemática la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha formulado un plan de acción para este grupo de edad con el propósito de abordar sus necesidades actuales, fomentar la adquisición de actitudes y comportamientos sanos para toda la vida y reclutar a los adolescentes como agentes de cambio social. Este plan cuenta entre sus principales estrategias el fomento de *habilidades para la vida* cuyo principal mecanismo es la *educación para la salud* (Restrepo, 2001b) desde la escuela, en la cual se

articula a los diferentes estamentos involucrados con la comunidad educativa en pro de desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas que permitan la transformación efectiva de estilos de vida, con el objetivo primordial de mejorar la calidad de vida y las condiciones para la enseñanza y el aprendizaje (Polaino-Lorente, 1987; Galvis, Urrutia & Bula, 1997); lo cual permite formar a los jóvenes, no solo para resistir las influencias para el consumo de drogas, sino en habilidades de interacción generales que les proporcionan una competencia social (Botvin, 1995; Flórez-Alarcón, 2006; Vélez Botero, 2009).

De esta manera, la promoción de la salud en la escuela forma parte de una visión integral del ser humano que considera a las personas, y en especial a los niños y a los adolescentes, dentro de su entorno familiar, comunitario y social (Weissberg, Caplan & Harwood, 1991; Mangrulkar, Whitman, & Posner, 2001). De tal suerte que una *escuela promotora de salud o escuela saludable* propicia el desarrollo de competencias sociales y habilidades para la vida; brinda al escolar la posibilidad de desarrollar sus potencialidades físicas, sociales e intelectuales, mediante la creación de condiciones adecuadas para la convivencia y construcción de conocimiento con la participación de la comunidad (estudiantes, padres, docentes y sector productivo), a fin de favorecer la consecución metas, la autorrealización y, sobre todo, la adopción de estilos de vida saludables favorables para la calidad de vida actual y futura (Secretaría Distrital de Salud, 2003; Cadavid, 2003; Otálvaro, 2006).

Finalmente, en lo que respecta a los factores comportamentales es fundamental considerar las motivaciones del adolescente para iniciar y mantener el consumo de alcohol, entre las cuales una de las principales es el deseo de aceptación por parte de las personas que a juicio personal son significativas (Londoño, 2004; 2007; Londoño, Valencia, Hernández & León, 2007); puesto que existe entre los jóvenes la creencia de que el alcohol marca una etapa de rebeldía con sus superiores, y que los desliga por completo de los comportamientos de la niñez, relacionando el consumo siempre con diversión, situaciones agradables y con un gran éxito social (Vega, 1997; Cicua, et. al., 2008).

El papel ambiguo de las creencias en las conductas de los jóvenes se evidencia en el estudio de Salazar y Arrivillaga (2004), según el cual aunque la mayoría de los jóvenes considera el consumo de alcohol como perjudicial para la salud (76.8%), muchos otros

afirman que en las *rumbas* la diversión está determinada por su consumo (66.1%), que la sociabilidad se incrementa cuando se está alicorado (56.2%), que de vez en cuando no es perjudicial (78%) y que es mejor el consumo de alcohol que las “drogas” (52.4%). De esta manera, dentro de los factores de aprendizaje, el proceso de adquisición de nuevos comportamientos y representaciones en cuanto al consumo de alcohol, se convierten en determinantes, ya que en buena medida explican que tanto el individuo aprende a controlar su consumo o no, y si este le puede llevar a un abuso severo (Londoño, 2004; 2007, Acero, 2005; Moral & Ovejero, 2009).

Por su parte, la adolescencia por sí misma trae consigo una serie de eventos que suelen percibirse como estresantes por quienes los viven, llevando a los jóvenes a afrontar las situaciones cotidianas con diversas alternativas que se pueden convertir en promotores de la ingesta de bebidas alcohólicas (Burkey & Stephens, citados por Londoño, 2004); dado que las expectativas con respecto al alcohol suelen ser positivas sumadas a la percepción de no poseer otras estrategias para reducir la ansiedad (Londoño, 2004; 2007; Londoño & Valencia, 2008); el consumo de alcohol, se convierte en una estrategia de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986) para relajarse, liberarse de la percepción de responsabilidades y como un reductor del estrés y de la ansiedad.

En este mismo marco la autoestima, considerada como un recurso integral y complejo de autoprotección y desarrollo personal (Yagosky, 2000), representa un factor de riesgo para la iniciación en consumo de alcohol cuando presenta niveles deficitarios. Bajos niveles de autoestima han sido asociados con altos niveles de ansiedad, depresión, inseguridad, dependencia, soledad, poca estabilidad emocional, bajo apetito, insomnio, hipersensibilidad a la crítica, pasividad, competitividad y destructividad. Paralelamente, la autoestima positiva ha sido asociada a un buen ajuste psicológico, estabilidad emocional, actividad, curiosidad, seguridad, cooperativismo, pensamiento flexible, sentido del humor, red social extendida e incluso mejores niveles de defensa inmunológica (Bermúdez, 2003).

### *Estrategias de intervención*

Es claro que gran parte de los problemas de salud y salud mental están estrechamente vinculados con estilos de vida que se adquieren en la infancia o en la adolescencia (hábitos

alimenticios, uso de sustancias, sedentarismo, habilidades personales de afrontamiento) (García, 1998). De igual forma, los datos presentados evidencian la necesidad de intervenciones efectivas, entre las cuales puede identificarse la formación de competencias sociales; en tanto que se encuentra relacionada con múltiples dimensiones vitales de los individuos (Ciarrochi, Scott, Deane & Heaven, 2003).

Dado el impacto del consumo abusivo de alcohol en la calidad de vida (Miguez-Burbano, Jackson, Braillon & Dubois, 2005), sus efectos perjudiciales a largo plazo (Briñez, 1998a, 1998b; Trull & Phares, 2003) y su asociación con otras problemáticas de importancia social y clínica (Gantiva, Gómez & Flórez-Alarcón, 2004); el abuso en el consumo de alcohol se configura como un problema de salud pública importante que requiere un abordaje de tipo preventivo, en tanto que se relaciona con el 4% de las enfermedades que afectan a la mayoría de la población mundial (Jernigan, Monteiro, Room & Saxena, 2000; Flórez-Alarcón, 2002; Trull & Phares, 2003; García, Lima, Aldana, Casanova & Álvarez, 2004; Ceballos, 2006).

Es claro que el consumo abusivo de alcohol trae consigo diversas consecuencias a largo plazo, como son las alteraciones cognitivas, fisiológicas y del estado de conciencia (Briñez, 2000; Ceballos, 2006); representando también un factor de riesgo asociado a enfermedades tales como cáncer, problemas cardiovasculares, daño hepático o neurológico y síndrome fetal alcohólico (Briñez, 2000; Jernigan, *et al.*, 2000; Trull & Phares, 2003; Room, Babor & Rehm, 2005).

Adicionalmente, el consumo de alcohol incide de forma significativa en la presentación y aumento de eventos como: accidentes automovilísticos, ahogamientos, caídas, envenenamientos, autoflagelación (Ellickson, *et al.*, 2003; Room, *et al.*, 2005), transgresiones sociales, suicidio y homicidio (Trull & Phares, 2003; Gantiva, Gómez & Flórez-Alarcón, 2004; García, *et al.*, 2004). Así mismo, el consumo de alcohol tiene un impacto significativo a nivel psicosocial (Briñez, 1998a), en tanto que acarrea disfunciones familiares, sociales, académicas y laborales (Briñez, 2001a); generalmente asociadas a la presentación de conductas violentas (Miguez-Burbano, *et al.*, 2005) y a la disminución del rendimiento cognitivo (Ceballos, 2006).

Es así, que el consumo de alcohol presenta consecuencias perjudiciales tanto para los consumidores como para la sociedad en tanto organismo dinámico (Gantiva, et. al., 2004; Miguez-Burbano, et al., 2005); en tanto que a nivel mundial y especialmente en Latinoamérica, el alcohol causa tantas o más muertes y discapacidades como fumar o las enfermedades de presión sanguínea (Room, et al., 2005).

Esta afectación a las tasas de mortalidad, morbilidad y discapacidad (Jernigan, et al., 2000) sumadas a la amplia aceptación social y promoción comercial del consumo de alcohol, su fácil adquisición (Gantiva, et. al., 2004; Kessler, 2005) y el alto grado de asociación entre el consumo de alcohol y el consumo de otras drogas (Morrow, 2004; Ceballos, 2006) no solo confirman la percepción del consumo de alcohol como un problema de salud pública (Flórez-Alarcón, 1998, 2002; Trull & Phares, 2003; Ceballos, 2006), sino que agudizan la preocupación con respecto a esta problemática si se tiene en cuenta que el decremento en la edad de inicio del consumo alcohol hace a la población adolescente altamente vulnerable (Flórez-Alarcón, 2000; Ellickson, et al., 2003; Téllez, et al., 2004).

Esta vulnerabilidad, en una etapa de desarrollo crucial como es la adolescencia, en la cual el refuerzo social, el seguimiento de modelos y la reafirmación de la independencia favorecen el consumo de alcohol, plantean la ineludible necesidad de identificar la percepción de los jóvenes acerca de los efectos del consumo de alcohol en su calidad de vida (Morrow, 2004; Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, Jaimes-Valencia & Richart-Martínez, 2008). De tal suerte que la calidad de vida percibida por los jóvenes se establezca como la principal fuente de información con respecto a los factores asociados a la motivación para el cambio de la conducta de consumo, en tanto el nivel de salud representa el máximo indicador de eficiencia de cualquier intervención.

Apoyar el desarrollo humano de los adolescentes es una estrategia para prevenir las conductas de riesgo. El desarrollo humano es un proceso continuo a través del cual el adolescente satisface sus necesidades, fomenta competencias (la habilidad para adaptarse a diversas ecologías y ambientes), y redes sociales. Se busca apoyar el desarrollo de adolescentes y jóvenes dentro del contexto de la familia, su ambiente socio-económico, político y cultural, y al reformular el concepto de promoción de salud en jóvenes quedaría

como un proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Esto es probable a través de la formulación de políticas públicas saludables; la reorientación de los servicios de salud; la potenciación de las comunidades para lograr el bienestar; la creación de ambientes saludables; el fortalecimiento e incremento de las destrezas personales relacionadas con la salud y la construcción de alianzas (Moral & Ovejero, 2009).

En este orden de ideas, ya que el comportamiento de consumir alcohol es aprendido socialmente y mantenido por las expectativas positivas que genera su consumo (Marlatt, et. al., 1998; Sobell, 2001); es susceptible de ser modificado a través de cambios de estímulos sociales, expectativas con respecto al consumo y demás motivaciones que impiden una disminución o eliminación del hábito del consumo (Gantiva & Flórez-Alarcón, 2006).

Tradicionalmente, las intervenciones han hecho hincapié en la carencia de autocontrol en los individuos, para el caso del consumo dependiente, y en el suministro de información con respecto a las consecuencias del consumo excesivo de alcohol, para el caso del consumo abusivo (Sobell, 2007). Sin embargo, este enfoque a veces resulta insuficiente para provocar cambios comportamentales en las personas, y particularmente en los jóvenes, en tanto que no abarca las diversas variables de tipo social, emocional, conductual y cognitivo que suelen estar asociadas a los estilos de vida (Casals, Bosch, Cebrià & Massons, 2000; Pérez, 2007).

Londoño, García, Valencia y Vinaccia (2006a) y Londoño, Valencia y Vinaccia (2006b) postulan que para que un programa de prevención del consumo de alcohol tenga buenos resultados, es necesario que esté diseñado de acuerdo a las características de su población objetivo y su respectivo contexto, con base en criterios de relevancia sociocultural, en un marco socio-legal y económico, y aludiendo directamente a los factores que precipitan y mantienen la ingesta, o aquellos que brindan protección al joven para que no adquiera un hábito perjudicial para su salud.

Dentro de los factores mencionados por Londoño y colaboradores (2006b), se distinguen dos grupos: las estrategias para el afrontamiento de situaciones evaluadas como difíciles, donde se encuentra la información, la toma de decisiones, la responsabilidad

personal en torno a una conducta, el manejo del estrés las habilidades de resistencia y la autoestima (Rhodes & Jason, 1990; Hansen, 1992, citados por Londoño et al., 2006b; Pérez, 2007); y los factores que representan un riesgo para la salud del joven, dados por su entorno, en donde están incluidos la inseguridad, la presión de grupo, y la poca asertividad que manejan (Wills, Baker & Botvin, 1989; Camacho, 2005).

Una exploración sucinta de la presencia de programas de prevención en el mundo arroja un sinnúmero de resultados, entre los que cabe destacar aquellos que independientemente de su presentación, capital o experiencia, presentan un referente teórico sólido, un diseño metodológico coherente con su contexto y una juiciosa sistematización de su experiencia. En este contexto, cabe retomar dos meta-análisis que dan cuenta de los programas de prevención del consumo de alcohol en España y Estados Unidos.

En el caso Español, Espada, Rosa y Méndez (2003) revisan 15 estudios publicados entre 1985 y 2002, evaluando el reporte de eficacia de programas interactivos (aquellos que tienen como objetivo desarrollar el potencial de los participantes) con respecto a la prevención del abuso de drogas (drogas en general, alcohol y cigarrillo) en el contexto escolar, dirigidos a jóvenes escolarizados entre los 11 y los 15 años de edad.

El 80% de los estudios revisado por Espada y colaboradores (2003) tenían fundamento en la teoría de aprendizaje social e incluían varias estrategias, a saber: a) ofrecer información oral, escrita y audiovisual, b) formación en habilidades sociales, c) entrenamiento en resolución de problemas, d) modelado, e) tareas para casa, e) educación emocional y, f) fomento de habilidades de afrontamiento, entre otros. Los resultados del meta-análisis, indican la existencia de un impacto positivo de los programas, aunque el mismo no resulta significativo. Con respecto a los componentes de los programas, se destaca el efecto positivo de la incorporación del modelado a la transmisión de información y la formación en solución de problemas, en contraposición a los efectos negativos del entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

A nivel comparativo con estudios internacionales y formulaciones teóricas, el meta-análisis no solo demuestra mayor eficacia de los programas preventivos españoles en la prevención del consumo de alcohol, frente a programas estadounidenses; sino que indica un

alto potencial de los programas de prevención en el contexto escolar, para modificar el consumo y el conocimiento sobre drogas en el corto plazo. Adicionalmente, el meta-análisis da cuenta de mayor eficacia en los programas de menor duración, los implementados por personas externas a las instituciones educativas y aquellos fundamentados en un modelo preventivo particular (aprendizaje social o acción razonada) en contraposición a los centrados en la transmisión de información (Espada, et. al., 2003).

Finalmente, aunque los autores, corroboran la carencia de rigurosidad experimental de los programas preventivos, razón por la cual varios programas reconocidos fueron excluidos; se destaca la experiencia española en el ámbito de la prevención y su consecuente aprendizaje al identificar los elementos fundamentales de una intervención eficaz, a saber: a) transmisión persuasiva de contenidos, b) entrenamiento de habilidades y, c) fomento de toma de decisiones y establecimiento de compromisos (Espada, et. al., 2003).

En el caso estadounidense, Lemstra y colaboradores (2010), realizan un análisis sistemático de experiencias realizadas entre 1980 y 2007, con jóvenes entre los 10 y los 15 años, para evaluar la efectividad de acciones de prevención del consumo de alcohol y marihuana en contextos escolares. Tras la revisión de más de 400 artículos, fueron seleccionados 6 documentos que además de dar cuenta de la experiencia de intervención proporcionaban información de seguimiento un año después de la implementación del programa de prevención.

Realizada la contrastación estadística de los datos suministrados por los autores de los 6 estudios, Lemstra y colaboradores (2010), observan que los programas interactivos tienen una eficacia superior a los programas de transmisión de información, evidenciada en una disminución de la frecuencia de consumo con mayor impacto en el consumo de alcohol que en el de marihuana. Aunque los autores no ofrecen información detallada sobre el enfoque teórico-metodológico de los programas, coinciden con Espada y colaboradores (2003), al hacer un llamado en pro de la calidad de los programas de prevención en dos sentidos. En primer lugar para que los programas de prevención adquieran un carácter integral que supere la tradición preventiva enfocada en la transmisión de información, e incorporen elementos de formación de habilidades que respondan a la naturaleza multifactorial del consumo de drogas. Y, en segundo lugar, para motivar la realización de verdaderos estudios

experimentales para dar cuenta de las características y la efectividad de los programas de prevención.

En el caso colombiano, para dar respuesta al consumo de alcohol como problema de salud pública, tanto el gobierno nacional como el de cada ciudad, han generado normativas para aliviar la situación de consumo y violencia, a partir de la ejecución de leyes “secas” y “semisecas” en las principales ciudades del país (Sharman, 2005). Además con la generación de campañas como “Vivir ConSentidos en la rumba” que busca impulsar la cultura de la diversión y la rumba bogotana como un espacio de integración para la diversión y la alegría, sin que el centro de ella sea la embriaguez, buscando con ello reducir los riesgos que conlleva el consumo indebido de alcohol, además de concienciar a la ciudadanía acerca de los daños que ocasiona el abuso del trago (Garzón, 2005; Vivir ConSentidos, página web: <http://200.75.50.44/sgcom/vivirconsentidos/nodrogas.swf>).

El objetivo del programa es hacer de las zonas de rumba en Bogotá “lugares seguros y con ellos regresar la cultura cívica y el establecimiento del orden a la ciudad”, para lo cual se capacitan cerca de 180 orientadores escolares de diferentes Instituciones Educativas del Distrito a través del primer diplomado virtual de ‘Estrategias de prevención del uso, abuso y dependencia de drogas en el contexto escolar’, realizado durante ocho meses por medio de las aulas virtuales de la Red Integrada de Participación Educativa (REDP). El objetivo de estos nuevos gestores es multiplicar el propósito del programa que consiste en hacer que las personas conozcan y entiendan el mensaje preventivo del uso del alcohol y las drogas en cualquier momento (Garzón, 2005). Pese a lo llamativo de esta iniciativa, es lamentable que el programa “Vivir ConSentidos en la rumba” carezca de una estructura clara que evidencie su impacto o permita su replicación en contextos diferentes al bogotano.

Ahora bien, también los esfuerzos por la reducción del consumo de alcohol en jóvenes, han estado presentes en varias fundaciones sin ánimo de lucro, Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) y demás instituciones, que inicialmente empezaron desde la rehabilitación de la dependencia alcohólica, o problemas asociados como la explotación sexual, la violencia juvenil, el fenómeno de las pandillas, entre otros. Ejemplo de ello esta en la fundación Colombia Visión que se une con las fundaciones de la "Red de Prevención de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes ESCNNA" ya que

según ésta, el mayor porcentaje de los casos, el consumo de alcohol y SPA en niños, niñas y adolescentes, va de la mano con la explotación sexual. A través de la realización de talleres y programas de prevención a la comunidad, boletines de prensa para los medios de comunicación, llevan a cabo el trabajo preventivo que se realiza con las niñas y adolescentes del Hogar de protección "Ángeles" y sus familiares o allegados (Garzón, 2005).

Los programas de promoción de salud y de desarrollo adolescente de mayor impacto requieren esfuerzo y responsabilidad compartida para promover cambios simultáneos a nivel individual, grupal, organizacional y comunitario, incluyendo la participación de los adolescentes y jóvenes en todos los niveles, tal como se propone en el marco de los programas de escuela saludable. De esta forma deben desarrollarse acciones anticipatorias, esfuerzos realizados para pronosticar eventos, con el fin de evitar situaciones indeseables (Restrepo, 2001b), para eso debe haber una disminución de hábitos comportamentales de riesgo para la adquisición de enfermedades (Flórez-Alarcón, 2005a) y deben involucrarse un conjunto de estrategias médicas y de la salud pública destinada a reducir la ocurrencia de enfermedades, o a fomentar, mantener o restaurar la salud cuando se ha producido algún daño (Barra Almagia, 2003).

### *El programa CEMA-PEMA*

En este marco se ha diseñado e implementado en Colombia una estrategia denominada CEMA-PEMA, cuyo nombre indica Cuestionario de Etapas para la Modificación del Abuso (CEMA) integrado a un Programa de Etapas para la Modificación del Abuso (PEMA), respectivamente (Flórez-Alarcón, 2003). Este es un programa de corte motivacional (Wahab, 2005) fundamentado en el uso de los procesos que propone el Modelo Transteórico de Cambio (MTT) (Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994; Flórez-Alarcón, 2007a), que pretende orientar al individuo hacia el cambio de alguna conducta que le cause perjuicio a su salud, en búsqueda de un comportamiento benéfico para sí mismo.

El CEMA-PEMA es un programa de intervención breve que busca promover el autocambio, en grupos de personas con problemas de abuso en el consumo de bebidas

alcohólicas, susceptibles de beneficiarse con intervenciones motivacionales ya que no presentan problemas de dependencia (Sobell & Sobell, 2005; Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, Jaimes & Richart, 2008). Estas intervenciones motivacionales breves se han recomendado para uso específico con adolescentes y con estudiantes universitarios, y su impacto positivo se ha verificado en estudios que las comparan con otras intervenciones o con ausencia de intervención (Marlatt, et al., 1998; Martínez, Pedroza, Vacío, Jiménez & Salazar, 2008; Monti, et al, 1999; Murphy, et al., 2001; Borsari & Carey, 2005; Cote, 2007).

El fin último del CEMA-PEMA, como estrategia de prevención selectiva de tipo motivacional, es desencadenar el compromiso de cambio (Wahab, 2005), contemplando como supuesto principal que los individuos cuentan con las habilidades necesarias para transformar esa disposición al cambio en acción (Gantiva, Gómez, & Flórez-Alarcón, 2004; Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998a; Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998a). En este sentido el componente esencial de la intervención del CEMA-PEMA es la toma de decisiones; de tal suerte que los individuos están en capacidad de elegir sus metas de cambio (generalmente de moderación y no de abstinencia), así como de hacer sus propios planes para el logro de esas metas; teniendo como base el conocimiento de factores relevantes en el consumo, tales como las situaciones asociadas al consumo y la confianza en si mismo para hacer frente a esas situaciones (Flórez-Alarcón, 2007a).

En el marco del MTT, el CEMA-PEMA posee una estructura coherente con los procesos de cambio que se incluyen en el programa PEMA para el fomento de la motivación o disponibilidad a cambiar de los participantes en el programa; así como las variables mediadoras de estos procesos, las cuales que se evalúan a través del CEMA para dar cuenta de dicha disposición (Flórez-Alarcón, 2007a). Paralelamente, el programa no sigue puntualmente las ideas sobre etapas de cambio que propone el MTT, sino que se ajusta más a las ideas acerca de la Dimensión Psicológica de la Promoción y de la Prevención en Salud (DPPPS).

En el MTT, la variable dependiente es justamente la disponibilidad al cambio, evaluada a través de las etapas motivacionales; los procesos de cambio, por otra parte, constituyen la variable independiente. La disponibilidad al cambio hace referencia a la

manifestación de la intención de cambiar un comportamiento; es decir, la motivación para moderar el consumo de alcohol (Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994; Flórez-Alarcón, et al., 2008).

Las etapas de cambio, cuya presencia no se considera sustancial en CEMA-PEMA, se refieren a la evolución ascendente de la disponibilidad al cambio a través del tiempo (Flórez-Alarcón, 2007a). Estas etapas son: a) No-contemplación; no hay propósito de cambio; b) pre-contemplación; no hay intención de cambio en los próximos 6 meses; c) contemplación: propósito de cambio en los próximos 6 meses; d) preparación; intención de cambio en el próximo mes; e) acción; realización de la conducta por menos de 6 meses; f) mantenimiento; realización de la moderación por mas de 6 meses, con tentaciones de recaída y; g) terminación; mantenimiento de la conducta de moderación sin tentaciones de recaída (Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994; Flórez-Alarcón, 2007a,b; Flórez-Alarcón, et al, 2008).

La transición entre etapas es facilitada por algunos procesos de cambio, cuyo mayor o menor uso está asociado la realización de conductas saludables, para el caso particular: el consumo de alcohol. Estos procesos son producto de la comparación de diferentes sistemas terapéuticos y se dividen en: a) procesos experienciales, referidos a actividades cognitivas y afectivas que pueden incrementar la disposición de la persona a tomar una decisión de cambio y, b) procesos conductuales, que son actividades conductuales que operan para incrementar la probabilidad de que la persona lleve a cabo la intención de cambio, una vez que ha tomado la decisión (Prochaska & Prochaska, 1993; Flórez-Alarcón, 2005a; Flórez-Alarcón, et al, 2008).

Entre los procesos experienciales, los autores del MTT incluyen: a) concienciación: actividades que propenden por el incremento de la conciencia acerca de los riesgos derivados de la realización de un comportamiento y los beneficios que tiene para la persona su modificación; b) alivio por dramatización: son actividades de vivencia emocional intensa acerca de los riesgos y de sus consecuencias para la misma persona y para los demás; c) autoreevaluación: valoración que la persona realiza acerca de las consecuencias que para sí misma y para los demás tiene su acción problema; d) liberación social: uso de normas o de regulaciones sociales que inhiben o aumentan la disposición de la gente a realizar un

determinado comportamiento; e) reevaluación social: evaluación e interpretación que la persona realiza acerca de las normas y regulaciones sociales que facilitan la realización de un determinado comportamiento; f) autoliberación: manifestación de intenciones de cambio, expresadas en decisiones de la persona (Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994; Flórez-Alarcón, 2005a; 2007a; b).

Por su parte, los procesos conductuales formulados por el MTT se refieren a: a) control de estímulos: manejo que la persona hace para modificar situaciones sociales y medioambientales que la conducen a realizar comportamientos no deseados; b) manejo de contingencias: manejo que hace la persona de las consecuencias derivadas de un comportamiento, mediante la aplicación consciente de contingencias coherentes con su comportamiento; c) contracondicionamiento: realización de actividades que llevan a modificar la valencia de un determinado comportamiento y; d) búsqueda de soporte social: aumento de la percepción que tiene la persona acerca de las fuentes sociales disponibles que le apoyan para realizar la modificación de un comportamiento, y los cambios en la valoración de dichas fuentes (Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994; Flórez-Alarcón, 2005a; 2007a;b).

De acuerdo con Prochaska, Norcross y DiClemente (1994), existe una asociación sucesiva entre etapas y la transición entre ellas es mediada por los procesos de cambio, de tal forma que en las primeras etapas (precontemplación y contemplación) se debe privilegiar el uso de los procesos experienciales; mientras que en las etapas avanzadas (preparación, acción, y mantenimiento) se deben abordar los procesos conductuales (Ver Figura 1). De esta manera, la propuesta del MTT indica que para el caso de la modificación del consumo de alcohol, el uso de los procesos de cambio aumenta a medida que se avanza de etapa para aproximarse a la acción (Flórez-Alarcón, 2005a; Flórez-Alarcón, et al, 2008).

Adicionalmente, el MTT contempla una serie de variables intermediarias, entre las cuales se encuentran: a) el balance decisional que hace referencia a la valoración de los pros y los contras del comportamiento problema, donde se espera que a medida que se avance en etapas disminuyan los pros y aumenten los contra y; b) la autoeficacia, como la capacidad que percibe el individuo para abandonar la conducta nociva, por lo que se espera

que, a medida que se avance hacia las últimas etapas, la confianza se incremente y las tentaciones desaparezcan (Prochaska & Prochaska, 1993).

Partiendo de lo anterior y teniendo como población objetivo a personas que no conciben su consumo como un problema, por lo que no creen que necesiten cambiar su conducta; en el diseño e implementación del CEMA, la etapa tenida en cuenta como punto de partida es la de precontemplación, y es partir de ésta óptica que se evalúan la disponibilidad al cambio, los procesos de cambio y las variables intermedias (Flórez-Alarcón, 2007a).

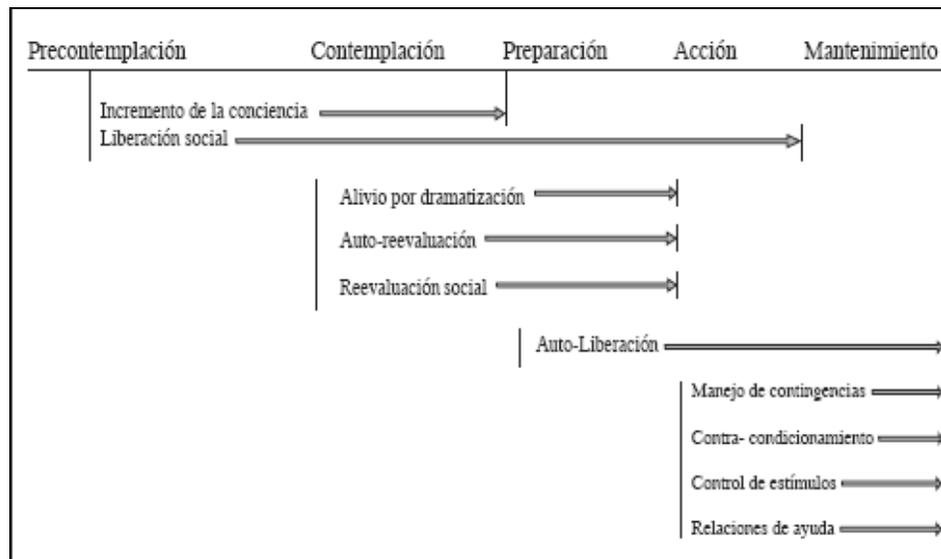


Figura 1. Asociación entre las etapas y los procesos del MTT (Flórez-Alarcón, 2007b)

Ahora bien, el PEMA por su parte, se apoya en los fundamentos teóricos de la propuesta conceptual y metodológica de la DPPPS (Flórez-Alarcón, 2005b; 2007b), la cual integra de manera práctica las características los modelos de etapas de educación para la salud. Ésta propuesta, representada en una escalera “*cognitivo-conductual*”, integra los supuestos formulados por modelos como el de Proceso de Adopción de Precauciones (PAP) de Weinstein (1988), el MTT de Prochaska y DiClemente (1982) y el Modelo de Aproximación de Procesos a la Acción Saludable (HAPA) de Schwarzer (2006); modelos éstos que sugieren la presencia de diversos factores psicológicos en la descripción del proceso que hace una persona en la adquisición y mantenimiento de una conducta

saludable, a través de una sucesión de etapas y unos procesos psicológicos que constituyen las barreras entre una etapa y otra, en el desarrollo de conductas saludables.

La DPPPS propone la transición a través de siete etapas que inicia con el incumplimiento sistemático de una conducta (probabilidad de ejecución cercana a cero) y culmina con el cumplimiento sistemático de la conducta (probabilidad de ejecución cercana a uno). De tal suerte que entre la primera y la última etapa se presentan una serie de barreras de tipo cognitivo o conductual que deben ser superadas por la persona gracias a la aplicación de determinados procesos psicológicos para cada etapa específica (Flórez-Alarcón, 2007b) (Ver Figura 2).

Las barreras propuestas por la DPPPS son: a) expectativas de reforzamiento-resultado (B1), sugiere la necesidad de hacer una anticipación de los beneficios que pueden obtenerse con la ejecución de determinada conducta; b) controlabilidad percibida o autoeficacia (B2), apunta a la capacidad que la persona cree poseer para controlar su conducta y a la responsabilidad asumida por la persona en la ejecución de un comportamiento determinado; c) actitudes normativas (B3), hace referencia a la presión social percibida por la persona y que le lleva a actuar de determinada forma o a ejecutar o no determinada conducta; d) toma de decisiones (B4), es decir, el balance entre costos y beneficios que conllevan la ejecución de determinada conducta que debe hacer el sujeto antes de tomar una decisión; e) planificación del autocontrol (B5), se refiere a la planeación y ejecución de habilidades específicas relacionadas con el comportamiento que se pretende adquirir o extinguir para lograr el cambio; f) manejo de las contingencias requeridas en el autocontrol (B6), hace alusión a la ejecución de la acción propiamente dicha, suponiendo el manejo efectivo de las contingencias situacionales requeridas por la acción y; g) atribuciones cognitivas en la post-acción (B7), referentes a las atribuciones que la persona realiza acerca de los resultados obtenidos al practicar la conducta, y de las causas de esos resultados, causas que pueden atribuirse por la persona a la conducta (lo cual favorece la consolidación de su ejecución) o a otros factores aleatorios (lo cual debilita la probabilidad futura de ejecución de la conducta) (Flórez-Alarcón, 2007b).

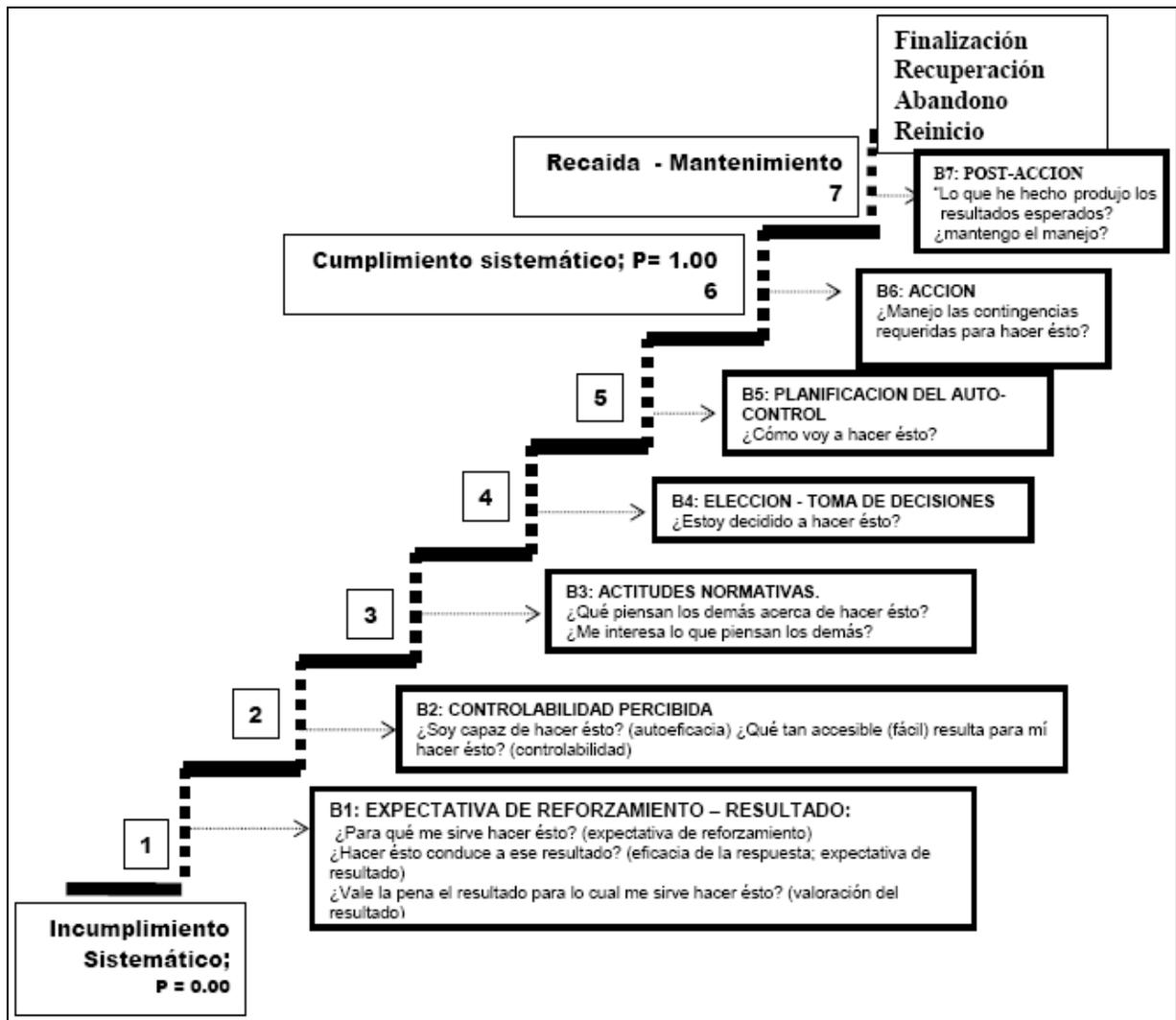


Figura 2. "Escalera Cognitivo Conductual" representación de la DPPPS (Flórez-Alarcón, 2007b)

Teniendo en cuenta este fundamento, el PEMA busca propiciar en los individuos la superación de las barreras propuestas por la DPPPS, mediante la implementación de dinámicas para fomentar los procesos de corte motivacional que propone el MTT (Flórez-Alarcón, 2005a, b; Flórez-Alarcón, 2007 a, b).

Ahora bien, el diseño de CEMA-PEMA tuvo varias fases para su construcción, fundamentación y disseminación; acorde con la propuesta del *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) acerca de los objetivos y los propósitos secuenciales que deben orientar la construcción de un procedimiento basado en la evidencia para la prevención o el

tratamiento de problemáticas de farmacodependencia (Onken, Blaine, & Battjes, 1997, citados por Flórez-Alarcón, 2007a). La fase I, abarcó estudios acerca de los fundamentos del MTT, decisiones sobre las variables cruciales a incluirse en el programa de acuerdo con este modelo, y estudios descriptivos para medir esas variables, tal como se ha descrito hasta el momento. Adicionalmente, un aporte importante de esta fase fue la construcción de la batería CEMA la cual incluye referentes a la medición de la motivación para cambiar, medición de las variables intermediarias, y la medición del comportamiento de moderación del consumo de alcohol (Flórez-Alarcón, 2007a).

La fase II, se dirigió a demostrar la eficacia de los nuevos tratamientos con soporte en la evidencia (TSE), entendida básicamente como la validez interna de los procedimientos, establecida en ensayos clínicos controlados, generalmente a través de diseños de investigación cuasiexperimental (Flórez-Alarcón, 2007a). En ésta fase, el diseño del programa estuvo basado en tres criterios fundamentales: a) la necesidad de establecer procedimientos de prevención diferenciales, de acuerdo con la situación del problema (consumo social, abusivo, o dependiente de alcohol) en la población a la cual van dirigidos; b) El objetivo de minimización de los riesgos y no de abstinencia como meta de la intervención y; c) El ceñimiento a las propuestas psicosociales de etapas en el campo de la prevención (Flórez-Alarcón, 2007a).

Esta fase se desarrolló y se apoyó en dos estudios cuasi experimentales realizados con estudiantes de bachillerato en el desarrollo de CEMA-PEMA. Los colegios seleccionados para realizar las dos investigaciones incluidas en esta fase fueron uno público de clase socio-económica media baja, en el cual se atendieron 100 estudiantes de grado décimo (Flórez-Alarcón, & Cols., 2001 citados por Flórez-Alarcón, 2007a), y uno privado de clase socioeconómica media alta, en el cual participaron 378 estudiantes de grados décimo y undécimo (Flórez-Alarcón, et. al., 2002 citados por Flórez-Alarcón, 2007a).

Según Flórez-Alarcón (2007a), los resultados de estos estudios, evidentes en los cambios de las variables intermediarias, las modificaciones de la disponibilidad al cambio y de los datos referentes al consumo de alcohol (pre y post), así como en el seguimiento a un mes, mostraron superioridad en los resultados de los grupos que recibieron la intervención (masiva y diferencial) frente a aquellos que no la recibieron, presentándose una tendencia

favorable con respecto al mayor impacto de los procedimientos administrados de manera diferenciada, divididos en subgrupos para recibir la intervención correspondiente a su etapa motivacional.

Para la estructuración del PEMA, fue de especial interés el hecho de que la aplicación diferencial de la intervención, además de representar altos costos (incremento en recursos humanos y locativos); no resultó del todo diferencial, en tanto que los terapeutas indicaron la necesidad de incluir en sus intervenciones procesos de cambio adicionales a los establecidos previamente, lo cual redundó en la similitud de dichas intervenciones, dejando al tamaño de los subgrupos gran parte de la responsabilidad por los efectos superiores de la intervención diferencial (Flórez-Alarcón, 2007a).

Posteriormente, se avanzó hacia la estructuración de los procedimientos, la elaboración del manual y el análisis de sus resultados con miras hacia la posible diseminación (Flórez-Alarcón, 2007a). De esta manera, con base en los principios de la prevención a través de intervenciones breves de autocambio (Sobell & Sobell, 2005, Flórez-Alarcón, 2007a), CEMA-PEMA está dirigido a jóvenes que aún no tienen un problema de dependencia (pueden ser tanto consumidores sociales como consumidores abusivos), con el objetivo de que haya un compromiso de cambio, para que posteriormente este compromiso se transforme en acción al hacer uso de las habilidades que supuestamente ya se tienen, y de no ser así, que sean adquiridas mediante sesiones cortas adicionales (Flórez-Alarcón, 2003), de forma tal que se brinda a los jóvenes herramientas que les permiten afrontar de forma adecuada las situaciones que los llevan a iniciar o mantener el consumo (Flórez-Alarcón, et al, 2008), buscando la potenciación de los factores protectores y la disminución de los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol.

Finalmente, en la fase III, se da la diseminación del CEMA-PEMA que busca cerrar la brecha entre los ensayos clínicos realizados previamente y la incursión del programa en el contexto social. En esta fase para dar respuesta a los inconvenientes de costos evidenciados en la implementación de intervenciones diferenciales, se estructuró una única intervención integral con todos los participantes, en la cual se incluye la atención a todas las variables psicosociales relevantes, con independencia de la etapa en la cual se ubican los sujetos. De tal suerte que CEMA-PEMA adquiere la estructura que se presenta en la tabla 1, en la cual

se integran todas las variables correspondientes a las barreras subyacentes en la fase motivacional del cambio, de acuerdo con la DPPPS, y no sólo las variables intermediarias sugeridas por el MTT, asimilando además los procesos de cambio propuestos por este modelo, con los procedimientos a poner en práctica; mientras que los procesos (antes identificados con los procedimientos experienciales y conductuales sugeridos por el MTT) pasan a referirse a las barreras subyacentes a las etapas, de acuerdo con la propuesta de la DPPPS (Flórez-Alarcón, 2007a).

En esta fase de diseminación se enmarca el estudio pre-experimental realizado con 1887 estudiantes de bachillerato de la localidad bogotana de Engativá (Flórez-Alarcón, & Cols., 2004 citados por Flórez-Alarcón, 2007a); en el cual como resultado de la realización de 51 talleres se concluye una alta factibilidad de la implementación de CEMA-PEMA en el medio escolar. Esto se evidenció a partir del aumento (comparación pre-post) en el uso de los procesos propuestos por el MTT, el reflejo de modificaciones en la disponibilidad al cambio, así como en la frecuencia (la cantidad de jóvenes con frecuencia de consumo leve se incrementó de 848 a 922) e intensidad del consumo de alcohol (la cantidad de bebedores de menos de 4 unidades por ocasión aumentó de 832 a 938) (Flórez-Alarcón, 2007a).

Una prueba adicional de la efectividad de la estructura dada a PEMA puede evidenciarse en la experiencia de implementación del CEMA-PEMA como parte del plan de Salud Mental del Departamento de Casanare para la prevención del consumo de alcohol, desarrollada por Vélez, Flórez-Alarcón y Violet (2007), participaron 868 estudiantes pertenecientes a los grados noveno, décimo y undécimo de nueve colegios ubicados en los municipios de Villanueva, Paz de Aripuro y Yopal.

En esta experiencia se encontró, tras la implementación masiva del CEMA-PEMA, un incremento en la proporción de sujetos que presentan un consumo sin riesgo (del 50% al 76%) y una consecuente disminución en la proporción de jóvenes que presentan consumo de riesgo, excesivo y dependiente (del 22% al 21%), al igual que en la proporción de participantes que manifiestan intenciones del cambio del consumo (del 57% al 60%).

Tabla 1. Estructura de CEMA-PEMA-P

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

Paralelamente, se observa un cambio favorable con respecto a la etapa de cambio en la que se ubican los sujetos, encontrando que el porcentaje de personas en etapa de contemplación aumenta de 7.7% (pretest) al 39.3% (postest); de igual forma disminuye la proporción de personas en etapa de no contemplación, pasando del 50% al 3.5% (Vélez, et al., 2007).

### *Justificación del problema*

Ahora bien, de acuerdo con lo reportado por Flórez-Alarcón (2007a), durante la construcción y fundamentación de CEMA-PEMA, existen dos aspectos dignos de resaltar: a) en la etapa de validación interna del procedimiento, la aplicación masiva de los cuestionarios de CEMA indujo una respuesta de fatiga, que implicó integrar secuencialmente esta aplicación en el PEMA y; b) alta factibilidad que tiene este programa de ser generalizado al medio social a través de instituciones educativas (colegios y universidades).

En cuanto al primer aspecto, referido al CEMA, es preciso destacar que a través de los diversos estudios que se han realizado para poner a prueba el PEMA (Fases I y II), se ha conseguido reunir suficiente información para la estandarización del CEMA; prueba de ello es el estudio transeccional descriptivo realizado por Flórez-Alarcón (2003), en el cual se pretendió perfeccionar el instrumento de evaluación a través de la introducción de una serie de cambios identificados como necesarios en las aplicaciones previas, a saber: a) un cuestionario de clasificación de etapas que toma en cuenta límites mínimos de consumo, b) modificación de los cuestionarios de razones e importancia del consumo, transformándolos en la evaluación de costos-beneficios, tentaciones y autoeficacia y, c) puesta a prueba de las correcciones introducidas en versiones anteriores a los cuestionarios de abuso y de disponibilidad al cambio.

En este estudio, con la participación de 586 estudiantes universitarios de Bogotá, se obtuvo una versión perfeccionada del CEMA, cuyos cuestionarios demostraron altos índices de confiabilidad (Alfa de Crombach de 0.90 a 0.97), lo cual permitió concluir la factibilidad de integración del CEMA al programa de etapas, así como la fácil aplicación de sus escalas; tanto para ejercicios de tamizaje del consumo del alcohol, como para su

implementación integrada al PEMA como estrategia evaluativa del impacto del programa (Flórez-Alarcón, 2003).

En cuanto a la factibilidad de generalización del CEMA-PEMA al contexto educativo, Flórez-Alarcón (2007a) resalta la importancia de confirmar los hallazgos encontrados en la fase de diseminación, a través de la realización de estudios cuasi-experimentales adicionales. De tal suerte que en respuesta a la necesidad de generalización, y teniendo en cuenta el aspecto resaltado por el autor con respecto a la extensión del CEMA, resulta pertinente, en el marco de la generación de nuevos estudios cuasi-experimentales; considerar la formulación de un estudio referido a la comprobación de la validez externa del CEMA-PEMA.

Una de las múltiples amenazas de la validez externa es el efecto de sensibilización pretest (Pretesting), por el cual los resultados de estudios con pretest no se pueden generalizar necesariamente a situaciones sin pretest, en tanto la aplicación del pretest puede actuar como parte del tratamiento experimental y así afectar a los resultados de la investigación, suponiendo algún grado de sensibilización conducente a un aprendizaje con capacidad para influir en la variable dependiente (Bernal, 2006; Martínez, Aparicio, Ángel, Prieto & Oquillas, 2008).

De esta manera, no solo es evidente que el efecto referido a la sensibilización pretest está directamente asociado a la posibilidad de generalización (Salkind, 1998; Marriner-Tomey, 2001); sino que la validez externa de un procedimiento como CEMA-PEMA, considerando la amplitud del CEMA, puede verse limitada por dicha sensibilización o por la interacción de las medidas del pretest con los efectos de la variable independiente.

Una forma para controlar y evaluar la sensibilización al pretest es utilizar grupos experimentales distintos para administrar los pretests y los postests. Tal es el caso de la aplicación del diseño de cuatro grupos de Solomon a la realización de investigaciones cuasi-experimentales; en tanto que la estructura de este diseño contempla la existencia de dos grupos que reciben el tratamiento y, otros dos, que considerados grupos de control; del total de los grupos, la mitad recibe el pretest, mientras que la otra mitad no (García, Frías & Llobell; 1999; Babbie, 2000; Ávila, 2006).

### *Pregunta de Investigación, Variables e Hipótesis*

En este orden de ideas, con la pretensión de responder a la necesidad de generalización en la diseminación del CEMA-PEMA, la evaluación de la sensibilización pretest del CEMA a través de la implementación de un diseño de cuatro grupos de Solomon, permite preguntar: ¿Cuál es el impacto del componente evaluativo que se aplica en el pretest de CEMA – PEMA sobre las variables del consumo de alcohol que aborda el programa?; de forma tal que se tienen como variables las siguientes: a) *Variable independiente*: Programa CEMA-PEMA, el cual en su conjunto (CEMA + PEMA) debe afectar de forma inmediata a los procesos de cambio y; b) *Variable dependiente*: Procesos de cambio, de los cuales depende la disponibilidad al cambio.

De esta manera, la hipótesis de trabajo que guía esta investigación es que, tal como lo menciona Flórez-Alarcón (2007a) al referirse a la factibilidad de generalización, si el programa CEMA – PEMA modifica los procesos de cambio e incrementa la disponibilidad al cambio de los sujetos que lo reciben, la aplicación solo del componente evaluativo (CEMA) no debe conducir a un impacto significativo sobre éstas variables.

De forma consecuente con lo anterior y teniendo como referencia el uso de un diseño de investigación de cuatro grupos, se plantean como hipótesis de nulidad las siguientes (Ver la Tabla 2): a)  $O1=O2$  (debe rechazarse para demostrar impacto del programa); b)  $O2=O4$ ;  $O5=O6$  (deben rechazarse para demostrar impacto del programa); c)  $O2=O5$ ;  $O4=O6$  (deben aceptarse si no hay sensibilización pretest; rechazarlas indica presencia de sensibilización pretest).

En este orden de ideas, las hipótesis alternativas que se formulan consecuentemente, son las siguientes (Ver Tabla 2): a) Habrá diferencias significativas entre las evaluaciones pre y post de los sujetos que reciban la intervención completa CEMA-PEMA (Grupo 1); b) la evaluación post de los sujetos que reciban la intervención completa CEMA-PEMA será superior a la de los sujetos que no la reciban (La prueba post de los grupos 1 y 3 será superior a la prueba post de los grupos 2 y 4); c) si no hay efectos independientes de la evaluación pretest, la prueba post del grupo que recibe solamente esa evaluación sin intervención (grupo 2), será idéntica a la prueba post del grupo que no recibe la evaluación pre ni la intervención (grupo 4).

De la misma manera, el impacto del programa CEMA-PEMA debe ser idéntico en los dos grupos en los que se aplica (grupos 1 y 3), independientemente de que uno (grupo 1) recibe evaluación pre, y el otro (grupo 3) no recibe la evaluación pre. Los resultados combinados en la evaluación de las anteriores hipótesis se toman como base para llegar a una conclusión acerca de la presencia o ausencia de efectos de la sensibilización pretest.

### *Objetivos*

De acuerdo con lo anterior el objetivo del presente estudio es evaluar el impacto que tiene el componente evaluativo que se aplica en el pretest CEMA-PEMA, sobre las variables del consumo de alcohol que aborda el programa. Para tal fin, los objetivos específicos que guían esta investigación son:

- a) Implementar el programa CEMA-PEMA en dos grupos de jóvenes de grados décimo y undécimo.
- b) Comparar los resultados de la preprueba y la postprueba de los sujetos que reciban la intervención completa CEMA-PEMA (Grupo 1).
- c) Establecer la comparación entre los resultados de la postprueba de los participantes que reciben la intervención completa (Grupo 1) y quienes la reciben sin la preprueba (Grupo 3).
- d) Establecer la comparación entre los resultados de la postprueba de los participantes que no reciben la intervención (Grupos 2 y 4).
- e) Contrastar los resultados de la postprueba de los grupos que reciben la intervención evaluación (Grupos 1 y 3) con los resultados de los grupos que no reciben la intervención (Grupos 2 y 4).
- f) Evaluar el efecto de sensibilización del componente pretest que mide la disponibilidad al cambio en el programa CEMA-PEMA, a través de la comparación de la prueba entre grupos.
- g) Evaluar el efecto de sensibilización del componente pretest que mide las etapas a través de la comparación de las prueba (pre y post) entre grupos.

- h) Evaluar el efecto de sensibilización del componente pretest que mide los procesos de cambio en el programa de CEMA- PEMA, a través de la comparación de las prueba (pre y post) entre grupos.
- i) Evaluar el efecto de sensibilización del componente pretest que mide el riesgo en el programa de CEMA- PEMA, a través de la comparación de la prueba entre grupos.

## **METODO**

### *Diseño*

La presente investigación es de tipo cuasi experimental, con cuatro grupos que se programaron conforme a lo propuesto por el diseño de tratamiento de cuatro grupos de Solomon, para verificar los posibles efectos de la pre-prueba sobre la post-prueba, en tanto que la estructura de este diseño contempla la existencia de dos grupos que reciben el tratamiento y, otros dos, considerados grupos de control que no lo reciben (García, Frías & Llobell; 1999; Babbie, 2000; Ávila, 2006); por lo que este tipo de diseños se recomiendan especialmente en los estudios de sensibilización pretest (Matheson, Bruce & Beauchomp, 1985; Babbie, 2000).

De acuerdo con lo planteado por R. L. Solomon (1949, citado por Hernández, Fernández & Baptista, 2003), se trata de un diseño originado en cuatro grupos: dos experimentales y dos de control, los primeros reciben el mismo tratamiento experimental y los segundos no reciben tratamiento. Sólo a uno de los grupos experimentales y a uno de los grupos control se les administra la pre-prueba; a los cuatro grupos se le aplica la post-prueba; estas mismas condiciones de diseño hacen que las fuentes de invalidación interna sean controladas, ya que, se trabaja con post-prueba únicamente y grupo control (Campbell & Stanley, 1995; Avila, 2006) (Ver Tabla 2). De tal suerte que los efectos se determinan comparando las cuatro post-pruebas, de esta manera se identifica si es posible que la pre-prueba afecte la post-prueba o que aquélla interactúe con el tratamiento experimental.

Tabla 2. Esquema del diseño de 4 grupos de Solomon.

<b>Grupo</b>	<b>Pretest</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Postest</b>
1	O1	X	O2
2	O3	-	O4
3	-	X	O5
4	-	-	O6

La O hace referencia al componente evaluativo y la X hace referencia al componente interventivo en cada grupo. El grupo 1 recibe evaluación pre (O1), intervención (X), y evaluación post (O2). El grupo 2 recibe evaluación pre (O3) y evaluación post (O4). El grupo 3 recibe intervención (X) y evaluación post (O5). El grupo 4 recibe solamente evaluación post (O6).

En teoría, O2 debe ser igual a O5 pues ambos reciben el mismo tratamiento; la diferencia es que el grupo 1 recibe evaluación pretest, y el grupo 3 no. Una ejecución post superior en el grupo 1 ( $O2 > O5$ ) indica la presencia de un aporte independiente del componente evaluativo (sensibilización pretest). En teoría también, O4 y O6 deben ser iguales, porque ninguno de los dos recibe tratamiento; la diferencia es que el grupo 2 recibe evaluación pre y el grupo 4 no. Una ejecución post superior en el grupo 2 ( $O4 > O6$ ) indica la presencia de un aporte independiente del componente evaluativo (sensibilización pretest) (Babbie, 2000; Icart, Fuentelsaz & Pulpón, 2001).

### *Participantes*

Se realiza un muestreo no probabilístico, incidental por conveniencia, con 186 jóvenes de grados décimo y undécimo de una Institución Educativa Distrital (IED) de la localidad de Engativá, hombres y mujeres, entre los 15 y los 19 años de edad. Con esta técnica de muestreo se selecciona directa e intencionadamente a los individuos de la IED que cumplen con un criterio particular, pertinente para el estudio (pertenencia a los grados décimo y undécimo) (Arnau, 1992).

El número de la población que conforma el muestreo se elige para garantizar que cada grupo formado tenga más de 30 sujetos para facilitar la realización de análisis paramétricos. La selección de jóvenes de grados decimo y undécimo, responde al hecho de que los estudios previos ha reportado como etapa de inicio del consumo abusivo de alcohol

el periodo de vida entre los 15 y 19 años, el cual corresponde con los grados escolares indicados (Flórez-Alarcón, 2000; Ellickson, et al., 2003; Téllez, et al., 2004; Morrow, 2004; Ministerio de la Protección Social, 2005; Flórez-Alarcón, et al., 2008).

### *Instrumentos*

Se aplicaron las escalas constitutivas del CEMA, adaptadas a partir de las escalas construidas y analizadas en la versión preliminar (Flórez-Alarcón, 2003). El CEMA es una batería de pruebas dirigida a evaluar los principales constructos del MTT en su aplicación a la modificación del consumo abusivo de alcohol. Se utilizaron, entonces, los cuestionarios que conforman la prueba definitiva del CEMA, de acuerdo con la revisión hecha por Flórez-Alarcón (2003), a saber:

- a) Caracterización del consumo: Se trata de un cuestionario que indaga en primera instancia por datos sociodemográficos (ítem 1 a 4). La parte que indaga por el consumo como tal esta conformada por 13 ítems, distribuidos en las siguientes categorías de información: a) Frecuencia habitual del consumo (ítem 5), clasificada en cuatro categorías: “Baja” (consumo igual a 1 o menos veces al mes), “Intermedia” (consumo de más de una vez al mes, menos de una vez por semana), “Fuerte” (consumo de una o más veces por semana) y “Diaria” (consumo todos los días); b) Frecuencia de consumo en la última semana (ítem 11); c) Cantidad o intensidad habitual del consumo (ítem 6), evaluado por medio del número de unidades consumidas por ocasión, en tres niveles: “Baja” (menos de 4 unidades por ocasión), “Límite” (4 a 5 unidades por ocasión), “Excesiva” (más de 5 unidades por ocasión); d) Cantidad de consumo en la ultima semana (ítem 12); e) Intención de cambio: Evalúa si la persona ha sentido previamente la necesidad de introducir una moderación en su consumo en alguna ocasión anterior (ítem 7), o si la persona siente la necesidad de reducir ese consumo en la actualidad (ítem 8), que en caso de ser positiva dirige a la indagación de la estimación subjetiva acerca de la seriedad de la decisión (ítem 9); lo cual proporciona una clara aproximación a la evaluación de la intención de cambio, adecuada para realizar análisis discriminante en función de que exista o no exista dicha intencionalidad (Flórez-Alarcón, 2003); f) Etapa

motivacional: Para clasificar al participante en alguna de las etapas del MTT se indaga por el plazo temporal en el que se propone introducir las disminuciones en el consumo, en el caso de que esa su intención (ítem 10), permitiendo ubicar a las personas en etapa de precontemplación (planeación de disminución en un lapso superior a 6 meses), etapa de contemplación (planeación de disminución en un lapso inferior a 6 meses), y en etapa de preparación (planeación de disminución en el próximo mes) y; g) riesgo de dependencia (ítems 13, 14, 15 y 16), se evalúa mediante el cuestionario CAGE, el cual examina 4 aspectos del consumo que caracterizan el riesgo potencial de dependencia (“C”, necesidad experimentada por la persona de disminuir el consumo; “A”, malestar experimentado por la persona cuando recibe críticas de otros debido a su consumo excesivo; “G”, culpa experimentada por la persona como consecuencia de los daños inducidos por el consumo excesivo; “E”, necesidad imperiosa de ingerir alcohol en horas de la mañana) (Chan, 1994) (Ver Apéndice 1 y 10).

- b) *Abuso*: La prueba esta conformada por 26 ítems tipo likert incluidas, cuyas respuestas van de 1 a 5, con lo cual se pueden obtener puntajes entre 26 y 130. El cuestionario integra tres subescalas: abuso (ítems 2, 6, 7, 10, 14, 17, 24, 25), dependencia (ítems 5, 9, 12, 15, 19, 20, 21, 23, 26), e intoxicación alcohólica (ítems 1, 3, 4, 8, 11, 13, 16, 18, 22). Adicionalmente, ésta prueba cuenta con una alta confiabilidad, evaluada mediante la consistencia interna ( $\alpha = 0.92$ ) y evidencia buenas correlaciones de todos los ítems con la escala (Flórez-Alarcón, 2003) (Ver Apéndice 2).
- c) *Disponibilidad al cambio*: Este cuestionario está compuesto por 6 ítems tipo likert, cuyas respuestas están entre 1 y 5, dando la posibilidad de obtener puntajes entre 6 y 30. Ésta prueba tiene una alta confiabilidad evaluada mediante el coeficiente de consistencia interna ( $\alpha=0,90$ ). (Flórez-Alarcón, 2003) (Ver Apéndice 3).
- d) *Procesos de cambio*: Esta prueba está conformada por 33 ítems, agrupados en 8 factores representativos de los procesos de cambio propuestos por el MTT: automanejo de contingencias (ítems 2, 3, 8, 10, 11, 13, 18, 20, 21), auto liberación (ítems 5, 24, 29, 30, 31), concienciación (ítems 14, 19, 22, 23, 28), control de estímulos sociales (ítems 6, 17, 26), alivio por vivencia emocional (ítems 4, 9, 25),

contra-condicionamiento (ítems 12, 32), control de la presión social (ítems 1, 16, 27) y elaboración de balances (ítems 7, 15, 33). Cada uno de estos factores se califica mediante el puntaje relativo en cada escala (División del puntaje total por el número de ítems). Cabe mencionar que ésta prueba es el resultado de la reducción de la prueba original, la cual contenía 50 ítems (Flórez-Alarcón, 2005a), guardando una correlación significativa con la prueba original ( $r=0,7$ ) (Flórez-Alarcón, 2003) y se presenta en dos versiones: pre (Ver Apéndice 4.1) y post (Ver Apéndice 4.2).

- e) *Expectativas*: Para evaluar las expectativas asociadas al consumo de alcohol, se emplea un cuestionario compuesto por 51 ítems evaluados en escala dicotómica (falso-verdadero), agrupados en ocho sub-escalas; a saber: a) El alcohol como facilitador de la interacción (ítems: 45, 11, 30, 13, 7, 17, 40, 29, 44), b) Expresividad verbal (ítems: 20, 34, 16, 38, 4), c) Desinhibición (ítems: 42, 35, 51, 49, 36), d) Incremento de la sexualidad (ítems: 26, 25, 14, 31, 3, 18, 19, 43, 27), e) Reducción de la tensión psicológica (21, 50, 28, 48, 8, 2), f) Reducción de la tensión física (ítems: 46, 15, 24, 47), g) Agresividad y sentimientos de poder (ítems: 9, 12, 22, 23, 33, 6, 5, 37, 10, 41) y, h) Cambios psicofisiológicos (Items: 39, 1, 32) (Ver Apéndice 5) (Camacho, 2005).
- f) *Sesgos*: Esta prueba es empleada para evaluar el nivel de sesgo optimista no-realista con referencia a la posibilidad de sufrir algún daño asociado al consumo excesivo de alcohol. El cuestionario esta compuesto por 20 ítems calificados cada uno de -2 a +2 (Ver Apéndice 6).
- g) *Balance Decisional*: Esta prueba esta dividida en 2 partes, cada una de las cuales contiene 8 ítems. La primera parte del cuestionario esta referido a los pros que el individuo atribuye al consumo de alcohol, esta subescala cuenta con un coeficiente de confiabilidad Alpha de 0,92. La segunda parte del cuestionario hace referencia a los contras del consumo de alcohol, presentando un índice de confiabilidad de 0,93 (Flórez-Alarcón, 2003) (Ver Apéndice 7).
- h) *Tentaciones*: Este cuestionario esta compuesto por 20 ítems tipo likert con una calificación mínima de 1 y una calificación máxima de 5, para una puntuación total que puede oscilar entre 5 y 100. Este cuestionario buscar indagar acerca de la

probabilidad de consumir alcohol cuando la persona se encuentra ante una situación determinada, presentando una confiabilidad de 0.93 (Flórez-Alarcón, 2003) (Ver Apéndice 8).

- i) *Autoeficacia*: De manera similar al cuestionario de tentaciones, en este cuestionario se averigua por la confianza de la persona en que no consumirá alcohol, aún cuando se vea expuesta a una situación asociada al consumo. El cuestionario esta conformado por 20 ítems tipo likert, con una calificación que va de 1 a 5 para una puntuación total mínima de 5 y máxima de 100. Este cuestionario presenta una confiabilidad de 0.97 (Flórez-Alarcón, 2003) (Ver Apéndice 9).

*Tabla 3.* Instrumentos constitutivos de CEMA y características psicométricas

<b>Cuestionario</b>	<b>Subescalas</b>	<b>No de ítems</b>	<b>Rango de calificaciones</b>	<b>Confiabilidad (alpha)</b>
Abuso	3	26	26 – 130	0.92
Disponibilidad al cambio	No tiene	6	6 – 30	0.90
Procesos de cambio	6	27	27 – 135	0.96
Balance Decisional	2	16	16 – 80	0.92-0.93
Tentaciones	No tiene	20	20 – 100	0.93
Autoeficacia	No tiene	20	20 – 100	0.97
Expectativas	7	51	0% – 100%	0.93
Sesgos	No tiene	20	-20 – 20	0.93

### *Procedimiento*

El estudio se realiza en 5 fases, representadas en términos de tiempos aproximados en la Tabla 4. En un primer momento se busca el acceso a la población mediante el acercamiento a instituciones educativas distritales dispuestas a colaborar en el estudio facilitando el acceso a la población juvenil en el contexto escolar; asegurando el acceso a la muestra establecida, previo conocimiento del objetivo de investigación y obteniendo como contraprestación a su colaboración la implementación del programa de prevención del consumo de alcohol y el informe de ejecución correspondiente.

Hecho esto se procede, en la segunda fase, al desarrollo del estudio mediante la aplicación de las evaluaciones pre, la implementación del programa y la evaluación post, según corresponda, de acuerdo con los parámetros del diseño de 4 grupos de Solomon.

En un tercer momento la información recolectada (pre y postest), es sistematizada a través de una base de datos en Excel para Windows. Creadas las bases de datos se procede a realizar el correspondiente análisis estadístico de datos, haciendo uso del programa SPSS 17 bajo Windows.

*Tabla 4.* Planeación de tiempos de la investigación

Fase	Mes					
	1	2	3	4	5	6
1: Acceso a la muestra	X	X				
2: Recolección de información		X	X	X		
3: Sistematización de información		X	X	X		
4: Análisis de datos				X	X	
5: Elaboración del informe						X

Posteriormente se lleva a cabo el análisis correspondiente, para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada, mediante la aprobación o rechazo de las hipótesis planteadas, de acuerdo con la información obtenida en el análisis de datos.

Finalmente, se realiza y entrega un informe de resultados con destino a la o las instituciones educativas participantes. Hecho esto, se procede a realizar el informe correspondiente al trabajo de investigación propuesto, indicando de forma detallada los resultados obtenidos y las conclusiones que el análisis permita construir en respuesta a la pregunta de investigación formulada.

#### *Análisis de datos*

En un primer momento el acercamiento a los datos es de tipo descriptivo, lo cual implica una revisión de frecuencias y medidas de tendencia central en relación con las variables sociodemográficas y los datos de caracterización del consumo obtenidos en cada grupo.

Posteriormente se realiza un análisis multivariado para determinar la confiabilidad y validez de los instrumentos en comparación con los datos reportados al respecto por Flórez-Alarcón (2003). Para determinar la consistencia interna de los instrumentos se obtiene el coeficiente Alpha de Cronbach para cada escala constitutiva del CEMA susceptible de ser

analizada por este método. Adicionalmente se revisa la validez de construcción de las escalas mediante la realización de análisis factorial confirmatorio.

En un tercer momento se llevan a cabo análisis estadísticos congruentes con los objetivos planteados. Para ello se presta especial atención a los datos obtenidos con respecto a la disponibilidad y las etapas de cambio, los procesos de cambio y el riesgo; con los cuales se realiza la prueba ANOVA con análisis post hoc para comparar las medias entre grupos (Cazau, 2006), el análisis de varianza de una vía para comparar los datos postest entre grupos, y el análisis factorial de varianza para comparar tanto las mediciones pretest como postest (Hernández, et. al., 2003).

### *Consideraciones Éticas*

Dado que la investigación fue realizada con la participación de menores de edad, de acuerdo con los principios éticos básicos, en primera instancia se solicitó el consentimiento informado de un adulto responsable que para el caso, por tratarse de una institución educativa, era la autoridad máxima de la misma (Nuño, Becerra, Villaseñor & Hidalgo, 1996; Kottow, 2005).

Con la aprobación de la rectoría de la institución para la realización del estudio, siguiendo el principio de justicia y respeto a los participantes, se indagó sobre su interés para participar en el programa, brindando información general del mismo y asegurando a todos tanto la confidencialidad de su información de identificación como el beneficio de retirarse en cualquier momento durante el proceso de implementación del programa (Kottow, 2005; Nuño, et al., 1996).

Finalmente, considerando los principios de beneficencia y retribución, se estableció un acuerdo con la institución educativa, de tal suerte que una vez implementado el programa con fines investigativos y demostrando sus beneficios, se implementó para los participantes del grupo control que no recibió el tratamiento (Nuño, et al., 1996; Kottow, 2005).

## RESULTADOS

### *Participantes y características del consumo*

Una vez consolidada la base de datos con la información de los 186 estudiantes participantes en el estudio, se realizó un doble proceso de verificación de la información recolectada. En un primer momento se hizo inicialmente un chequeo de la variabilidad de las respuestas en cada participante, con el fin de asegurarse de que hubiera algún grado de varianza intrasujeto en las respuestas dadas a los ítems de un mismo cuestionario, por lo que aquellos casos en los que la varianza de las respuestas intrasujeto era cero (0,00), la información fue retirada de la base de datos. En segunda instancia, se revisó el porcentaje de respuesta a los cuestionarios aplicados, de tal suerte que los cuestionarios con una tasa de respuesta inferior al 90% fueron eliminados de la base de datos, para evitar sesgos por imputación de los datos faltantes; mientras que en los cuestionarios en los que las respuestas faltantes no superaban el 10%, se asignaba como respuesta la calificación promedio del ítem del grupo al que perteneciera el estudiante (Carracedo-Martínez & Figueiras, 2006).

Lo anterior condujo a la eliminación de las respuestas de 25 participantes, de tal forma que la muestra final estaba conformada por 161 estudiantes, hombres y mujeres, distribuidos en cuatro grupos (Ver Tabla 5); cuyas respuestas se infirieron objetivas, en tanto la varianza intrasujeto de las mismas fue superior a cero (Carracedo-Martínez & Figueiras, 2006).

Como se observa en la tabla 5, la muestra estuvo conformada en un 54% por mujeres y en un 46% por hombres, pertenecientes a los grados décimo (54%) y undécimo (46%) de una IED de la localidad de Engativá. El 49% del total de la muestra recibió el pretest y el 51% recibió el tratamiento.

Con respecto al consumo de alcohol se observó que el 45.6% de los estudiantes que presentaron el pretest reportaron haber consumido alcohol alguna vez en los últimos siete días. Incorporando el criterio de cantidad de consumo por ocasión en relación de los límites de moderación, el 8.8% de los participantes se ubicaron en la franja de exceso (celdas (a) a (c)), presentando un consumo entre abusivo y dependiente (Ver Tabla 6).

Tabla 5. Caracterización de la muestra

Grupo	Grado	Genero		Total
		Masculino	Femenino	
<b>1: Experimental con pretest</b> 27,33%	Décimo	14 31,80%	11 25,00%	25 56,80%
	Undécimo	9 20,50%	10 22,70%	19 43,20%
<b>2: Control con pretest</b> 21,74%	Décimo	7 20,00%	11 31,40%	18 51,40%
	Undécimo	7 20,00%	10 28,60%	17 48,60%
<b>3: Experimental sin pretest</b> 23,60%	Décimo	9 23,70%	9 23,70%	18 47,40%
	Undécimo	9 23,70%	11 28,90%	20 52,60%
<b>4: Control sin pretest</b> 27,33%	Décimo	11 25,00%	15 34,10%	26 59,10%
	Undécimo	8 18,20%	10 22,70%	18 40,90%

Tabla 6. Consumo de alcohol en la última semana

Frecuencia de bebida	Unidades consumidas por ocasión de bebida			
	0 unidades	Entre 1 y 3 unidades	Entre 4 y 5 unidades	Más de 5 unidades
<b>0 Veces</b>	33 41,80%	4 5,10%	2 2,50%	2 2,50%
<b>1 o 2 Veces</b>	1 1,30%	16 20,30%	3 3,80%	7 8,90%
<b>3 o 4 Veces</b>	1 1,30%	3 3,80%	2 (a) 2,50%	3 (b) 3,80%
<b>5 o 6 Veces</b>				2 (c) 2,50%

La tabla 7 permite estimar la magnitud del problema de consumo desde la revisión del comportamiento habitual de los jóvenes. Para este abordaje se tomaron como límites de ingreso a la franja de riesgo (celdas (a) a (e)) una frecuencia de “1 o 3 veces al mes” y una cantidad de “4 o 5 unidades” (Flórez-Alarcón, et. al., 2008). Se observó entonces que el 43% de los participantes entraron en la franja de riesgo delimitada; mientras que el 7,6% de los estudiantes rebasan los límites intermedios del consumo, lo cual los ubica en situación de abuso o de dependencia propiamente dicha.

Tabla 7. Consumo habitual de alcohol

Frecuencia de bebida	Unidades consumidas por ocasión de bebida		
	1 – 3 unidades (debajo del límite)	4 – 5 unidades (en el límite)	Más de 5 unidades (superior al límite)
Menos 1 vez / mes (baja)	31	9	10 (c)
	39,20%	11,40%	12,70%
Entre 1 y 3 / mes (intermedia)	4	5 (a)	11 (d)
	5,10%	6,30%	13,90%
1 ó más / semana (alta)	1	2 (b)	6 (e)
	1,30%	2,50%	7,60%

Con el interés de aproximarse de manera más sucinta a la determinación del tipo de riesgo inherente al consumo que presentaron los jóvenes participantes, se empleó la prueba CAGE, cuyo análisis en función de la intención y la motivación a favor de la moderación del consumo, se presenta a continuación.

La tabla 8 permite observar la proporción de participantes en cada nivel de riesgo y en función de la intención de moderación, previa y futura. En ambos casos se evidenció una disminución sistemática –no significativa– de la proporción de personas a medida que aumentaba el riesgo. En relación con la realización de intentos previos de moderación, se encontró que el 73.3% de las personas en riesgo (Cage 2 a 4) habían intentado moderar su consumo, demostrando una vivencia de malestar en relación con el consumo; mientras que un 26.6% de estos jóvenes no manifestaron haber sentido necesidad de cambiar su conducta de beber en el pasado, lo cual puede ser un indicador de invulnerabilidad percibida.

En cuanto a la intención de cambio futuro se observó con mayor claridad la posible presencia de un sesgo optimista no-realista con respecto a la vulnerabilidad propia frente a las consecuencias del consumo excesivo de alcohol, puesto que era mayor la proporción de jóvenes que a pesar de encontrarse en la franja de riesgo no manifestaron una necesidad de moderar su consumo (60%). Para el caso de las personas en franja de riesgo que manifestaron intención de cambio (40%), se encontró que la seriedad media de dicha intención, evaluada mediante una escala de 1 a 10, era de 7.8; lo cual es un indicador de sinceridad en la intención de moderación.

Tabla 8. Riesgo e intención de moderación

Riesgo (CAGE)	Intención de Moderación			
	Intentos Previos		Intención Futura	
	Si	No	Si	No
<b>Sin riesgo (0)</b>	13 16,50%	17 21,50%	12 15,20%	18 22,80%
<b>Sin riesgo (1)</b>	16 20,30%	18 22,80%	16 20,30%	18 22,80%
<b>En riesgo (2)</b>	7 8,90%	2 2,50%	3 3,80%	6 7,60%
<b>Consumo excesivo (3)</b>	3 3,80%	1 1,30%	3 3,80%	1 1,30%
<b>Dependencia (4)</b>	1 1,30%	1 1,30%	0 0,00%	2 2,50%

Para evaluar la disponibilidad al cambio como producto de una decisión proactiva y consciente, se hizo uso de la clasificación de los participantes de acuerdo con las etapas de cambio formuladas por el MTT en función de riesgo. Al observar el comportamiento de la distribución de sujetos en las etapas (excluida la no-contemplación) en función del riesgo; fue posible observar una tendencia al incremento sistemático significativo ( $\chi^2=34,399$ ;  $p<0,001$ ) de las proporciones de sujetos a medida que se avanza hacia la preparación (Ver Tabla 9).

Llama la atención que existen proporciones muy similares de personas en la franja de riesgo tanto en etapas de alta disposición para el cambio (46.7%) como en etapas de baja disposición para el cambio (53.3%). De igual forma es de resaltar la alta proporción de participantes, tanto en la franja de riesgo como fuera de ella, en etapa de preparación.

Tabla 9. Etapas de cambio en función del riesgo

Riesgo (CAGE)	Etapa de Cambio			
	Preparación	Contemplación	Precontemplación	Anticontemplación
<b>Sin riesgo (0)</b>	17 21,50%	1 1,30%	1 1,30%	11 13,90%
<b>Sin riesgo (1)</b>	17 21,50%	6 7,60%	2 2,50%	9 11,40%
<b>En riesgo (2)</b>	2 2,50%	3 3,80%	1 1,30%	3 3,80%
<b>Consumo excesivo (3)</b>	1 1,30%	1 1,30%	0 0,00%	2 2,50%
<b>Dependencia (4)</b>	0 0,00%	0 0,00%	2 2,50%	0 0,00%

*Características de los instrumentos*

De acuerdo con Flórez-Alarcón (2003; 2005b; 2007a) y Camacho (2005), los instrumentos que conforman CEMA presentan características psicométricas sólidas, que dotan a los cuestionarios de confiabilidad y validez (Ver Tabla 10).

*Tabla 10. Características psicométricas de los instrumentos*

<b>Cuestionario</b>	<b>Subescalas</b>	<b>No de ítems</b>	<b>Rango de calificaciones</b>	<b>Confiabilidad (alpha)</b>
Abuso	3	26	26 – 130	0.92
Disponibilidad al cambio	No tiene	6	6 – 30	0.90
Procesos de cambio	6	27	27 – 135	0.96
Balance Decisional	2	16	16 – 80	0.92-0.93
Tentaciones	No tiene	20	20 – 100	0.93
Autoeficacia	No tiene	20	20 – 100	0.97
Expectativas	7	51	0% – 100%	0.93
Sesgos	No tiene	20	-20 – 20	0.93

Dado el objetivo de este estudio, resultaba relevante verificar las características psicométricas de los instrumentos empleados, con el ánimo de confirmar dichas características, así como determinar la fiabilidad de la información recolectada respecto a los procesos subyacentes al consumo de alcohol en la población abordada.

El cuestionario que evalúa el abuso es sometido a un análisis de confiabilidad y de correlaciones ítem-escala. Aunque se obtuvo una confiabilidad menor a la encontrada originalmente, ésta se mantuvo en un rango alto, por lo que se confirman las propiedades psicométricas reportadas por Flórez-Alarcón (2003) (Ver Tabla 11). Adicionalmente se realiza un análisis factorial confirmatorio siguiendo el método de componentes principales con rotación varimax para 3 factores; lo cual permitió corroborar la agrupación de los ítems en tres subescalas, además indicó una varianza total explicada de 44.32%.

Tabla 11. Características de la prueba “Abuso”

Ítem	Flórez-Alarcón (2003)		Vélez (2010)	
	Correlación Ítem-escala	Alfa si se elimina el ítem	Correlación Ítem-escala	Alfa si se elimina el ítem
1	0.49	0.92	0.550**	0,85
2	0.45	0.92	0.367**	0,85
3	0.56	0.91	0.567**	0,85
4	0.42	0.92	0.424**	0,85
5	0.61	0.91	0.426**	0,85
6	0.59	0.91	0.606**	0,85
7	0.53	0.91	0.310**	0,85
8	0.68	0.91	0.574**	0,85
9	0.66	0.91	0.243*	0,85
10	0.60	0.91	0.426**	0,85
11	0.73	0.91	0.590**	0,85
12	0.64	0.91	0.403**	0,85
13	0.61	0.91	0.528**	0,85
14	0.30	0.92	0.640**	0,85
15	0.54	0.91	0.334**	0,85
16	0.59	0.91	0.627**	0,84
17	0.65	0.91	0.610**	0,84
18	0.60	0.91	0.443**	0,85
19	0.47	0.92	0.402**	0,85
20	0.58	0.91	0.487**	0,85
21	0.54	0.91	0.478**	0,85
22	0.55	0.91	0.491**	0,85
23	0.57	0.91	0.267*	0,85
24	0.57	0.91	0.580**	0,85
25	0.57	0.91	0.372**	0,85
26	0.60	0.91	0.444**	0,85
<b>Alfa</b>	<i>0.92</i>		<i>0.87</i>	

\* p&lt;.005

\*\* p&lt;.001

En la tabla 12 se observa el contraste de las características psicométricas del cuestionario de *Disponibilidad al Cambio* entre los datos reportados por Flórez-Alarcón (2003) y los hallazgos del presente estudio. Se observa una consistencia significativa entre los datos, en tanto que la correlación ítem-escala es similar en este estudio con lo reportado por Flórez-Alarcón (2003); de tal suerte que se confirma la confiabilidad del instrumento y la existencia de correlaciones significativas –superiores en la mayoría de los casos– entre los ítems y la escala.

Tabla 12. Características de la prueba Disponibilidad al Cambio

Ítem	Flórez-Alarcón (2003)		Vélez (2010)	
	Correlación Ítem-escala	Alfa si se elimina el ítem	Correlación Ítem-escala	Alfa si se elimina el ítem
<b>1</b>	0.76	0.88	0.73**	0.90
<b>2</b>	0.57	0.91	0.75**	0.90
<b>3</b>	0.77	0.87	0.84**	0.88
<b>4</b>	0.78	0.87	0.82**	0.88
<b>5</b>	0.73	0.88	0.85**	0.87
<b>6</b>	0.80	0.87	0.90**	0.86
<b>Alfa</b>	0.90		0.90	

\*\* p&lt;.001

A la prueba que evalúa los procesos de cambio de acuerdo con la propuesta del MTT, se aplicó un análisis factorial confirmatorio con rotación varimax, con lo cual se obtuvo una confirmación de la agrupación de los ítems en 8 sub-escalas y una varianza explicada del 61.37%. De igual forma se estimó su confiabilidad mediante el alfa de Cronbach, obteniendo una confiabilidad de rango alto (0.89 - 0.91), que aunque inferior a la obtenida originalmente por Flórez-Alarcón (2005b) (0.96), presenta una alta pertinencia de los ítems (Ver Tabla 13); esto implica una correspondencia entre los ítems y la escala que componen que supone una eficiente evaluación de los procesos de cambio.

Tabla 13. Características de la prueba Procesos

Ítem	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Alfa si se elimina el ítem	Ítem	Alfa si se elimina el ítem
<b>1</b>	0,916	<b>12</b>	0,912	<b>23</b>	0,914
<b>2</b>	0,915	<b>13</b>	0,912	<b>24</b>	0,912
<b>3</b>	0,915	<b>14</b>	0,914	<b>25</b>	0,915
<b>4</b>	0,914	<b>15</b>	0,915	<b>26</b>	0,914
<b>5</b>	0,915	<b>16</b>	0,918	<b>27</b>	0,915
<b>6</b>	0,912	<b>17</b>	0,912	<b>28</b>	0,913
<b>7</b>	0,914	<b>18</b>	0,915	<b>29</b>	0,914
<b>8</b>	0,913	<b>19</b>	0,913	<b>30</b>	0,915
<b>9</b>	0,913	<b>20</b>	0,913	<b>31</b>	0,912
<b>10</b>	0,914	<b>21</b>	0,914	<b>32</b>	0,914
<b>11</b>	0,915	<b>22</b>	0,914	<b>33</b>	0,913

Procedimiento similar se siguió con la prueba *Balance Decisional* cuyo análisis factorial arrojó una varianza total explicada de 53.33% para los dos factores (pros y contras) incluidos en el cuestionario. El análisis de confiabilidad de cada sub-escala,

aunque de valor inferior a la confiabilidad obtenida por Flórez-Alarcón (2003) se mantuvo en el rango alto y corrobora la pertinencia de los ítems (Ver Tabla 14).

Tabla 14. Características de la prueba “Balance Decisional”

Sub-Escala	Ítem	Flórez-Alarcón (2003)	Vélez (2010)
	Alfa si se elimina el ítem		
Pros	1	0.91	0,87
	2	0.90	0,83
	3	0.90	0,83
	4	0.90	0,85
	5	0.90	0,84
	6	0.90	0,84
	7	0.90	0,84
	8	0.91	0,86
Alfa		0.92	0.86
Contras	1	0.92	0,86
	2	0.92	0,85
	3	0.92	0,84
	4	0.92	0,83
	5	0.93	0,88
	6	0.92	0,84
	7	0.93	0,86
	8	0.92	0,86
Alfa		0.93	0.87

En la tabla 15 se muestra el análisis de confiabilidad para los instrumentos *Tentaciones* y *Autoeficacia*, el cual indica consistencia entre los datos reportados por Flórez-Alarcón (2003) y los índices obtenidos en el presente estudio; cuyos valores confirman la fiabilidad de ambos instrumentos al mantenerse en un nivel alto. De la misma manera, la tabla presenta los índices de correlación ítem-escala para ambos instrumentos, corroborando con correlaciones significativas para todos los ítems, los hallazgos del autor.

El análisis de confiabilidad de la prueba *Expectativas* indica una consistencia interna cercana a la reportada por Camacho (2005), tanto a nivel general como en cada una de las escalas que componen la prueba (Ver tabla 16).

Tabla 15. Características de las pruebas Tentaciones y Autoeficacia

Ítem	Tentaciones				Autoeficacia			
	Flórez-Alarcón (2003)		Vélez (2010)		Flórez-Alarcón (2003)		Vélez (2010)	
	Correlación Ítem-escala	Alfa si se elimina el ítem	Correlación Ítem-escala	Alfa si se Elimina el ítem	Correlación Ítem-escala	Alfa si se elimina el ítem	Correlación Ítem-escala	Alfa si se elimina el ítem
1	0.59	0.92	0.426**	0,89	0.76	0.97	0.756**	0,96
2	0.62	0.92	0.640**	0,89	0.75	0.97	0.614**	0,97
3	0.66	0.92	0.585**	0,89	0.85	0.97	0.780**	0,96
4	0.64	0.92	0.550**	0,89	0.86	0.97	0.860**	0,96
5	0.63	0.92	0.446**	0,89	0.88	0.97	0.882**	0,96
6	0.62	0.92	0.523**	0,89	0.82	0.97	0.903**	0,96
7	0.63	0.92	0.733**	0,88	0.66	0.97	0.626**	0,97
8	0.69	0.92	0.673**	0,89	0.85	0.97	0.803**	0,96
9	0.59	0.92	0.513**	0,89	0.86	0.97	0.858**	0,96
10	0.66	0.92	0.651**	0,89	0.82	0.97	0.767**	0,96
11	0.69	0.92	0.597**	0,89	0.84	0.97	0.848**	0,96
12	0.67	0.92	0.706**	0,89	0.85	0.97	0.863**	0,96
13	0.68	0.92	0.551**	0,89	0.87	0.97	0.875**	0,96
14	0.57	0.92	0.500**	0,89	0.83	0.97	0.902**	0,96
15	0.56	0.92	0.438**	0,89	0.83	0.97	0.877**	0,96
16	0.57	0.92	0.542**	0,89	0.65	0.97	0.507**	0,97
17	0.58	0.92	0.680**	0,89	0.57	0.97	0.360**	0,97
18	0.58	0.92	0.750**	0,88	0.59	0.97	0.567**	0,97
19	0.66	0.92	0.648**	0,89	0.83	0.97	0.858**	0,96
20	0.38	0.93	0.391**	0,89	0.76	0.97	0.900**	0,96
<b>Alfa</b>	0.93		0.90		0.97		0.97	

\*\* p&lt;.001

Tabla 16. Características de la prueba Expectativas

Escala	Camacho (2005)	Vélez (2010)
	Confiabilidad	Confiabilidad
1	0.79	0.71
2	0.77	0.78
3	0.73	0.67
4	0.78	0.74
5	0.76	0.70
6	0.58	0.30
7	0.80	0.65
8	0.71	0.66
<b>Alfa</b>	0.93	0.92

Finalmente, la prueba que evalúa el sesgo optimista no-realista obtuvo una confiabilidad de 0.93 y una varianza explicada del 54.5%, consistente con lo reportado por Rivera y Villegas (2004) (0.93 y 52.66%, respectivamente) (Ver Tabla 17).

Tabla 17. Características de la prueba Sesgos

<b>Ítem</b>	<b>Alfa si se elimina el ítem</b>
<b>1</b>	0,93
<b>2</b>	0,93
<b>3</b>	0,93
<b>4</b>	0,93
<b>5</b>	0,93
<b>6</b>	0,93
<b>7</b>	0,93
<b>8</b>	0,93
<b>9</b>	0,93
<b>10</b>	0,93
<b>11</b>	0,93
<b>12</b>	0,93
<b>13</b>	0,93
<b>14</b>	0,93
<b>15</b>	0,93
<b>16</b>	0,93
<b>17</b>	0,93
<b>18</b>	0,93
<b>19</b>	0,93
<b>20</b>	0,94

*Contraste de hipótesis*

Antes de realizar las comparaciones de los datos de la post-prueba, se evaluaron las diferencias entre grupos en la pre-prueba, empleando los estadísticos chi-cuadrado y prueba t para muestras independientes. Para el caso de la caracterización del consumo, se observa que no existían diferencias significativas entre los grupos, con respecto a la frecuencia y la cantidad de consumo habitual (Ver Tabla 18).

Con respecto al riesgo asociado al consumo de alcohol, se observó que en la pre-prueba las proporciones de jóvenes en los niveles de riesgo eran similares entre grupos, sin que existieran diferencias significativas entre grupos ( $\text{Chi}=3.389$ ,  $p=0.495$ ) (Ver Tabla 19).

Tabla 18. Comparación entre grupos de características del consumo en la pre-prueba

Grupo	Frecuencia ( $\chi^2=2.656$ , $p=0.448$ )	Cantidad ( $\chi^2=1.525$ , $p=0.677$ )			
		0 unidades	Entre 1 y 3 unidades	Entre 4 y 5 unidades	Más de 5 unidades
1	0 Veces	18 40,90%	2 4,50%	1 2,30%	2 4,50%
	1 o 2 Veces	0 0,00%	10 22,70%	2 4,50%	4 9,10%
	3 o 4 Veces	1 2,30%	3 6,80%	0 0,00%	1 2,30%
2	0 Veces	15 42,90%	2 5,70%	1 2,90%	0 0,00%
	1 o 2 Veces	1 2,90%	6 17,10%	1 2,90%	3 8,60%
	3 o 4 Veces	0 0,00%	0 0,00%	2 5,70%	2 5,70%
	5 o 6 Veces	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	2 5,70%

Tabla 19. Comparación pre del riesgo asociado al consumo entre grupos

Grupo	Riesgo (CAGE)				
	Sin riesgo (0)	Sin riesgo (1)	En riesgo (2)	Consumo excesivo (3)	Dependiente (4)
1	18 22,80%	20 25,30%	4 5,10%	2 2,50%	
2	12 15,20%	14 17,70%	5 6,30%	2 2,50%	2 2,50%

De forma similar sucedió al comparar la pre-prueba que evaluó la etapa de cambio. Se observaron proporciones similares entre los grupos, reiterando la inexistencia de diferencias significativas entre ellos ( $\chi^2=1.803$ ,  $p=0.614$ ) (Ver Tabla 20).

Tabla 20. Comparación pre de etapa de cambio entre grupos

Grupo	Etapa			
	Preparación	Contemplación	Precontemplación	Anticontemplación
1	18 22,80%	7 8,90%	3 3,80%	16 20,30%
2	19 24,10%	4 5,10%	3 3,80%	9 11,40%

La tabla 21 muestra la comparación de los datos pretest para las pruebas de procesos y disponibilidad, evidenciando algunas diferencias entre los grupos en cuanto al uso de los procesos Alivio por vivencia emocional y Control de la presión social, de mayor presencia en el grupo 1.

*Tabla 21.* Comparación pre de procesos y disponibilidad al cambio entre grupos

Prueba	Test de Levene's				Prueba T para muestras independientes				
	Grupo	Mean	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Intervalo inferior (95%)	Intervalo Superior (95%)
Manejo de contingencias	1	1,86	0,110	0,741	-0,33	77	0,742	-0,392	0,281
	2	1,91							
Auto-liberación	1	2,48	0,891	0,348	0,961	77	0,339	-0,242	0,694
	2	2,25							
Concienciación	1	1,52	0,283	0,596	0,138	77	0,89	-0,266	0,306
	2	1,50							
Control de Estímulos Sociales	1	2,42	4,687	0,033	0,741	76,029	0,461	-0,285	0,623
	2	2,25							
Alivio por vivencia emocional	1	2,89	0,458	0,501	2,389	77	0,019	0,098	1,084
	2	2,30							
Contracondicionamiento	1	1,23	2,913	0,092	0,817	77	0,416	-0,142	0,339
	2	1,13							
Control de la presión social	1	2,96	0,206	0,651	2,379	77	0,02	0,075	0,840
	2	2,50							
Elaboración de balances	1	2,76	1,403	0,240	1,802	77	0,075	-0,045	0,893
	2	2,33							
Procesos General	1	2,19	0,547	0,547	1,23	77	0,223	-0,110	0,464
	2	2,01							
Disponibilidad al Cambio	1	11,57	0,287	0,287	0,037	77	0,97	-2,820	2,928
	2	11,51							

Para comparar los resultados de la preprueba y la postprueba de los sujetos que recibieron la intervención completa CEMA-PEMA (Grupo 1), se emplearon los estadísticos chi-cuadrado y prueba t para muestras relacionadas.

Con respecto a las características de cantidad y frecuencia de consumo de alcohol en la última semana, tras el desarrollo del programa se encontró una prevalencia de consumo en la última semana del 38.60%, y una tendencia – no significativa a nivel estadístico – al mantenimiento de frecuencias intermedias de consumo y al incremento de las proporciones de jóvenes con reportes de cantidades de consumo dentro de los niveles permitidos (Ver Tabla 22).

De manera similar ocurrió con la comparación pre-post de la información referida al nivel de riesgo, en tanto que se observó una tendencia tanto al incremento de la proporción de personas sin riesgo, como al incremento en el reconocimiento del riesgo asociado al consumo de alcohol ( $\chi^2=53.140$ ,  $p=0.000$ ) (Ver Tabla 23).

Tabla 22. Comparación pre-post de características del consumo

Prueba	Frecuencia	Cantidad			
		0 unidades	Entre 1 y 3 unidades	Entre 4 y 5 unidades	Más de 5 unidades
Pre	0 Veces	18 40,90%	2 4,50%	1 2,30%	2 4,50%
	1 o 2 Veces	0 0,00%	10 22,70%	2 4,50%	4 9,10%
	3 o 4 Veces	1 2,30%	3 6,80%	0 0,00%	1 2,30%
Post	0 Veces	22 50,00%	2 4,50%	1 2,30%	1 2,30%
	1 o 2 Veces	1 2,30%	8 18,20%	3 6,80%	2 4,50%
	3 o 4 Veces	0 0,00%	2 4,50%	1 2,30%	1 2,30%

Tabla 23. Comparación pre-post del riesgo asociado al consumo

Prueba	Riesgo (CAGE)			
	Sin riesgo (0)	Sin riesgo (1)	En riesgo (2)	Consumo excesivo (3)
Pre	41 46,60%	11 12,50%	1 1,10%	0 0,00%
Post	0 0,00%	23 26,10%	10 11,40%	2 2,30%

Con respecto a la etapa de cambio en la tabla 24 se observa que, tras la implementación del programa, se presentó una tendencia importante al incremento de la proporción de personas en etapas cercanas al cambio, particularmente en la etapa de preparación ( $\chi^2=3.583$ ,  $p= 0.310$ ).

Tabla 24. Comparación pre-post etapa de cambio

Prueba	Etapa			
	Preparación	Contemplación	Precontemplación	Anticontemplación
Pre	18 20,50%	7 8,00%	3 3,40%	16 18,20%
Post	26 29,50%	4 4,50%	1 1,10%	13 14,80%

Finalmente se compararon las puntuaciones medias del grupo en las pruebas de disponibilidad al cambio y procesos de cambio, lo cual indica una tendencia al incremento de las puntuaciones del postest con respecto a las del pretest; efecto que resulta estadísticamente significativo para el uso de los procesos de concienciación y control de la presión social, así como en la disponibilidad al cambio (Ver Tabla 25).

Tabla 25. Comparación pre-post procesos y disponibilidad al cambio

Escala/Prueba	Test	Media	Intervalo		t	df	Sig.
			inferior (95%)	superior (95%)			
Manejo de contingencias	Pre	1,84					
	Post	2,19	-0,708	0,016	-1,923	45	0,061
Auto-liberación	Pre	2,45					
	Post	2,91	-0,932	0,007	-1,985	45	0,053
Concienciación	Pre	1,51					
	Post	2,10	-0,937	-0,237	-3,382	45	0,001
Control de Estímulos Sociales	Pre	2,39					
	Post	2,37	-0,468	0,512	0,091	45	0,928
Alivio por vivencia emocional	Pre	2,88					
	Post	2,75	-0,358	0,626	0,548	45	0,587
Contra-condicionamiento	Pre	1,22					
	Post	1,54	-0,731	0,086	-1,59	45	0,119
Control de la presión social	Pre	2,98					
	Post	2,56	0,048	0,797	2,271	45	0,028
Elaboración de balances	Pre	2,78					
	Post	2,78	-0,478	0,475	-0,006	45	0,996
Procesos General	Pre	2,19					
	Post	2,41	-0,549	0,098	-1,404	45	0,167
Disponibilidad al Cambio	Pre	11,45					
	Post	14,76	-5,876	-0,749	-2,603	45	0,012

Para establecer la comparación entre los resultados de la postprueba de los participantes que recibieron la intervención completa (Grupo 1) y quienes la recibieron sin la preprueba (Grupo 3), se emplearon los estadísticos chi-cuadrado y prueba t para muestras independientes.

En cuanto a las características de cantidad y frecuencia de consumo de alcohol en la última semana, se observaron prevalencias de consumo cercanas entre los grupos (Grupo 1=38,60% y Grupo 3 = 42,10%), sin que existieran diferencias significativas en función del grupo al que pertenecían los jóvenes (Ver Tabla 26).

Tabla 26. Comparación de características del consumo (post) entre grupos intervenidos

Grupo	Frecuencia ( <i>Chi</i> =4.069, <i>p</i> =0.254)	Cantidad ( <i>Chi</i> =0.503, <i>p</i> =0.918)			
		0 unidades	Entre 1 y 3 unidades	Entre 4 y 5 unidades	Más de 5 unidades
1	0 Veces	22 50,00%	2 4,50%	1 2,30%	1 2,30%
	1 o 2 Veces	1 2,30%	8 18,20%	3 6,80%	2 4,50%
	3 o 4 Veces	0 0,00%	2 4,50%	1 2,30%	1 2,30%
3	0 Veces	19 50,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 2,60%
	1 o 2 Veces	1 2,60%	10 26,30%	2 5,30%	0 0,00%
	3 o 4 Veces	1 2,60%	0 0,00%	1 2,60%	0 0,00%
	5 o 6 Veces	0 0,00%	0 0,00%	2 5,30%	1 2,60%

La tabla 27 muestra la comparación entre grupos con respecto al riesgo asociado al consumo de alcohol. Esta comparación evidenció concentraciones superiores al 50% de los participantes en los niveles “sin riesgo” en ambos grupos, sin que existieran diferencias significativas entre ellos (*Chi*=6.738, *p*=0.150) (Ver Tabla 27).

Tabla 27. Comparación entre grupos intervenidos del riesgo asociado al consumo

Grupo	Riesgo (CAGE)				
	Sin riesgo (0)	Sin riesgo (1)	En riesgo (2)	Consumo excesivo (3)	Dependiente (4)
Grupo 1	23 28,00%	14 17,10%	7 8,50%		
Grupo 3	14 17,10%	16 19,50%	4 4,90%	3 3,70%	1 1,20%

De manera similar ocurrió con la comparación entre grupos intervenidos con respecto a la etapa de cambio en la que se ubicaron los participantes tras el desarrollo del programa (Ver Tabla 28), en la que se observaron proporciones más bajas de participantes en las etapas lejanas al cambio (precontemplación y anticontemplación) y concentraciones cercanas al 70% de los jóvenes en las etapas cercanas al cambio, sin que existieran diferencias significativas en relación con el grupo al que pertenecían (*Chi*=3.494, *p*=0.322).

Tabla 28. Comparación de la medición post de etapa de cambio entre grupos intervenidos

Grupo	Etapa			
	Preparación	Contemplación	Precontemplación	Anticontemplación
<b>Grupo 1</b>	26 31,70%	4 4,90%	1 1,20%	13 15,90%
<b>Grupo 3</b>	23 28,00%	7 8,50%	2 2,40%	6 7,30%

La comparación de las puntuaciones referidas a la prueba que evalúa los procesos de cambio y la disponibilidad al cambio, no evidenciaron diferencias particulares entre los grupos (Ver Tabla 29).

Tabla 29. Comparación pre-post procesos y disponibilidad al cambio

Prueba/Escala	Test de Levene's				Prueba T para muestras independientes				
	Grupo	Media	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Intervalo inferior (95%)	Intervalo Superior (95%)
PCS-F1	1	2,14	4,563	0,036	0,181	80	0,857	-0,327	0,393
	3	2,11							
PCS-F2	1	2,71	0,172	0,68	-0,009	80	0,993	-0,479	0,475
	3	2,72							
PCS-F3	1	2,17	0,205	0,652	0,143	80	0,887	-0,406	0,468
	3	2,14							
PCS-F4	1	2,67	0,63	0,43	-0,415	80	0,679	-0,668	0,437
	3	2,79							
PCS-F5	1	2,73	1,473	0,228	1,034	80	0,304	-0,233	0,738
	3	2,48							
PCS-F6	1	1,93	2,606	0,11	0,703	80	0,484	-0,333	0,697
	3	1,75							
PCS-F7	1	2,53	1,973	0,164	-0,547	80	0,586	-0,551	0,313
	3	2,65							
PCS-F8	1	2,82	2,983	0,088	0,537	80	0,593	-0,386	0,672
	3	2,68							
PCS Total	1	2,42	2,473	0,12	0,213	80	0,832	-0,326	0,404
	3	2,38							
DP Total	1	14,95	0,706	0,403	-0,495	80	0,622	-3,930	2,366
	3	15,74							

Ahora bien, a pesar de que el análisis de las pruebas que se articulan al programa a manera de evaluación de seguimiento (Expectativas, Sesgos, Abuso, Balance, Tentaciones y Autoeficacia), esta fuera de los objetivos planteados por el presente estudio; a continuación se hace una breve alusión a los resultados obtenidos por los jóvenes en dichos instrumentos, como un elemento de análisis complementario respecto al impacto del programa.

La tabla 30 muestra las puntuaciones medias obtenidas en las pruebas de seguimiento por los grupos intervenidos. El análisis de comparación de medias realizado a través de un ANOVA de un factor indica que existían diferencias significativas entre los grupos en cuanto a las puntuaciones de la sub-escala *Desinhibición* de la prueba *AEQ*, así como en la prueba que evalúa el sesgo optimista no-realista.

*Tabla 30.* Comparación de puntuaciones en pruebas de seguimiento entre grupos intervenidos

Prueba	Escala	Grupo		p
		1	3	
Abuso	Abuso	1,44	1,49	0,663
	Dependencia	1,16	1,09	0,238
	Intoxicacion	1,68	1,64	0,760
AEQ	Facilitador	0,56	0,49	0,219
	Expresividad	0,60	0,49	0,149
	Desinhibición	0,63	0,46	0,018
	Sexualidad	0,32	0,25	0,166
	TensionPsi	0,53	0,46	0,271
	TensionFis	0,36	0,31	0,408
	Agre-Poder	0,32	0,25	0,135
	Cambios	0,58	0,54	0,710
Sesgos		-1,21	-0,60	0,001
Balance	Pros	18,45	15,71	0,071
	Con	20,73	20,13	0,757
	Tentaciones	36,34	33,74	0,328
	Autoeficacia	60,00	54,11	0,293

De la misma forma en que fueron contrastados los datos de los grupos que recibieron la intervención, para establecer la comparación entre los resultados de la postprueba de los participantes que no reciben la intervención (Grupos 2 y 4) se emplearon los estadísticos chi-cuadrado y la prueba t para muestras independientes, con un nivel de confianza del 95%.

En la tabla 31 se evidencia que no existían diferencias significativas entre los grupos, en cuanto a las características de cantidad y frecuencia de consumo de alcohol en la última semana; aunque se observaron prevalencias de consumo de proporciones distantes entre los grupos (Grupo 2=51,43% y Grupo 3= 43,20%).

Tabla 31. Comparación de características del consumo (post) entre grupos no-intervenidos

Grupo	Frecuencia (Chi= 0.346, p=0.951)	Cantidad (Chi=4.685, p=0.196)			
	0 unidades	Entre 1 y 3 unidades	Entre 4 y 5 unidades	Más de 5 unidades	
Grupo 2	0 Veces	15 42,90%	2 5,70%		
	1 o 2 Veces		4 11,40%	3 8,60%	7 20,00%
	3 o 4 Veces		1 2,90%	2 5,70%	
	5 o 6 Veces				1 2,90%
	0 Veces	23 52,30%			
Grupo 4	1 o 2 Veces	1 2,30%	10 22,70%	1 2,30%	4 9,10%
	3 o 4 Veces		1 2,30%	2 4,50%	
	5 o 6 Veces	1 2,30%	1 2,30%		

De forma similar, la comparación entre grupos no-intervenidos con respecto al riesgo asociado al consumo de alcohol, no presentó diferencias significativas entre grupos (Chi=4.974, p= 0.147) y mostró similitud en la agrupación de los jóvenes con respecto a los grupos intervenidos, en tanto que se evidenciaron altas concentraciones en consumos “sin riesgo”, con proporciones entre el 50% y el 70% (Ver Tabla 32).

Tabla 32. Comparación entre grupos no-intervenidos del riesgo asociado al consumo

Grupo	Riesgo (CAGE)			
	Sin riesgo (0)	Sin riesgo (1)	En riesgo (2)	Consumo excesivo (3)
Grupo 2	11 13,90%	8 10,10%	8 10,10%	8 10,10%
Grupo 4	21 26,60%	13 16,50%	6 7,60%	4 5,10%

La tabla 33 muestra la comparación de grupos en función de la etapa de cambio en la que se ubicaron los jóvenes. Este contraste evidencia importantes proporciones de participantes, tanto en etapa de preparación como en etapa de anticontemplación, sin que existieran diferencias significativas entre grupos (Chi=6.842, p= 0.077).

Tabla 33. Comparación de la medición post de etapa de cambio entre grupos no intervenidos

Grupo	Etapa			
	Preparación	Contemplación	Precontemplación	Anticontemplación
Grupo 2	14	3	2	16
	17,70%	3,80%	2,50%	20,30%
Grupo 4	30	3	2	9
	38,00%	3,80%	2,50%	11,40%

Al contrastar las puntuaciones referidas a la prueba que evalúa los procesos de cambio y la disponibilidad al cambio, la comparación realizada no arrojó diferencias estadísticamente significativas, permitió observar que el Grupo 4 presenta puntuaciones superiores en la mayoría de los procesos (Ver Tabla 34).

Tabla 34. Comparación post de procesos y disponibilidad al cambio entre grupos no intervenidos

Prueba	Grupo	Mean	Test de Levene's		Prueba T para muestras independientes				
			F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Intervalo inferior (95%)	Intervalo Superior (95%)
Manejo de contingencias	2	1,88	0,031	0,861	-0,175	77	0,861	-0,344	0,289
	4	1,90							
Auto-liberación	2	2,29	0,784	0,379	-1,778	77	0,079	-0,734	0,042
	4	2,63							
Concieniciación	2	1,77	0,007	0,935	-0,015	77	0,988	-0,324	0,319
	4	1,77							
Control de Estímulos Sociales	2	2,12	0,001	0,972	-0,428	77	0,67	-0,585	0,378
	4	2,23							
Alivio por vivencia emocional	2	2,43	1,243	0,268	-1,059	77	0,293	-0,751	0,230
	4	2,69							
Contra-condicionamiento	2	1,66	0,57	0,453	0,734	77	0,465	-0,230	0,499
	4	1,52							
Control de la presión social	2	2,29	0,706	0,403	-1,221	77	0,226	-0,544	0,130
	4	2,49							
Elaboración de balances	2	2,35	0,102	0,751	-1,193	77	0,236	-0,677	0,170
	4	2,61							
Procesos General	2	2,06	0,047	0,829	-0,943	77	0,349	-0,396	0,141
	4	2,19							
Disponibilidad al Cambio	2	9,26	6,747	0,011	-1,747	73,8	0,085	-4,218	0,277
	4	11,23							

Ahora bien, para aceptar o rechazar las hipótesis planteadas fue necesario realizar comparaciones conjuntas de los cuatro grupos abordados en relación con las variables de

medición incluidas tanto en el pretest como en el postest; a saber: etapas y procesos de cambio, disponibilidad al cambio y riesgo.

Con respecto a la evaluación de la *etapa de cambio*, la tabla 35 presenta la comparación de los datos obtenidos en tanto en el pretest como en el postest. Se puede observar que aunque no existían diferencias estadísticamente significativas entre las pruebas, ni entre los grupos, eran los grupos intervenidos (1 y 3) los que presentan una mayor proporción de personas en las etapas cercanas al cambio.

Tabla 35. Comparación entre grupos de las mediciones pre-post de etapa de cambio

Test	Grupo	Etapa			
		Preparación	Contemplación	Precontemplación	Anticontemplación
Pretest ( $Chi=1.803$ , $p=0.614$ )	1	18	7	3	16
		40,91%	15,91%	6,82%	36,36%
	2	19	4	3	9
		54,29%	11,43%	8,57%	25,71%
Postest ( $Chi=13.514$ , $p=0.141$ )	1	26	4	1	13
		59,09%	9,09%	2,27%	29,55%
	2	14	3	2	16
		40,00%	8,57%	5,71%	45,71%
	3	23	7	2	6
		60,53%	18,42%	5,26%	15,79%
	4	30	3	2	9
		68,18%	6,82%	4,55%	20,45%

La tabla 36 presenta la comparación de los datos pre y postest entre grupos en la evaluación del riesgo asociado al consumo de alcohol (test CAGE). Allí se puede observar que no existían diferencias entre los grupos en el pretest, tal como se esperaba que sucediera al comparar los grupos que recibieron esta evaluación (1 y 2). En el postest el grupo sin intervención (2) evidenció un incremento en la cantidad de personas con consumo excesivo (de 2 a 8) y de riesgo (de 5 a 8), mientras que disminuyó la cantidad de personas con consumo sin riesgo (de 26 a 19). Por otra parte, los grupos con intervención (1 y 3) evidenciaron efectos contrarios, independientemente de haber recibido o no el pretest; en el grupo 1 (con pretest) se pasó de 2 a 0 personas con consumo excesivo; en el grupo 3 (intervención sin pretest), tal como se esperaba, no se observan en el postest diferencias significativas con respecto al grupo 1. En el mismo sentido, en los grupos que no recibieron intervención (2 y 4) se observa en el postest una mayor proporción de personas en situación

de consumo excesivo, de riesgo y dependiente, al comparar con los grupos intervenidos (1 y 3), diferencias que fueron significativas.

Tabla 36. Comparación entre grupos de las mediciones pre-post de riesgo

Test	Grupo	CAGE				
		Sin Riesgo (0)	Sin Riesgo (1)	Consumo Social (2)	Consumo Excesivo (3)	Consumo Dependiente (4)
<b>Pretest</b> ( <i>Chi</i> =3.389, <i>p</i> =0.495)	1	18	20	4	2	0
		22,80%	25,30%	5,10%	2,50%	0,00%
	2	12	14	5	2	2
		15,20%	17,70%	6,30%	2,50%	2,50%
<b>Postest</b> ( <i>Chi</i> =21.006, <i>p</i> =0.050)	1	23	14	7	0	0
		14,30%	8,70%	4,30%	0,00%	0,00%
	2	11	8	8	8	0
		6,80%	5,00%	5,00%	5,00%	0,00%
	3	14	16	4	3	1
		8,70%	9,90%	2,50%	1,90%	0,60%
	4	21	13	6	4	0
		13,00%	8,10%	3,70%	2,50%	0,00%

Para evaluar el impacto inmediato de la intervención PEMA se tomaron dos indicadores: uno referente a los procesos de cambio, los cuales constituyen la variable independiente manejada a través de la intervención PEMA, y otro referente a la disponibilidad al cambio, variable dependiente propiamente dicha. Para los procesos de cambio se incluyeron ocho categorías correspondientes a: manejo de contingencias, auto-liberación, concienciación, control de estímulos sociales, alivio por vivencia emocional, contra-condicionamiento, control de la presión social, y elaboración de balances decisionales.

Al contrastar las puntuaciones en las pruebas que evaluaron los procesos de cambio, se observaron diferencias entre los grupos 1 y 3 (con intervención) de una parte, y los grupos 2 y 4 (sin intervención) de otra, las cuales son significativas en los procesos de concienciación y control de estímulos sociales (Ver Tabla 37). Se enfatiza que las diferencias se dan al comparar los grupos intervenidos con los no intervenidos, pero no al comparar los intervenidos entre si y los no intervenidos entre si (Ver Tabla 37).

Tabla 37. Comparación pre-post de procesos y disponibilidad al cambio entre grupos

Prueba/Escala	Grupo	Pretest	F	Sig	Postest	F	Sig
<b>Manejo de contingencias</b>	1	1,859	0,109	0,742	2,144	1,316	0,271
	2	1,914			1,876		
	3				2,111		
	4				1,904		
<b>Auto-liberación</b>	1	2,477	0,924	0,339	2,714	1,592	0,193
	2	2,251			2,286		
	3				2,716		
	4				2,632		
<b>Concienciación</b>	1	1,523	0,019	0,890	2,168	2,680	0,049
	2	1,503			1,766		
	3				2,137		
	4				1,768		
<b>Control de Estímulos Sociales</b>	1	2,417	0,509	0,478	2,674	3,060	0,030
	2	2,248			2,124		
	3				2,789		
	4				2,227		
<b>Alivio por vivencia emocional</b>	1	2,886	5,705	0,019	2,735	0,751	0,523
	2	2,295			2,429		
	3				2,482		
	4				2,689		
<b>Contra-condicionamiento</b>	1	1,230	0,668	0,416	1,930	1,266	0,288
	2	1,130			1,660		
	3				1,750		
	4				1,520		
<b>Control de la presión social</b>	1	2,960	5,661	0,020	2,530	1,086	0,357
	2	2,500			2,290		
	3				2,650		
	4				2,490		
<b>Elaboración de balances</b>	1	2,758	3,247	0,075	2,818	1,245	0,296
	2	2,333			2,352		
	3				2,675		
	4				2,606		
<b>Procesos General</b>	1	2,189	1,512	0,223	2,419	2,074	0,106
	2	2,012			2,061		
	3				2,380		
	4				2,189		
<b>Disponibilidad al Cambio</b>	1	11,570	0,001	0,970	14,950	9,129	0,000
	2	11,510			9,260		
	3				15,740		
	4				11,230		

En la tabla 38 se presenta de forma sintética el resultado de un análisis *post hoc* (Ver Apéndice 11) para hallar la diferencia honestamente significativa (HSD) de Tukey entre grupos en los resultados del postest para las pruebas de *procesos y disponibilidad al cambio*, bajo el supuesto de homogeneidad de varianzas. Resultado de las comparaciones

múltiples fue posible observar diferencias estadísticamente significativas entre grupos para la prueba que evalúa la disponibilidad al cambio (Ver Tabla 38).

Tabla 38. Síntesis de comparaciones múltiples del postest entre grupos

Prueba/Escala	Grupo	Grupo	Diferencia de Medias	Std. Error	Sig.	Intervalo Inferior (95%)	Intervalo Superior (95%)
<b>Procesos</b>	1	2	0,358	0,164	0,132	-0,068	0,784
		3	0,039	0,160	0,995	-0,377	0,455
		4	0,231	0,154	0,443	-0,170	0,631
	2	1	-0,358	0,164	0,132	-0,784	0,068
		3	-0,319	0,170	0,240	-0,759	0,121
		4	-0,127	0,164	0,865	-0,553	0,298
	3	1	-0,039	0,160	0,995	-0,455	0,377
		2	0,319	0,170	0,240	-0,121	0,759
		4	0,192	0,160	0,630	-0,224	0,608
	4	1	-0,231	0,154	0,443	-0,631	0,170
		2	0,127	0,164	0,865	-0,298	0,553
		3	-0,192	0,160	0,630	-0,608	0,224
<b>Disponibilidad al Cambio</b>	1	2	5,697*	1,422	0,001	2,010	9,390
		3	-0,782	1,390	0,943	-4,390	2,830
		4	3,727*	1,338	0,030	0,250	7,200
	2	1	-5,697*	1,422	0,001	-9,390	-2,010
		3	-6,480*	1,471	-	-10,300	-2,660
		4	-1,970	1,422	0,510	-5,660	1,720
	3	1	0,782	1,390	0,943	-2,830	4,390
		2	6,480*	1,471	-	2,660	10,300
		4	4,510*	1,390	0,008	0,900	8,120
	4	1	-3,727*	1,338	0,030	-7,200	-0,250
		2	1,970	1,422	0,510	-1,720	5,660
		3	-4,510*	1,390	0,008	-8,120	-0,900

\* p<0.05

Dada la ausencia de diferencias significativas entre grupos en los resultados de la prueba que evalúa procesos de cambio, el análisis *post hoc* arrojó para todos los casos la conformación de un único grupo según la semejanza de medias. Sin embargo, para el caso de la prueba *Disponibilidad al Cambio*, en los grupos conformados por el procedimiento estadístico se observa con claridad una diferenciación entre los grupos intervenidos y los no intervenidos, lo cual evidencia que los intervenidos entre sí, y los no intervenidos entre sí, constituyen grupos homogéneos (Ver Tabla 39).

Tabla 39. Subgrupos homogéneos para la prueba de Disponibilidad al Cambio

Grupo	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
2	35	9,26	
4	44	11,23	
1	44		14,95
3	38		15,74
<b>Sig.</b>		0,5	0,945

## DISCUSIÓN

Con miras a sustentar la validez externa del programa de prevención selectiva del abuso de alcohol CEMA-PEMA, descartando la amenaza de la sensibilización pretest, el presente estudio se propuso evaluar el impacto independiente que tiene el componente evaluativo que se aplica en el pretest (CEMA), sobre las variables estructurales del programa PEMA (procesos de cambio), y sobre la variable dependiente indicadora de su impacto (Disponibilidad al Cambio).

Un examen preliminar sobre las características del consumo en los jóvenes participantes, indicó que el 45.6% habían consumido alcohol alguna vez durante los siete días previos a la realización del estudio. Del total de los estudiantes, el 43% reportó un consumo habitual dentro de los límites de la moderación y el 7,6% señaló un consumo abusivo. Con respecto a la percepción de riesgo asociada a este consumo, aunque se evidenció una apreciación de invulnerabilidad predominante, llama la atención que el 46.7% de los estudiantes –independientemente del tipo de consumo– se ubican en etapa de preparación. Esta motivación al cambio refleja la necesidad de disminuir la cantidad de consumo que experimentan los jóvenes, tanto debido al malestar experimentado por el consumo actual (decisión reactiva), como a la conciencia sobre la necesidad, la posibilidad, y la planificación del cambio (decisión proactiva); lo cual indica la necesidad de aprovechar esa motivación con la realización de acciones preventivas integrales, que provean a los jóvenes de las herramientas cognitivas y conductuales necesarias para realizar el cambio deseado en el comportamiento de consumo (Flórez-Alarcón, et al., 2008).

Ahora bien, de acuerdo con los objetivos de la investigación, es indispensable retomar los resultados obtenidos por cada uno de los grupos de estudio, compararlos y contrastarlos para determinar así la aceptación o rechazo de las hipótesis particulares propuestas.

En la línea de base del estudio, no se observan diferencias significativas en las medidas preliminares de los dos grupos evaluados en primera instancia con la aplicación del pretest (Grupo 1 y 2). Las proporciones de personas en niveles sin riesgo y en niveles de riesgo tampoco indicaron diferencias estadísticamente significativas en línea basal. Similar

situación se presentó con respecto a la etapa motivacional de cambio en la que se ubican los participantes, así como en las variables procesos de cambio y disponibilidad al cambio, salvo por una tendencia a un mayor manejo del proceso de cambio “control de estímulos sociales” por parte del grupo 1 ( $F=4.687$ ,  $p=0.033$ ). Estos datos, aunque no dan cuenta de ninguna hipótesis particular, permiten inferir homogeneidad en las características de consumo de alcohol en los cuatro grupos, dando cuenta con ello de un adecuado proceso de muestro que impidió el predominio de condiciones particulares en los grupos (Salkind, 1998; Arnau, 1992).

La comparación de las anteriores variables, realizada entre los grupos 1 (intervención con pretest) y 3 (intervención sin pretest), pone en clara evidencia la ausencia de un efecto de sensibilización pretest, dado que no se observaron diferencias significativas entre estos dos grupos en las diversas evaluaciones posttest, mientras que, por el contrario, se pudo demostrar que estos dos constituyen grupos homogéneos, significativamente diferentes de los grupos no intervenidos. Por otra parte, la comparación de los resultados entre los grupos sin intervención (2 y 4) en las mismas variables, y su comparación con los grupos intervenidos, comprueban pues la segunda hipótesis de nulidad, demostrando por tanto de un impacto significativo de la intervención CEMA-PEMA tanto sobre los procesos de cambio responsables de la moderación del consumo, como sobre la disponibilidad al cambio, replicando los hallazgos de estudios anteriores (Flórez-Alarcón, 2007; Prieto, 2010).

En el caso de los participantes que reciben la intervención completa se observan diferencias importantes entre las medidas pre y post. El nivel de riesgo asociado al consumo de alcohol evaluado mediante el test CAGE, indica una tendencia estadísticamente significativa ( $\chi^2=53.140$ ,  $p=0.000$ ) tanto al incremento de la proporción de personas sin riesgo, como al incremento en el reconocimiento del riesgo asociado al consumo de alcohol. Con respecto a la etapa motivacional de cambio se encontró que, tras la implementación del programa completo, se presenta una tendencia importante al incremento de la proporción de jóvenes en la etapa de preparación (de 20.5% a 29.5%). Así mismo la comparación de las puntuaciones medias del grupo en las pruebas de disponibilidad al cambio y procesos de cambio, evidencia una tendencia al incremento de

las puntuaciones del posttest con respecto a las del pretest; efecto que resulta estadísticamente significativo tanto para la disponibilidad ( $t=2.603$ ,  $p=0,012$ ) como para el uso de los procesos de concienciación ( $t=3.382$ ,  $p=0.001$ ) y control de la presión social ( $t=2.271$ ,  $p=0,028$ ).

Efectos similares a los observados en el grupo 1 (pretest + intervención) se evidencian en los resultados de la prueba post del grupo 3 (intervención sin pretest). En cuanto al riesgo asociado al consumo, se presentan proporciones similares de jóvenes en niveles sin riesgo (23% en el grupo 1, 28.6% en el grupo 3). De manera similar ocurre con la comparación entre grupos intervenidos con respecto a la etapa de cambio en la que se ubicaron los participantes tras el desarrollo del programa, en la que se observaron las proporciones más bajas de participantes en las etapas lejanas a la acción de consumo moderado (precontemplación y anticontemplación) y concentraciones alrededor del 60% de los jóvenes en las etapas cercanas (preparación). Igualmente se observa similitud en las puntuaciones promedio de los grupos en las pruebas referidas al uso de procesos de cambio y la disponibilidad al cambio. Todo esto sin que existan diferencias significativas en función del grupo al que pertenecen los jóvenes, lo cual señala homogeneidad en los resultados del posttest entre los grupos intervenidos y, por ende, un impacto similar de la intervención, con ausencia de un efecto de la evaluación en el pretest como factor independiente.

Una comparación del mismo orden en relación con los resultados de la prueba post para aquellos grupos que no reciben intervención (2 y 4), igualmente permite concluir que se trata de grupos homogéneos, en los cuales no se evidencian cambios inferibles de la evaluación pre a la post, ni de la evaluación post entre ellos. Sin embargo, se presenta una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la disponibilidad al cambio, la cual se presenta superior en el grupo 4 ( $f=6.747$ ,  $p=0.011$ ), atribuible a la alta proporción de jóvenes de este grupo ubicados al inicio, de forma aleatoria, en etapa de preparación.

Los hallazgos de las comparaciones entre grupos (no-intervenidos e intervenidos) para la prueba post, no solo dan cuenta del rechazo de la segunda hipótesis de nulidad ratificando el impacto del programa, sino que reiteran la utilidad del mismo para generar un cambio motivacional manifiesto tanto en el uso de procesos cognitivos particulares

(concienciación), como en la implementación de comportamientos específicos (control de estímulos), tendientes a la modificación del consumo abusivo a favor de la moderación (Flórez-Alarcón, 2007; Prieto, 2010).

Ahora bien, la comparación múltiple de los postest en los cuatro grupos permite evidenciar diferencias claras entre los grupos intervenidos (1 y 3) y los no-intervenidos (2 y 4), resultado que sugiere un efecto independiente causado por la intervención. En cuanto al nivel de riesgo existe una tendencia estadísticamente significativa a que los grupos receptores de la intervención evidencien proporciones mayores de jóvenes con consumo sin riesgo (en promedio 10.4%) en contraste con los grupos no-intervenidos (en promedio 8.2%). Con respecto a la etapa motivacional de cambio, aunque no se evidencian diferencias estadísticamente significativas, en los grupos intervenidos la proporción promedio de personas en etapas cercanas a la acción (Preparación y contemplación) es 73.5%; mientras que en los grupos no-intervenidos es de 61.8%. En relación con el uso de procesos de cambio, se evidencia una mayor apropiación en la implementación de la concienciación y el control de estímulos sociales en los grupos intervenidos. La disponibilidad al cambio se presenta sensiblemente diferenciada en el postest de los grupos intervenidos, los cuales presentan puntuaciones medias significativamente superiores a las de los grupos sin intervención.

Hecho el análisis anterior es posible afirmar que existen diferencias significativas entre las evaluaciones pre y post de los participantes que reciben la intervención completa CEMA-PEMA (Grupo 1) y que el impacto del programa es muy similar para los dos grupos intervenidos (Grupo 1 y 3), independientemente de la aplicación del pretest en uno de ellos. Esto se soporta, tanto en el hecho de que existen semejanzas entre los grupos en cuanto a los resultados de las pruebas post. Paralelamente, los resultados indican que aquellos grupos que no reciben la intervención, no difieren en las puntuaciones de la prueba post entre ellos (Grupo 2 y 4), sin que existan diferencias atribuibles a la aplicación del pretest en uno de los grupos (Grupo 2); manteniendo estos resultados una gran similitud con la información recolectada en la evaluación pretest, lo cual permite aseverar que en los grupos no-intervenidos los jóvenes conservan el comportamiento casi indemne de consumo de

alcohol, no modifican el uso de procesos de cambio, ni manifiestan una mayor disponibilidad al consumo moderado.

A la luz de estos resultados, es claro el beneficio de la intervención realizada frente a las tradicionales acciones preventivas que suelen reducirse a charlas informativas que no superar un impacto de transmisión y suelen generar negación de las problemáticas (Martínez, et al., 2008; Lemstra, et. al, 2010). La modalidad grupal y el énfasis motivacional de CEMA-PEMA, permiten el desarrollo de un proceso participativo en el que los jóvenes tienen un papel activo en el reconocimiento de las necesidades asociadas al consumo de alcohol y adquieren habilidades para moderar dicho consumo, a partir de la implementación de una serie de actividades y dinámicas que les proporcionan habilidades a nivel tanto conceptual como actitudinal y conductual con respecto al comportamiento objetivo (Flórez-Alarcón, 2007a).

Los datos analizados comprueban que la evaluación post de los grupos intervenidos es sensiblemente superior a la prueba post de los grupos no-intervenidos; con lo que se evidencia un impacto favorable de la intervención CEMA-PEMA como desencadenante de un mayor uso de procesos de cambio y una mayor disponibilidad al cambio. Con este análisis se tiene información suficiente para confirmar las hipótesis alternativas, rechazar las hipótesis nulas que niegan el impacto del programa y aceptar la hipótesis que da cuenta de la ausencia de un efecto de sensibilización pretest. La revisión conjunta de los resultados obtenidos en el presente estudio, permite pues indicar que el impacto de CEMA-PEMA no está mediado por el pretest de esta estrategia; si no que es su estructura metodológica y el abordaje de procesos particulares lo que – independientemente de los instrumentos de evaluación – permite afectar la intención de los jóvenes a favor del no consumo, el mantenimiento de un consumo moderado o la modificación de consumos abusivos de alcohol.

Como consecuencia directa de este estudio y los resultados obtenidos, es posible afirmar que CEMA-PEMA es una estrategia de prevención selectiva de utilidad para la población adolescente y susceptible de generalización al ámbito escolar (Carrasco, 2004) colombiano, que se aproxima a criterios de calidad propios de las intervenciones sustentadas en evidencia empírica (Londoño, et. al., 2006a). Igualmente, el resultado apoya

el uso de intervenciones motivacionales breves en actividades de prevención selectiva e indicada del abuso alcohólico, tal como lo han reportado otros investigadores (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998; Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998; Sobell & Sobell, 2005; Gantiva, Gómez, & Flórez-Alarcón, 2004; Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, Jaimes & Richart, 2008; Martínez, et. al., 2008).

En relación con la calidad de CEMA-PEMA como estrategia de prevención selectiva del consumo abusivo de alcohol, el estudio realizado permite dar cuenta de la efectividad que tiene la implementación del programa desde el marco que ofrece su fundamentación teórica y empírica. Es así que, en línea con la relevancia del soporte teórico destacada por Espada y colaboradores (2003), el potencial de CEMA-PEMA para que en su desarrollo los jóvenes asuman como propios los objetivos y se constituyan como agentes activos del programa; permite proponer este impacto como beneficio de la coherencia en la articulación entre los fundamentos del MTT y la propuesta metodológica de la DPPP-S desde un enfoque motivacional que se evidencia en el diseño mismo del programa; el cual se adapta a las características particulares de la población joven y al contexto sociocultural colombiano, a través de dinámicas sencillas que proveen a los participantes de las herramientas necesarias para tomar decisiones y llevarlas a cabo.

En cuanto a la calidad de la fundamentación empírica, el estudio complementa y refuerza un amplio grupo de investigaciones previas que dan cuenta de la efectividad del programa sobre la disponibilidad al cambio (Flórez-Alarcón, 2000; 2003; 2005a; 2005b; 2007a; Flórez-Alarcón et. al., 2008; Prieto, 2010); con lo cual se ratifica el potencial de la implementación de estrategias preventivas breves en y desde el ámbito escolar (Espada, et. al., 2003), haciendo uso de metodologías que superen la costumbre transmisora de información con un enfoque de formación de habilidades particulares y fomento de la toma de decisiones (Londoño, et. al., 2006a; b; Espada, et. al., 2003; Lemstra, et. al, 2010).

Frente a la problemática de salud pública que constituye el consumo abusivo de alcohol, sabiendo que dicho tipo de consumo en la adolescencia es un factor de riesgo potencial para el desarrollo del consumo problemático en etapas de vida posteriores como la adultez temprana (CICAD, 2009; Pilatti, Castillo, Martínez, Acuña, Godoy & Brussino, 2010); es importante destacar la pertinencia de la implementación de programas de tipo

preventivo basados en la evidencia, que reconozcan tanto la capacidad de cada individuo para tomar decisiones, así como la necesidad de afectar diversos procesos psicológicos (cognitivos y conductuales) para lograr impactar en actitudes e intenciones comportamentales en pro del mantenimiento de comportamientos saludables relacionados con el consumo de alcohol (abstención y moderación) (Klatsky, 2003; Rivera, Muñoz-Hernández, Rosas-Peralta, Aguilar-Salinas, Popkin & Willett, 2008).

Al respecto es importante mencionar que toda acción en salud, bien sea de promoción o prevención, requiere de la participación activa de todos los agentes implicados; por lo que resulta importante señalar la necesidad de vincular no solo a los miembros de las instituciones educativas y al núcleo familiar de los jóvenes, si no también a entidades de orden local y nacional cuya articulación pública y política permita fortalecer la adquisición de habilidades por parte de los jóvenes a partir de la concientización, el reconocimiento y el modelamiento social acerca de la importancia del “saber beber” desde una perspectiva de moderación (Gantiva & Flórez-Alarcón, 2006; Klatsky, 2003).

Es así que el reconocimiento social de la problemática del consumo de alcohol en la cultura colombiana, no debe limitarse a una política pública que desconozca la presencia de este comportamiento en los jóvenes; si no que más bien debe encaminarse hacia la consolidación de una estrategia de abordaje integral de la problemática, que desde el plano político y público articule estrategias de prevención y promoción de la salud al currículo de formación escolar; contemplado la salud desde una holística permitiendo la formación longitudinal de competencias sociales y habilidades para la vida en los niños y jóvenes, con lo cual se propenda por la construcción de estilos de vida saludables que permitan a los jóvenes desenvolverse de forma adecuada y coherente con sus metas personales en un contexto sociocultural determinado (Otálvaro, 2006; Moral & Ovejero, 2009; Londoño, Valencia & Vinaccia, 2006b; Flórez-Alarcón, 2006).

Finalmente, desde la experiencia particular del estudio realizado se concluye que el programa CEMA-PEMA es una estrategia efectiva de prevención selectiva del consumo de alcohol; que de acuerdo con los datos obtenidos cuenta con un criterio de validez externa en tanto que se ha demostrado su impacto independiente del pretest. Sin embargo, teniendo en cuenta, tanto las consideraciones finales acerca de la prevención integral del

consumo de alcohol, como la indicación de Flórez-Alarcón (2007a) con respecto a la necesidad de realizar estudios que respondan al fortalecimiento empírico del programa, se identifica como principal limitación de la presente investigación su cobertura limitada solo a los jóvenes y la inexistencia de comparaciones de efectividad de CEMA-PEMA frente a otras estrategias. Por esto se sugiere para próximas investigaciones contemplar formulaciones de estudios cuasi-experimentales que impliquen la participación de la familia o que permitan comparar la efectividad del programa en contraste con otras estrategias con fundamentación empírica, considerando además la posibilidad de evaluar en el mediano y largo plazo el impacto potencial de CEMA-PEMA.

## REFERENCIAS

- Abreo, A. M. (2004). Estado del arte de la investigación en la relación salud-niñez, desde la psicología en relación con la medicina, en Bogotá. *Hallazgos - Revista de Investigaciones*; 1, 149-168.
- Acero, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: Relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología*; 13, 91-119.
- Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe: Health, social and economic impact. *Eurohealth*, 12 (2), 17-20.
- Arnau, G. J. (1992). *Psicología experimental: Un enfoque metodológico*. México: Trillas.
- Arteaga, C. (2002). Salud Mental un Objeto Inaplazable. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. XXXI (1), 6-8.
- Ávila, H.L. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación Edición electrónica*. Recuperado de: <http://www.eumed.net/libros/2006c/203/203.zip>
- Ayala, H.E.; Cárdenas, G.; Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1998a). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ayala, H.E.; Echeverría, L.; Sobell, M.B.; & Sobell, L.C. (1998b). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*; 6(1), 71-93.
- Babbie, E. (2000). *Fundamentos de la investigación social*. México: Thompson.
- Banco Mundial. (2006). *Priorities in Health*. Disease Control Priorities Project. Washington, D.C.
- Barnes, G.; Hoffman, J.; Dintcheff, B.; Welte J. & Farrell, M. (2005). Adolescent's time use: Effects on substance use, delinquency and sexual activity *Journal of Youth and Adolescence*; 36 (5), 697-710.
- Barra Almagia, E. (2003). *Psicología de la Salud*. Chile: Mediterráneo Ltda.

- Belloch, A.; Sandin, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. (Vol. I). España: McGraw Hill.
- Bermúdez, M. P. (2003). *Déficit de autoestima. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bernal, C. A. (2006). *Metodología de la Investigación*. Colombia: Pearson.
- Bersh, D. (1986). *El fenómeno de la salud*. Bogotá: ICFES-ASCOFAME.
- Blum, H.L. (1971). *Planning for health*. California: Berkeley University Press.
- Borsari, B. & Carey, K.B. (2005). Two brief alcohol interventions for mandated college students. *Psychology of Addictive Behaviors*; 19(3), 296-302.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: Consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3 (3), 333-356.
- Bríñez, J. A. (1998a). *El consumo de alcohol en escolares con edades entre 9 y 18 años y variables sensorio-perceptuales asociadas*. Proyecto docente. Bogotá: Unidad de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia.
- Bríñez, J. A. (2001a). Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. *Adicciones*; 13 (4), 439-455.
- Bríñez, J.A. (1998b). Asociación entre el esquema cognoscitivo y las relaciones conductuales en consumidores de sustancias psicoactivas. *Acta Colombiana de Psicología*; 1, 21-40.
- Bríñez, J.A. (2000). Efectos fetales del alcohol, sobre la ejecución sensorio-perceptual, en escolares entre 7-15 años de edad. *Acta Colombiana de Psicología*; 4, 35-47.
- Bríñez, J.A. (2001b). Cuestionario para evaluar el nivel de desarrollo de los problemas asociados al consumo de alcohol. *Acta Colombiana de Psicología*; 5, 63-85.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*; 32(7), 513-531.
- Bulck, J. V. D. & Beullens, K. (2005). Television and music video exposure and adolescent alcohol use while going out. *Alcohol & Alcoholism*; 40 (3), 249-253.
- Cadavid, G. (2003). *Estrategia Escuelas Saludables*. Recuperado de:  
<http://www.calisaludable.gov.co/saludPublica/escuelas.php>

- Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología*; 8(1), 91-120.
- Campbell, D. & Stanley, J. (1995). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Argentina: Amorrortu.
- Cañal, M. (2003). *Adicciones, como prevenirlas en niños y jóvenes*. México. D.F: Norma.
- Carmona, A. & Chávez, R. (1991). Expectativas de efectos positivos del alcohol adquiridas en el ambiente temprano (alcohólicos y no alcohólicos). *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*; 9, 151-162.
- Carracedo-Martínez, E. & Figueiras, A. (2006). Tratamiento estadístico de la falta de respuesta en estudios epidemiológicos transversales. *Revista de Salud Pública de México*, 48(4), 341-347.
- Casals, R.; Bosch, J.; Cebrià, A. & Massons, J. (2000). *La entrevista motivacional*. Recuperado de:  
[http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros\\_ponencias/congreso\\_3/ponenciasIII.html](http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_3/ponenciasIII.html)
- Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires: Ruidinuskín.
- Ceballos, N.A. (2006). Tobacco Use, Alcohol Dependence, and Cognitive Performance. *Journal of General Psychology*; 4(133), 375-388.
- Chan, A.W. (1994). Detection by the CAGE of alcoholism or heavy drinking in primary care outpatients and the general population. *Journal of Substances Abuse*; 6(2), 123-135.
- Chirinos, J.; Arredondo, A. & Shamah, T. (1994). La calidad de vida y el proceso salud-enfermedad. *Revista Peruana de Epidemiología*; 7(1). Recuperado de:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/epidemiologia/v07\\_n1/calidad\\_vida%20.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/epidemiologia/v07_n1/calidad_vida%20.htm)
- Ciarrochi, J.; Scott, G.; Deane, F. & Heaven, P. (2003) Relations between social and emotional competence and mental health: A construct validation study. *Personality and Individual Differences*; 35, 1947-1963.

- CICAD (2006). *Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas. Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay*. Perú: Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito.
- CICAD (2009). *Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009*. Recuperado de: [http://www.comunidadandina.org/public/Estudio\\_drogas.pdf](http://www.comunidadandina.org/public/Estudio_drogas.pdf)
- Cicua, D., Méndez, M. & Muñoz, L. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 4, (11), 115-134.
- Cote, M. (2007). Manejo del Trastorno por Dependencia al Alcohol: Conceptos Generales. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*; 3(2). Recuperado de: [http://www.tipica.org/pdf/N2V3\\_cote\\_manejo\\_del\\_trastorno\\_por\\_dependencia\\_al\\_alcohol.pdf](http://www.tipica.org/pdf/N2V3_cote_manejo_del_trastorno_por_dependencia_al_alcohol.pdf)
- Cruz, U.; Téllez, J.; Arroyave, R. & Gómez, A. (2004). Identificación de características sociales relacionadas con el consumo abusivo de drogas en menores de dieciocho años de edad. En: Medina, N. (comp.) (2004). *Segundo Encuentro de salud integral y sustancias psicoactivas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, pp. 91-106.
- Degenhardt, L.; Chiu, W. T.; Sampson, N.; Kessler, R. C.; Anthony, J. C.; Angermeyer, M.; Bruffaerts, R.; Girolamo, G.; Gureje, O.; Huang, Y.; Karam, A.; Kostyuchenko, S.; Lepine, J. P.; Medina Mora, M. E.; Neumark, Y.; Ormel, J. H.; Pinto-Meza, A.; Posada-Villa, J.; Stein, D. J.; Takeshima, T. & Wells, J. E. (2008). Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 5 (7), 1053-1067. Recuperado de: [http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/5/7/pdf/10.1371\\_journal.pmed.0050141-L.pdf](http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/5/7/pdf/10.1371_journal.pmed.0050141-L.pdf)
- Eggert, L. & Kumpfer, K. L. (1997). *Drug Abuse Prevention for At-Risk Individuals*. USA: National Institute on Drug Abuse, Office of Science Policy and Communications.
- Ellickson, P.L.; Tucker, J.S. & Klein, D.J. (2003). Ten-year prospective study of public health problems associated with drinking. *Pediatrics*; 111(5), 949-955.

- Engels, R.; Hermans, R.; van Baaren, R.; Hollenstein, T. & Bot, S. M. (2009). Alcohol Portrayal on Television Affects Actual Drinking Behaviour. *Alcohol & Alcoholism*; 1–6.
- Espada, J. P., Rosa, A. I. & Méndez, F. X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y drogas*; 3 (2), 61-81.
- 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. (2005a). Evaluación de los Procesos de Cambio Propuestos por el Modelo Transteórico, en Estudiantes de Secundaria y Universitarios Consumidores de Alcohol. *Acta Colombiana de Psicología*; 13, 47 – 78.
- Flórez-Alarcón, L. (1998). Implementación del proceso de adopción de precauciones para prevenir la farmacodependencia en niños de edad escolar. *Acta Colombiana de Psicología*; 1, 7-20.
- Flórez-Alarcón, L. (2000). Análisis del consumo de alcohol, con fundamento en el modelo Transteórico, en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*; 4, 79-98.
- Flórez-Alarcón, L. (2002). Implementación del proceso de adopción de precauciones para la prevención de la farmacodependencia en escolares: sistema de clasificación por etapas. *Acta Colombiana de Psicología*; 7, 103-117.
- Flórez-Alarcón, L. (2005b). La dimensión psicológica de la promoción y de la prevención en salud. *Trabajo Inédito de Promoción a Profesor Titular*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Flórez-Alarcón, L. (2006). TIPICA: Una Metodología de Promoción de la Salud Escolar que Incorpora la Dimensión Psicológica al Aprendizaje de las Competencias Sociales. *Típica*, Boletín Electrónico de Salud Escolar, 2 (2). Recuperado de: [http://www.tipica.org/pdf/florez\\_una\\_metodologia\\_de\\_promocion\\_de\\_la\\_salud\\_escolar.pdf](http://www.tipica.org/pdf/florez_una_metodologia_de_promocion_de_la_salud_escolar.pdf)
- Flórez-Alarcón, L. (2007a). Investigación y disseminación de CEMA-PEMA-P: Un programa con enfoque motivacional breve para la prevención primaria del abuso de alcohol en estudiantes. En: S.L. Echeverría, V.C. Carrascoza, & M.L. Reidl

- (Compiladores). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, pp. 237-272.
- Flórez-Alarcón, L. (2007b). *Psicología social de la salud*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Flórez-Alarcón, L.; Vélez, H.; Jaimes, M. & Richart, M. (2008). Diagnóstico sobre el consumo de alcohol y calidad de vida en estudiantes de secundaria del departamento de Casanare (Colombia) y recomendaciones para la prevención selectiva e indicada del consumo excesivo. *Boletín Electrónico de Salud Escolar, TIPICA*; 4(1). Recuperado de:  
[http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol4N1/vol4n1\\_Florez\\_consumo\\_alcohol\\_calidad\\_de\\_vida\\_jovenes.pdf](http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol4N1/vol4n1_Florez_consumo_alcohol_calidad_de_vida_jovenes.pdf)
- Galvis, V.; Urrutia, J.M. & Bula, G. (1997). *Propuesta de Escuela Saludable para Colombia*. Recuperado de:  
[http://200.13.212.131/juventudes/PROPUESTAUNICA/ESCUELA\\_SALUDABLE/](http://200.13.212.131/juventudes/PROPUESTAUNICA/ESCUELA_SALUDABLE/)
- Gantiva, C. & Flórez-Alarcón, L. (2006). Evaluación del Impacto de un Programa de Entrevista Motivacional en Formato Grupal e Individual para Consumidores Abusivos de Alcohol. *Boletín Electrónico de Salud Escolar, TIPICA*, 2(2). Recuperado de:  
[http://www.tipica.org/pdf/gantiva\\_Flórez\\_evaluación\\_programa\\_de\\_entrevista\\_motivacional.pdf](http://www.tipica.org/pdf/gantiva_Fl%C3%B3rez_evaluaci%C3%B3n_programa_de_entrevista_motivacional.pdf)
- Gantiva, C.A.; Gómez, C. & Flórez-Alarcón, L. (2004). Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo del alcohol. En Medina, N. (comp.) (2004). Segundo Encuentro de salud integral y sustancias psicoactivas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, pp. 107-131.
- García, E.; Lima, G.; Aldana, L.; Casanova, P. & Álvarez, V.F. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales [versión electrónica]. *Revista Cubana de Medicina Militar*; 33(3). Recuperado de:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33\\_3\\_04/mil07304.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33_3_04/mil07304.htm)
- García, I. (1998). Promoción de la salud en el medio escolar. *Revista Española de Salud Pública*; 72, 4. Recuperado de:

[http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271998000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

- García, J. F.; Frías, D. & Llobell, J. P. (1999). Potencia estadística del diseño de Solomon. *Psicothema*; 11 (2), 431-436.
- Garzón, L. (2005). *Llegó la hora de dejarse consentir por la rumba*. Recuperado de: <http://www.plazacapital.org/articulo.php?articulo=736>
- Glantz, N. M.; Martínez, I.; Tinoco, R. & De León, P. (2004). “Si no tomara él”. El consumo de alcohol y su papel en las relaciones de pareja. *Salud Mental*; 27(6), 50-56.
- Grant, K. (1998). *Alcohol como refuerzo*. North Carolina: Department Physiology and Pharmacology.
- Grau, J. (2003). Calidad de Vida y Salud: Problemas en su Investigación. *Boletín Electrónico de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud*, Sección Investigación en Detalle. Recuperado de: <http://www.alapsa.org/detalle/03/marco.htm>
- Hagihara, A.; Miller, A.; Tarumi, K. & Nobutomo, K. (2003). Social support has both positive and negative effects on the relationship of work stress and alcohol consumption. *Stress and Health*; 19, 205–215.
- Hernández, S.; Fernández, C. & Baptista, P. (2003) *Metodología de la investigación* (3ª Ed). México: McGraw-Hill.
- Icart, M.; Fuentelsaz, C. & Pulpón, A. (2001). *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 89, 67-77.
- Jernigan, D.H.; Monteiro, M.; Room, R. & Saxena, S. (2000). Towards a global alcohol policy: Alcohol, public health and the role of WHO. *Bulletin of the World Health Organization*; 78(4), 491-499.
- Kessler, D.A. (2005). Alcohol Marketing and Youth: The Challenge for Public Health. *Journal of Public Health Policy*; 26(3), 292-296.
- Klatsky, A. L. (2003). Drink to your health?. *Scientific American Reports*, 288(2), 74-81.

- Lalonde, M. (1996). El concepto de “campo de la salud”: Una perspectiva canadiense. En: O.P.S (Ed.). *Promoción de la Salud: Una Antología*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 557, 3-5.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T. & Scott, C. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10–15. *Addiction Research & Theory*, 18 (1), 84-96.
- Londoño, C. & Valencia, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*; 11 (1): 155-162.
- Londoño, C. (2004). *Construcción de un modelo cognitivo social integrado para la prevención del abuso en el consumo de alcohol en universitarios bogotanos*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Londoño, C. (2007). Construcción del modelo cognitivo social integrado para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes universitarios. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 3, 2. Recuperado de: [http://www.tipica.org/pdf/N2V3\\_Londono\\_modelo\\_cognitivo\\_social\\_integrado\\_prevention.pdf](http://www.tipica.org/pdf/N2V3_Londono_modelo_cognitivo_social_integrado_prevention.pdf)
- Londoño, C., Valencia, S.C., Hernández, V. & León, L. (2007). Diseño del Cuestionario de Resistencia a la Presión de Grupo en el consumo de alcohol. *Suma Psicológica*, 14, 2, 271-288.
- Londoño, C.; García, W.; Valencia, C. & Vinaccia, S. (2006a). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud*; 2, 241-249.
- Londoño, C.; Valencia, S.C. & Vinaccia, S. (2006b). El papel de psicólogo en la salud pública. *Psicología y Salud*; 16(2), 199-205.

- Maddaleno, M.; Morello, P.; & Infante-Espínola, F. (2003). Health and development of adolescents and young adults in Latin America and the Caribbean: Challenges for the next decade. *Salud Pública de México*; 45, 132- 139.
- Mangrulkar, L.; Whitman, Ch.V. & Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <http://www.adolec.org/pdf/habes.pdf>
- Marlatt, G.A.; Baer, J.S.; Kivlahan, D.R.; Dimeff, L.A.; Larimer, M.E.; Quigley, L.A.; Somers, J.M.; & Williams, E. (1998). Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: Results from a 2-year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 66(4), 604-615.
- Marriner-Tomey, A. (2001). *Guide to Nursing Management and Leadership*. Indiana State University, Terre Haute: Elsevier Health Sciences.
- Martínez, A.; Aparicio, A.; Ángel, I.; Prieto, R. & Oquillas, S. (2008). *Investigación Experimental y Cuasiexperimental*. Recuperado de: [http://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/Met\\_Inves\\_Bas/Presentaciones/Inv\\_Experimental\\_I\\_\(trabajo\).pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Bas/Presentaciones/Inv_Experimental_I_(trabajo).pdf).
- Martínez, K. I.; Pedroza, F. J.; Vacío, M. A.; Jiménez, A. L. & Salazar, M. L. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 247-264.
- Matheson, D.; Bruce, R.; & Beauchamp, K. (1985). *Psicología experimental*. México: Continental.
- Miguez-Burbano, M.J.; Jackson, J.; Braillon, A. & Dubois, G. (2005). Alcohol and public health. *The Lancet*; 365(9468), 1386-1387.
- Ministerio de la Protección Social (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental – Colombia 2003*. Colombia: Imprenta Nacional.
- Ministerio de la Protección Social & Dirección Nacional de Estupefacientes. (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008: Informe Final*. Bogotá D.C: Guadalupe.
- Monti, P.M.; Colby, S.M.; Barnett, N.P.; Spirito, A.; Rohsenow, D.J.; Myers, M.; Woolard, R. & Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive

- older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 67(6), 989-994.
- Moral, M. & Ovejero, A. (2009). Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad. *Revista Latinoamericana de Psicología*; 41 (3), 533-553.
- Morales, J. (2007). Alarma por casos de niños que empiezan a beber alcohol a los 11 años de edad. *Revista Semana* (5 de septiembre). Recuperado de:  
[http://www.semana.com/wf\\_InfoArticulo.aspx?idArt=103115](http://www.semana.com/wf_InfoArticulo.aspx?idArt=103115)
- Moreno-Jiménez, B.; Garrosa, E. & Gálvez, M. (2005). Personalidad Positiva y Salud. En: Flórez-Alarcón, L.; Botero, M.M. & Moreno-Jiménez, B. (2005). *Psicología de la Salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*. Colombia: Alapsa-UniNorte, pp. 59-76.
- Morrow, V. (2004). Children's "social capital": implications for health and wellbeing. *Health Education*; 104(4), 211-225.
- Murphy, J.G.; Duchnick, J.J.; Vuchinich, R.E.; Davison, J.W.; Karg, R.S.; Olson, A.M.; Smith, A.F.; & Coffey, T.T. (2001). Relative efficacy of a brief motivational intervention for college students drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*; 15(4), 373-379.
- Nuño, B. L.; Becerra, J. J.; Villaseñor, M. & Hidalgo, A. (1996). Consideraciones éticas para la investigación medica con adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 34(3), 189-193.
- Oblitas, L.A (2003). Psicología de la Salud. En Flórez-Alarcón, L (Comp.) (2003). *El legado de Rubén Ardila. Psicología: De la biología a la cultura*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, pp. 229-259.
- Oliveira, J. B., Lima, M. C. P., Simão, M. O., Cavariani, M. B., Tucci, A. M. y Kerr-Corrêa, F. (2009). Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 26(6), 494-501.
- Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud [OMS-OPS] (2007). *Salud en las Américas*. Washington: OPS.

- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (1998). *Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001*. Washington, D.C. OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2005). *Consumo de alcohol en las Américas: 50% más que en el resto del mundo*. Recuperado de:  
<http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=8737&SE=SN>
- Otálvaro, G.J. (2006). La Salud Escolar en Bogotá, en la Perspectiva de la Política Social 2004 -2008. *Boletín Electrónico de Salud Escolar*. 2 (1). Recuperado de:  
[http://www.tipica.org/pdf/la\\_salud\\_escolar\\_en\\_bogota.pdf](http://www.tipica.org/pdf/la_salud_escolar_en_bogota.pdf)
- Papalia, D.; Wendkos, S. & Feldman, R. (2001). *Desarrollo Humano*. Octava edición. México: Mc Graw Hill.
- Pérez, A. (2007). Consumo de Alcohol y otras Drogas: Recuperación Natural y sus Mecanismos de cambio. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*; 3 (2).  
Recuperado de:  
[http://www.tipica.org/pdf/N2V3\\_PEREZ\\_recuperacion\\_natural\\_alcohol.pdf](http://www.tipica.org/pdf/N2V3_PEREZ_recuperacion_natural_alcohol.pdf)
- Pilatti, A., Castillo, D., Martínez, M. V., Acuña, I., Godoy, J. C. y Brussino, S. (2010). Identificación de patrones de consumo de alcohol en adolescentes mediante análisis de clases latentes. *Quaderns de Psicologia*, 12 (1), 59-73.
- Polaino-Lorente, A. (1987). *Educación para la salud*. Barcelona: Herder, pp. 55-80.
- Prieto, C. (2010). Análisis del aporte del componente evaluativo en un programa de prevención selectiva del consumo excesivo de alcohol dirigido a estudiantes de secundaria. *Tesis de Grado*. Programa de Maestría en Psicología, Universidad Católica de Colombia.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-287.
- Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). Modelo Transteórico de cambio para conductas adictivas. En: Brugué, M.C. & Gossop, M. (Eds.). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, pp. 85-135.

- Prochaska, J.O.; Norcross, J.C.; & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books, pp. 19-69.
- Restrepo, H.E (2001a). Agenda para la acción en promoción de la salud. En: H.E. Restrepo & H. Málaga (Eds.) *Promoción de la Salud: Cómo Construir Vida Saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, pp. 34-55.
- Restrepo, H.E. (2001b). Conceptos y definiciones. En: H.E. Restrepo & H. Málaga (Eds.) *Promoción de la Salud: Cómo Construir Vida Saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, pp. 24-32.
- Ribes, E. (1990). *Psicología Y Salud: Un Análisis Conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rivera, D.P. & Villegas, A.W. (2004). Sesgo Optimista No-Realista: El caso del abuso de alcohol entre estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia. *Tesis de Grado en Psicología - No Publicada*. Universidad Nacional de Colombia.
- Rivera, J.A., Muñoz-Hernández, O., Rosas-Peralta, M., Aguilar-Salinas, C.A., Popkin, B.M. y Willett, W.C. (2008). Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana. *Salud Publica de México*; 50, 172-194.
- Room, R.; Babor, T. & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*; 365, 519-530.
- Roses, M. (2005). La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 18 (4/5), 223-225.
- Ryff, C. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*; 9 (1), 1-28.
- Salazar, I. & Arrivillaga, M. (2004). El Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*; 13, 74-89.
- Salcedo, A. (2007). Aspectos Genéticos relacionados con el Alcoholismo. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*; 3 (2). Recuperado de:  
[http://www.tipica.org/pdf/N2V3\\_Salcedo\\_aspectos\\_geneticos\\_relacionados\\_con\\_alcoholismo.pdf](http://www.tipica.org/pdf/N2V3_Salcedo_aspectos_geneticos_relacionados_con_alcoholismo.pdf)
- Salkind, N. J. (1998). *Métodos de investigación*. México: Prentice Hall.
- Sánchez, N. (1994). Aspectos genéticos del abuso del alcohol. En Tapias, R. (Ed.). *Las adicciones: dimensiones, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.

- Santacreu, J. (1991). Psicología Clínica y Psicología de la Salud: Marcos Teóricos y Modernos. *Journal of Health Psychology*; 3, 3-20.
- Saraceno, B. & Caldas de Almeida, J. M. (2001). Año especial para la salud mental. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 9(4), 209-210.
- Schuckit M. A. & Rayses, V. (2002.). Ethanol Ingestion: differences in blood acetaldehyde concentrations in relatives of alcoholics and controls. *Science* 5; 203 (4375), 54 – 55.
- Schuckit, M. A. (2000). Vulnerability factors for alcoholism. En: Davis, K.L.; Charney, D.; Coyle, J.T.; Nemeroff, C. (Eds). *Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress*. Philadelphia: American College of Neuropsychopharmacology, pp. 1399-1411.
- Schwarzer, R. (2006). *Modeling health behavior change: The Health Action Process Approach (HAPA)*. Recuperado de: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/hapa.htm>
- Secretaría Distrital de Salud (2003). *Estrategia escuela saludable*. Recuperado de: <http://www.saludcapital.gov.co/secsalud/navleft/planesyprogramasensalud/escuelasaludable.html>
- Sharman, C. (2005). El problema del alcohol. *Perspectivas de Salud*; 10 (1), 19-22.
- Sobell, L. (2001). Motivational interventions for problem drinkers. En: H. Ayala & L. Echeverría (Eds.), *Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, pp.67-80.
- Sobell, M.B. & Sobell, L. (2005). Guided self-change model of treatment for substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*; 19(3), 199-210.
- Sobell, M.B. (2007). Serendipia y ciencia: Reflexiones de una carrera. En: S.L. Echeverría, V.C. Carrascoza, & M.L. Reidl (Compiladores). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, pp. 273-280.
- Suelves, J.P. & Sánchez, M. (2001). Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: resultados de un estudio transversal. *Anales de Psicología*; 17 (1), 15-22.
- Tejada, D. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Revista Perspectivas de Salud*; 8, 1. Recuperado de: [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/Numero17\\_articulo1\\_4.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm)
- Téllez, J.; Sánchez, F.; Sierra, B. & Vera, C. (2004). Consumo de sustancias psicoactivas en menores de 12 años: reporte de tres casos. En Medina, N. (comp.) (2004). *Segundo*

- Encuentro de salud integral y sustancias psicoactivas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, pp. 133-145.
- Terris, M. (1992). Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: OPS (1992). *La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*, pp. 185 – 204.
- Trull, T.J. & Phares, E.J. (2003). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson.
- Urrego, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; XXXVI, 2.
- Vega, A. (1997). Los medios de comunicación social presionan al consumo-abuso del alcohol. *Madrid Comunicar*; 9, 105-110.
- Vélez Botero, H. (2009). Programa "TÍPICA-S" de promoción de la salud escolar. En: Tromboli, A.; Fantin, J. C.; Raggi, S.; Fridman, P.; Grande, E. & Bertran, G. *El Padecimiento Mental. Entre la Salud y la Enfermedad* (ISBN: 978-987-23478-1-9). Argentina: Asociación Argentina de Salud Mental, 613 – 616.
- Vélez Botero, H.; Flórez-Alarcón, L. & Violet, H. (2007). *Proyecto de prevención del consumo de alcohol en población del departamento de Casanare*. Informe final - Contrato F.D.S. 0078. Documento No-Publicado. Casanare: Secretaria de Salud de Casanare.
- Wahab, S. (2005). Motivational Interviewing and Social Work Practice. *Journal of Social Work*; 5(1), 45–60.
- Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*; 7(4), 355-386.
- Weissberg, R.P.; Caplan, M. & Harwood, R.L. (1991). Promoting competent young people in competence-enhancing environments: A systems-based perspective on primary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 59 (6), 830-841.
- Wills, T.; Baker, E. & Botvin, A. (1989). Dimension of assertiveness: differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 57 (4), 473-478.
- Yagosesky, R. (2000). *Autoestima en palabras sencillas*. Madrid: Seix Barral.

**Apéndice 1.** Cuestionario de etapas para la modificación del abuso**CEMA-PEMA: CUESTIONARIO DE TAMIZAJE (FORMA A)**Curso: \_\_\_\_\_ Género: Masculino  Femenino 

Antes de continuar recuerde: no hay respuestas buenas o malas y sus respuestas son confidenciales. Responda con total sinceridad a todas las preguntas a continuación:

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

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

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

- a) Entre 1 y 3 unidades
- b) Entre 4 y 5 unidades
- c) Más de 5 unidades

3. ¿Ha hecho antes, alguna vez, un intento decidido voluntariamente para moderar la cantidad de bebida que consume?

SI  NO 

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

SI  NO 

5. Si su respuesta a la anterior pregunta es afirmativa, califique la seriedad de su intención, en una escala de 1 a 10

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

Nada seria

Muy seria

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

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

7. Cuál de las siguientes alternativas se ajusta mejor a la CANTIDAD DE VECES que usted consumió bebidas alcohólicas durante los ULTIMOS SIETE DIAS (sin importar la cantidad consumida en cada ocasión)

- e) 0
- f) 1 o 2
- g) 3 o 4
- h) 5 o 6
- i) diario

8. Durante los últimos siete días, cuál de las siguientes alternativas, describe mejor la CANTIDAD de unidades (cervezas, copas, vasos, etc.) que usted generalmente consumió en cada una de las ocasiones en que bebió:

- a) 0 Unidades
- b) Entre 1 y 3 unidades
- c) Entre 4 y 5 unidades
- d) Más de 5 unidades

***PRUEBA CAGE***

Conteste las siguientes preguntas acerca de su situación en relación con beber alcohol:

9. ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	SI	NO
10. ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? (si nunca lo han criticado por beber marque X en NO)	SI	NO
11. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?	SI	NO
12. ¿Alguna vez ha tomado un trago en la mañana para calmar los nervios, o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?	SI	NO

**Apéndice 2.** Cuestionario de etapas para la modificación del abuso (Abuso)**CEMA-PEMA: ABUSO**

En cada una de las afirmaciones que se le presentan a continuación, marque el número que indique la alternativa que mejor se aplique a usted; para hacerlo utilice la escala de cinco puntos que se encuentra al frente, teniendo en cuenta que:

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

1. Estando bajo efectos del alcohol, me he caído y me he lesionado	1	2	3	4	5
2. Mi forma de beber ha hecho que durante los últimos meses haya dejado de asistir al colegio	1	2	3	4	5
3. Cuando tomo, digo cosas sin sentido	1	2	3	4	5
4. Cuando tomo, vomito	1	2	3	4	5
5. Cuando tomo, he visto, oído o sentido personas o cosas que otros no ven	1	2	3	4	5
6. Cuando tomo, siento tanto gusto por la bebida que prefiero seguir tomando por encima de otras actividades que también me agradan	1	2	3	4	5
7. Durante el último año he llegado tarde a mi colegio a causa de mi bebida	1	2	3	4	5
8. Cuando tomo, pierdo el hilo de la conversación	1	2	3	4	5
9. Durante los días en que no tomo, oigo, veo o siento personas o cosas que otros no sienten	1	2	3	4	5
10. Cuando tomo me pongo agresivo(a)	1	2	3	4	5
11. Mientras tomo pierdo momentáneamente la noción del lugar donde estoy	1	2	3	4	5
12. He convulsionado mientras tomaba o poco tiempo después	1	2	3	4	5
13. Cuando tomo digo cosas que después no recuerdo	1	2	3	4	5
14. Últimamente, yo tomo cada vez que se me presenta la oportunidad	1	2	3	4	5
15. He vomitado sangre mientras tomaba o poco tiempo después	1	2	3	4	5
16. Cuando estoy bajo los efectos del alcohol tengo que sostenerme para no caer	1	2	3	4	5
17. Durante los últimos meses he tenido problemas con mi familia a causa de mi conducta de beber	1	2	3	4	5
18. Sudo más de lo acostumbrado poco después de que he dejado de tomar	1	2	3	4	5
19. Durante los últimos meses la policía me ha amonestado o detenido por estar manejando carro o bicicleta bajo efectos del alcohol.	1	2	3	4	5
20. Durante los últimos meses he tenido problemas con la ley por acciones cometidas bajo efectos del alcohol	1	2	3	4	5
21. He perdido el sentido mientras tomaba o poco tiempo después	1	2	3	4	5
22. Cuando tomo me enredo para hablar	1	2	3	4	5
23. Siento que necesito tomar más alcohol u otras sustancias para poder dormir	1	2	3	4	5
24. Por beber, saqué malas calificaciones en mi estudio durante los últimos meses	1	2	3	4	5
25. Mi forma de beber provocó que durante los últimos meses tuviera que irme algún día de la casa	1	2	3	4	5
26. Durante los últimos meses fui suspendido(a) en el colegio a causa de mi bebida	1	2	3	4	5

**Apéndice 3.** Cuestionario de etapas para la modificación del abuso**CEMA-PEMA: DISPONIBILIDAD AL CAMBIO**

En cada una de las afirmaciones que se le presentan a continuación, marque el número que indique la alternativa que mejor se aplique a usted; para hacerlo utilice la escala de cinco puntos que se encuentra al frente, teniendo en cuenta que:

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

1. Estoy pensando seriamente en disminuir la cantidad de alcohol que normalmente consumo	1	2	3	4	5
2. En el último año (durante los últimos 12 meses), dejé de consumir alcohol a propósito (de manera intencional) por lo menos durante un mes ¿?	1	2	3	4	5
3. Deseo vehementemente dejar de consumir alcohol ¿?	1	2	3	4	5
4. Estoy pensando en dejar definitivamente de consumir alcohol ¿?	1	2	3	4	5
5. Actualmente planeo alguna forma para dejar de consumir alcohol??	1	2	3	4	5
6. Planeo dejar de consumir alcohol y estoy decidido(a) a hacerlo??	1	2	3	4	5

**Apéndice 4.1.** Cuestionario de etapas para la modificación del abuso (Procesos de Cambio-A)

**CEMA-PEMA: PROCESOS DE CAMBIO (FORMA A)**

Esta parte del cuestionario busca comprender de la mejor forma posible las estrategias que una persona puede implementar para moderar el consumo de alcohol. Cada afirmación describe una situación o pensamiento que una persona podría intentar para ayudarse a no consumir alcohol. Por favor indique qué tan a menudo hace usted uso de la estrategia descrita en cada frase para ayudarse a no beber actualmente.

Hay cinco respuestas posibles:

- 1 = Nunca
- 2 = Rara vez
- 3 = Ocasionalmente
- 4 = Frecuentemente
- 5 = Siempre

1. Acepto fácilmente beber cuando me siento presionado(a) a hacerlo por mi grupo de amigos(as)*	1	2	3	4	5
2. Mantengo en mi casa o en mi trabajo algunas cosas que me recuerden no beber	1	2	3	4	5
3. Hago algo que me gusta (ej. irme a cine, escuchar música, etc.) para recompensarme cuando venzo una tentación de beber	1	2	3	4	5
4. Recuerdo que me preocupan las enfermedades causadas por el alcohol	1	2	3	4	5
5. Me digo a mí mismo(a) que puedo escoger entre cambiar o no cambiar mi forma de beber	1	2	3	4	5
6. Evito relacionarme con personas que contribuyen a que yo beba	1	2	3	4	5
7. Pienso activamente en las consecuencias favorables que para mí tiene el hecho de beber	1	2	3	4	5
8. Pienso cómo mi problema con la bebida está lastimando a las personas cercanas a mí	1	2	3	4	5
9. Recuerdo la información que presentan por radio y televisión que me ayuda a pensar sobre cómo dejar de beber	1	2	3	4	5
10. Busco a alguien especial en mi vida que me ayuda a enfrentar mi problema con la bebida	1	2	3	4	5
11. Trato de tranquilizarme cuando siento ganas de beber	1	2	3	4	5
12. Tomo algún tipo de medicamentos que me ayuden a no beber	1	2	3	4	5
13. Pienso que las personas cercanas a mí estarían mejor sin mis problemas con la bebida	1	2	3	4	5
14. Leo periódicos o folletos con notas que me pueden ayudar para dejar de beber	1	2	3	4	5
15. Pienso activamente en los beneficios que obtendría si modero mi forma de	1	2	3	4	5

beber					
16. Me opongo a aceptar invitaciones a beber si no deseo hacerlo en ese momento	1	2	3	4	5
17. Evito las situaciones que me tientan a beber	1	2	3	4	5
18. Recuerdo que otros me hacen la vida difícil cuando bebo	1	2	3	4	5
19. Acudo a alguien que me escucha cuando quiero hablar acerca de mi problema con la bebida	1	2	3	4	5
20. Busco colocarme en alguna situación medioambiental que me facilite la superación de los problemas con la bebida	1	2	3	4	5
21. Recuerdo que me decepciono de mí mismo(a) cuando vuelvo a beber en exceso	1	2	3	4	5
22. Busco información relacionada con los problemas causados por el alcohol	1	2	3	4	5
23. Leo en los periódicos historias que pueden afectarme emocionalmente debido a mis problemas con el trago	1	2	3	4	5
24. Me digo a mí mismo(a) que si lo intento con bastante esfuerzo, puedo mantenerme alejado del trago	1	2	3	4	5
25. Busco permanecer en situaciones sociales en las que las personas respetan el derecho de los demás a no beber	1	2	3	4	5
26. Me alejo de los lugares en los que generalmente bebo	1	2	3	4	5
27. Digo "NO" cuando me hacen invitaciones a beber en momentos en que no me gustaría hacerlo	1	2	3	4	5
28. Asisto a reuniones que me ayudan a expresar todo lo destructivo que ha sido la bebida en mi vida	1	2	3	4	5
29. Hago compromisos conmigo mismo(a) para no beber más	1	2	3	4	5
30. Pienso acerca del tipo de persona que seré si logro controlar la bebida	1	2	3	4	5
31. Me concientizo de que mis reacciones físicas ante el alcohol me indican que éste sí es un problema para mí	1	2	3	4	5
32. He aceptado tomar medicinas que me ayudan a controlar los nervios y me facilitan permanecer sin beber	1	2	3	4	5
33. Pienso activamente en los perjuicios que me puede producir el hecho de beber excesivamente	1	2	3	4	5

**Apéndice 4.2.** Cuestionario de etapas para la modificación del abuso (Procesos de Cambio-B)

**CEMA-PEMA: PROCESOS DE CAMBIO (FORMA B)**

Esta parte del cuestionario busca comprender de la mejor forma posible las estrategias que una persona puede implementar para moderar el consumo de alcohol. Cada afirmación describe una situación o pensamiento que una persona podría intentar para ayudarse a no consumir alcohol. Por favor indique qué tan a menudo hace usted uso de la estrategia descrita en cada frase para ayudarse a no beber actualmente.

Hay cinco respuestas posibles:

- 1 = Nunca
- 2 = Rara vez
- 3 = Ocasionalmente
- 4 = Frecuentemente
- 5 = Siempre

1. Difícilmente acepto invitaciones a beber cuando no deseo hacerlo	1	2	3	4	5
2. Me pongo a hacer ejercicio cuando siento ganas de beber	1	2	3	4	5
3. Busco hablar al menos con alguna persona especial acerca de mis experiencias con el alcohol	1	2	3	4	5
4. Me fijo con atención en los avisos colocados en lugares públicos que invitan a la gente a beber moderadamente	1	2	3	4	5
5. Pienso con frecuencia que cambiar o no cambiar mi forma de beber es algo que depende de mí mismo(a)	1	2	3	4	5
6. Pienso que para poder sentirme bien conmigo mismo(a) es necesario cambiar mi conducta de beber	1	2	3	4	5
7. Pienso activamente en las consecuencias desfavorables que puede producirme el hecho de beber excesivamente	1	2	3	4	5
8. Quito de mi casa o del trabajo las cosas que me recuerdan la bebida	1	2	3	4	5
9. Recuerdo las advertencias que me afectan emocionalmente acerca de los riesgos que tiene el alcohol para la salud	1	2	3	4	5
10. Utilizo la fuerza de voluntad para alejarme del trago	1	2	3	4	5
11. Evito a las personas que me animan a beber	1	2	3	4	5
12. Acudo a alguien que me ayuda a concientizarme de la forma en que la bebida me está afectando personalmente	1	2	3	4	5
13. Intento pensar en otras cosas cuando siento deseos de beber	1	2	3	4	5
14. Recuerdo que las historias acerca del alcohol y sus efectos me ponen nervioso(a)	1	2	3	4	5
15. Pienso activamente en las consecuencias favorables que obtengo cuando bebo	1	2	3	4	5
16. Me resulta fácil decir “NO ACEPTO” cuando me invitan a beber y no	1	2	3	4	5

quiero					
17. Me recuerdo a mí mismo(a) que puedo escoger superar el problema con el trago si así me lo propongo	1	2	3	4	5
18. Ingiero alguna medicina tranquilizante	1	2	3	4	5
19. Recuerdo que me siento muy mal por lo mucho que las personas queridas para mí han resultado lastimadas por mis problemas con la bebida	1	2	3	4	5
20. Busco a alguien que intente compartir conmigo sus experiencias personales con el alcohol	1	2	3	4	5
21. Recuerdo que existen otras formas de tranquilizarme en lugar de beber cuando enfrento alguna situación que me altera	1	2	3	4	5
22. No me permito a mí mismo(a) divertirme cuando bebo	1	2	3	4	5
23. Abandono los lugares donde hay personas bebiendo	1	2	3	4	5
24. paro y pienso que mis problemas con la bebida le están causando a la vez problemas a otras personas	1	2	3	4	5
25. Elijo estar en lugares o situaciones donde se respeta el derecho de los demás a no beber	1	2	3	4	5
26. Me fijo en que me siento más competente cuando decido no beber	1	2	3	4	5
27. Me dejo presionar a beber fácilmente por mi grupo de amigos(as)*	1	2	3	4	5
28. Hago cambios en mi alimentación para ayudarme a dejar de beber	1	2	3	4	5
29. Voy a lugares en los que generalmente no se permite beber	1	2	3	4	5
30. Me pongo a pensar acerca de que beber y conducir, o ser peatón, le causa muchos problemas a otras personas	1	2	3	4	5
31. Pienso en la información que otros me han suministrado personalmente sobre los beneficios de abandonar la bebida	1	2	3	4	5
32. He aceptado tomar medicinas para ayudarme a reducir la cantidad de alcohol que bebo	1	2	3	4	5
33. Pienso activamente en los beneficios que puede acarrearle el hecho de moderar mi forma de beber	1	2	3	4	5

**Apéndice 5.** Cuestionario de etapas para la modificación del abuso (Expectativas hacia el alcohol)

**CEMA-PEMA: EXPECTATIVAS HACIA EL ALCOHOL (AEQ)**

Por favor responda a cada una de las preguntas de acuerdo con sus expectativas personales hacia el alcohol en este momento y elija la opción (cierto - falso) más acorde con su creencia. Si piensa que la frase es cierta o en parte cierta, entonces marque (CIERTO). Si piensa que la frase es falsa o en parte falsa, entonces coloque su respuesta en el cuadro correspondiente (FALSO).

Cuando la frase se refiere a beber alcohol, puede pensar en términos de tomar cualquier bebida alcohólica como cerveza, vino, whisky, ron, vodka, aguardiente o cocteles. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas. Lo importante es que usted exprese sus creencias y opiniones personales.

ITEM	CIERTO	FALSO
1. El beber me hace sentir acalorado(a)		
2. La bebida me hace sentir bien		
3. El alcohol hace a las mujeres más sensuales		
4. Es más fácil para mí expresar mis sentimientos si tomo unos cuantos tragos		
5. Después de beber unos cuantos tragos me siento más autosuficiente		
6. Después de beber unos cuantos tragos, NO me preocupa lo que otros piensen de mí		
7. El tomar bebidas alcohólicas me ayuda a relajarme en situaciones sociales		
8. El beber, solo o con otra persona, me hace sentir calmado(a) y sereno(a)		
9. Después de unos cuantos tragos me siento valiente y capaz de pelear		
10. El beber me hace sentir más satisfecho(a) conmigo mismo(a)		
11. Hay más compañerismo en un grupo de gente que ha estado bebiendo		
12. Mis sentimientos de aislamiento y separación disminuyen cuando bebo		
13. Las mujeres son más fáciles cuando han tomado unos cuantos tragos		
14. Soy mejor amante después de unos cuantos tragos		
15. El alcohol disminuye la tensión muscular		
16. Unos cuantos tragos hacen más fácil el hablar con la gente		
17. Usualmente estoy de mejor ánimo después de beber unos cuantos tragos		
18. Las mujeres pueden tener orgasmos más fácilmente si han estado bebiendo		
19. Me siento más generoso(a) y cariñoso(a) después de haber bebido unos tragos		
20. Unos cuantos tragos me hacen sentir menos tímido(a)		
21. Si estoy tenso, unos cuantos tragos me hacen sentir mejor		
22. Si siento miedo, el alcohol disminuye mis temores		
23. El tener una bebida en la mano me hace sentir más seguro(a) en una situación		
24. El alcohol puede servir como anestesia, esto es, puede aliviar el dolor		
25. Me gusta más tener relaciones sexuales si he bebido algo de alcohol		
26. Me siento más masculino/femenina después de beber unos cuantos tragos		
27. A veces cuando bebo solo(a) o con otras personas, es más fácil sentirme		

cómodo(a) y romántico(a)		
28. Me siento más despreocupado(a) cuando bebo		
29. El beber hace que las reuniones sean más divertidas		
30. El alcohol hace que se olviden más fácilmente los malos sentimientos		
31. Después de beber unos tragos me siento más excitado(a) sexualmente		
32. Si tengo frío, el tomar unas copas me proporciona calor		
33. Puedo alegar o discutir con más fuerza después de beber uno o dos tragos		
34. Unos tragos me hacen más sociable		
35. Una o dos copas hacen que mi buen humor sobresalga		
36. El beber me hace más franco(a)		
37. Tiendo a ser menos crítico de mi persona cuando bebo algo de alcohol		
38. Encuentro que hablar con personas del sexo opuesto es más fácil después de haber tomado		
39. El beber me hace sentir sonrojado(a) y acalorado(a)		
40. Es más fácil recordar momentos chistosos o bromas si he estado bebiendo		
41. Después de unos tragos soy menos sumiso(a) hacia aquellas personas que tienen posiciones de autoridad		
42. El alcohol me hace más conversador(a)		
43. Los hombres pueden tener orgasmos más fácilmente si han tomado.		
44. El alcohol me permite divertirme más en las fiestas		
45. El tomar hace que las personas se relajen más en situaciones sociales		
46. El alcohol me ayuda a dormir mejor		
47. Después de unos tragos, los dolores musculares no me molestan tanto		
48. El alcohol hace que me preocupe menos		
49. El tomar hace más fácil actuar impulsivamente o tomar decisiones más rápidamente		
50. Uno o dos tragos me relajan, para que no me sienta afanado(a) o presionado(a) por el tiempo		
51. Las cosas parecen ser más graciosas cuando he estado bebiendo, al menos me río más		

**Apéndice 6.** Cuestionario de etapas para la modificación del abuso (Sesgos)**CEMA-PEMA: SESGOS ALREDEDOR DEL CONSUMO DE ALCOHOL**

EN COMPARACIÓN CON OTROS ESTUDIANTES SIMILARES A USTED (de su mismo curso, de su mismo sexo, etc.) QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHOLICAS, cómo evalúa usted su probabilidad de llegar a sufrir el daño que se enuncia en cada ítem, como consecuencia de consumir alcohol.

RECUERDE: SE LE PREGUNTA POR SU ESTIMACIÓN ACERCA DE LA PROBABILIDAD DE QUE A USTED LE SUCEDA LO QUE SE AFIRMA EN CADA ÍTEM, EN COMPARACIÓN CON LA PROBABILIDAD QUE USTED ATRIBUYE DE QUE A LOS DEMÁS LES SUCEDA LO MISMO. Para hacerlo usted debe utilizar la siguiente escala:

- 2: Evalúo la probabilidad de que a mí me suceda como MUY INFERIOR a la de los demás
- 1: Evalúo la probabilidad de que a mí me suceda como INFERIOR a la de los demás
- 0: Evalúo la probabilidad de que a mí me suceda como IGUAL a la de los demás
- +1: Evalúo la probabilidad de que a mí me suceda como SUPERIOR a la de los demás
- +2: Evalúo la probabilidad de que a mí me suceda como MUY SUPERIOR a la de los demás

1. Llegar a ser un adicto al alcohol	-2	-1	0	+1	+2
2. Tener problemas familiares como consecuencia de mi forma de beber	-2	-1	0	+1	+2
3. Tener un accidente de tránsito, después de haber bebido (Ej. atropellar a alguien o ser atropellado)	-2	-1	0	+1	+2
4. Hacer el “oso” social, después de haber bebido (Ej. romper algo, vomitarme, caminar mal, etc.)	-2	-1	0	+1	+2
5. Perder el control personal después de haber bebido	-2	-1	0	+1	+2
6. Intoxicarme por consumir una bebida adulterada	-2	-1	0	+1	+2
7. Sufrir algún quebranto de salud a consecuencia de mi forma de beber	-2	-1	0	+1	+2
8. Tener problemas en mi desempeño académico o laboral como consecuencia de mi forma de beber	-2	-1	0	+1	+2
9. Tener un accidente personal (Ej. caerme) después de haber bebido	-2	-1	0	+1	+2
10. Agredir verbalmente a alguien después de haber bebido	-2	-1	0	+1	+2
11. Agredir físicamente a alguien después de haber bebido	-2	-1	0	+1	+2
12. Decir cosas de las que luego me voy a arrepentir, después de haber bebido	-2	-1	0	+1	+2
13. Perder mis habilidades sociales usuales, después de haber bebido	-2	-1	0	+1	+2
14. Tener un mal desempeño sexual, después de haber bebido	-2	-1	0	+1	+2
15. Tener alguna relación sexual peligrosa, después de haber bebido	-2	-1	0	+1	+2
16. Cometer algún delito, después de haber bebido	-2	-1	0	+1	+2
17. Gastar dinero en exceso, después de haber bebido	-2	-1	0	+1	+2
18. Enredarme y perder la coordinación al hablar, después de haber bebido	-2	-1	0	+1	+2
19. Perder la conciencia (sufrir una laguna), como consecuencia de haber bebido	-2	-1	0	+1	+2
20. Padecer un “guayabo” al día siguiente de haber bebido	-2	-1	0	+1	+2

**Apéndice 7.** Cuestionario de etapas para la modificación del abuso (Balance decisional)**CEMA-PEMA: BALANCE DECISIONAL**

Qué importancia tienen los siguientes aspectos en sus decisiones acerca de beber?

Responda de 1 a 5, de acuerdo con los siguientes criterios:

- 1 = Nada importante
- 2 = No muy importante
- 3 = Algo importante
- 4 = Muy importante
- 5 = Sumamente importante

<b>PROS (Qué tan importante es para usted cada afirmación en favor de beber)</b>	1. Beber me produce una sensación excitante	1	2	3	4	5
	2. Beber me produce ánimo	1	2	3	4	5
	3. Me siento más feliz cuando bebo	1	2	3	4	5
	4. Puedo conversar mejor con alguien que me atrae después de beber algunas copas	1	2	3	4	5
	5. Beber me hace sentir más relajado(a) y menos tenso(a)	1	2	3	4	5
	6. Beber me ayuda a divertirme con mis amigos	1	2	3	4	5
	7. Los eventos donde hay bebida son más divertidos	1	2	3	4	5
	8. Me siento más seguro(a) de mí mismo(a) cuando he bebido	1	2	3	4	5
<b>CONTRAS (Qué tan importante es para usted cada afirmación en contra de beber)</b>	1. Si bebo podría terminar lastimando a alguien	1	2	3	4	5
	2. Beber podría conducirme a ser adicto(a) al alcohol	1	2	3	4	5
	3. Beber podría acarrearle dificultades con la ley	1	2	3	4	5
	4. Puedo lastimar a personas cercanas a mí cuando bebo demasiado	1	2	3	4	5
	5. Algunas personas cercanas están decepcionadas de mí por beber	1	2	3	4	5
	6. Podría herir accidentalmente a alguien por beber	1	2	3	4	5
	7. Al beber estoy dándole un mal ejemplo a otros	1	2	3	4	5
	8. La bebida me impide hacer lo que normalmente se espera de mí	1	2	3	4	5

**Apéndice 8.** Cuestionario de etapas para la modificación del abuso (Tentaciones)**CEMA-PEMA: TENTACIONES**

A continuación se mencionan algunas situaciones que pueden llevar a que la gente beba más de lo debido. Seleccione la respuesta que señale con más precisión qué tan tentado se siente usted a beber en cada situación. Escriba el número que corresponda mejor al grado de tentación a beber que usted experimenta actualmente, de acuerdo con la siguiente escala:

- 1** = Ninguna tentación  
**2** = Algo tentado(a)  
**3** = Moderadamente tentado(a)  
**4** = Muy tentado(a)  
**5** = Totalmente tentado(a)

1. Cuando estoy interesado(a) en alguien	1	2	3	4	5
2. Cuando miro a otros que beben en un bar o en una fiesta	1	2	3	4	5
3. Cuando estoy muy preocupado(a)	1	2	3	4	5
4. Cuando estoy angustiado(a) debido a que he dejado de beber	1	2	3	4	5
5. Cuando tengo la urgencia de beber aunque sea un trago a ver qué sucede	1	2	3	4	5
6. Cuando pienso en tomar una copa	1	2	3	4	5
7. Cuando las personas con las que suelo beber me animan a tomar un trago	1	2	3	4	5
8. Cuando siento que todo me está saliendo mal	1	2	3	4	5
9. Cuando me encuentro físicamente cansado(a)	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento deprimido(a)	1	2	3	4	5
11. Cuando me siento abatido(a) por la frustración	1	2	3	4	5
12. Cuando las ganas de beber me cogen desprevenido(a)	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento interiormente enojado(a)	1	2	3	4	5
14. Cuando siento algún dolor o malestar físico	1	2	3	4	5
15. Cuando quiero probar mi fuerza de voluntad para dejar de consumir bebidas alcohólicas	1	2	3	4	5
16. Cuando me ofrecen una bebida en una reunión social	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro alegre o celebrando con otros	1	2	3	4	5
18. Cuando me encuentro de vacaciones y quiero relajarme	1	2	3	4	5
19. Cuando siento una necesidad física o un deseo intenso de beber alcohol	1	2	3	4	5
20. Cuando siento dolor de cabeza	1	2	3	4	5

**Apéndice 9.** Cuestionario de etapas para la modificación del abuso (Autoeficacia)**CEMA-PEMA: AUTOEFICACIA**

Qué tan seguro está usted, o qué tanta confianza tiene acerca de no beber alcohol si se llega a encontrar en cada una de las siguientes situaciones?

Escriba el número que mejor describa su sentimiento de confianza en cuanto a no beber en cada situación actualmente, de acuerdo con la siguiente escala:

**1** = Ninguna confianza

**2** = No mucha confianza

**3** = Confianza moderada

**4** = Mucha confianza

**5** = Total confianza

1. Cuando estoy interesado(a) en alguien	1	2	3	4	5
2. Cuando miro a otros que beben en un bar o en una fiesta	1	2	3	4	5
3. Cuando estoy muy preocupado(a)	1	2	3	4	5
4. Cuando estoy angustiado(a) debido a que he dejado de beber	1	2	3	4	5
5. Cuando tengo la urgencia de beber aunque sea un trago a ver qué sucede	1	2	3	4	5
6. Cuando pienso en beber una copa	1	2	3	4	5
7. Cuando las personas con las que suelo beber me animan a tomar un trago	1	2	3	4	5
8. Cuando siento que todo me está saliendo mal	1	2	3	4	5
9. Cuando me encuentro físicamente cansado(a)	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento deprimido(a)	1	2	3	4	5
11. Cuando me siento abatido(a) por la frustración	1	2	3	4	5
12. Cuando las ganas de beber me cogen desprevenido(a)	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento interiormente enojado(a)	1	2	3	4	5
14. Cuando siento algún dolor o malestar físico	1	2	3	4	5
15. Cuando quiero probar mi fuerza de voluntad para dejar de consumir bebidas alcohólicas	1	2	3	4	5
16. Cuando me ofrecen una bebida en una reunión social	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro alegre o celebrando con otros	1	2	3	4	5
18. Cuando me encuentro de vacaciones y quiero relajarme	1	2	3	4	5
19. Cuando experimento una necesidad física o un deseo intenso de beber alcohol	1	2	3	4	5
20. Cuando siento dolor de cabeza	1	2	3	4	5

**Apéndice 10.** Cuestionario de etapas para la modificación del abuso**CEMA-PEMA: CUESTIONARIO DE TAMIZAJE (FORMA B)**Curso: \_\_\_\_\_ Género: Masculino  Femenino 

Antes de continuar recuerde: no hay respuestas buenas o malas y sus respuestas son confidenciales. Responda con total sinceridad a todas las preguntas a continuación:

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

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

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

SI  NO

3. Si su respuesta a la anterior pregunta es afirmativa, califique la seriedad de su intención, en una escala de 1 a 10

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

Nada seria

Muy seria

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

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

5. Cuál de las siguientes alternativas se ajusta mejor a la CANTIDAD DE VECES que usted consumió bebidas alcohólicas durante los ULTIMOS SIETE DIAS (sin importar la cantidad consumida en cada ocasión)

- a) 0
- b) 1 o 2
- c) 3 o 4
- d) 5 o 6
- e) diario

6. Durante los últimos siete días, cuál de las siguientes alternativas, describe mejor la CANTIDAD de unidades (cervezas, copas, vasos, etc.) que usted generalmente consumió en cada una de las ocasiones en que bebió:

- a) 0 Unidades
- b) Entre 1 y 3 unidades
- c) Entre 4 y 5 unidades
- d) Más de 5 unidades

*PRUEBA CAGE*

Conteste las siguientes preguntas acerca de su situación en relación con beber alcohol:

7. ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	SI	NO
8. ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? (si nunca lo han criticado por beber marque X en NO)	SI	NO
9. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?	SI	NO
10. ¿Alguna vez ha tomado un trago en la mañana para calmar los nervios, o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?	SI	NO

Apéndice 11. Análisis *Pos Hoc* de la prueba de procesos

Prueba/Escala	Grupo	Grupo	Diferencia de Medias	Std. Error	Sig.	Intervalo Inferior (95%)	Intervalo Superior (95%)
Manejo de contingencias	1	2	0,268	0,173	0,411	-0,181	0,716
		3	0,033	0,169	0,997	-0,406	0,472
		4	0,240	0,163	0,455	-0,182	0,662
	2	1	-0,268	0,173	0,411	-0,716	0,181
		3	-0,235	0,179	0,555	-0,699	0,229
		4	-0,028	0,173	0,999	-0,477	0,421
	3	1	-0,033	0,169	0,997	-0,472	0,406
		2	0,235	0,179	0,555	-0,229	0,699
		4	0,207	0,169	0,612	-0,232	0,646
	4	1	-0,240	0,163	0,455	-0,662	0,182
		2	0,028	0,173	0,999	-0,421	0,477
		3	-0,207	0,169	0,612	-0,646	0,232
Auto-liberación	1	2	0,428	0,222	0,220	-0,148	1,004
		3	-0,002	0,217	1,000	-0,565	0,561
		4	0,082	0,209	0,979	-0,460	0,624
	2	1	-0,428	0,222	0,220	-1,004	0,148
		3	-0,430	0,229	0,243	-1,026	0,166
		4	-0,346	0,222	0,404	-0,922	0,230
	3	1	0,002	0,217	1,000	-0,561	0,565
		2	0,430	0,229	0,243	-0,166	1,026
		4	0,084	0,217	0,980	-0,479	0,647
	4	1	-0,082	0,209	0,979	-0,624	0,460
		2	0,346	0,222	0,404	-0,230	0,922
		3	-0,084	0,217	0,980	-0,647	0,479
Concienciación	1	2	0,403	0,196	0,174	-0,107	0,912
		3	0,031	0,192	0,998	-0,467	0,529
		4	0,400	0,185	0,137	-0,080	0,880
	2	1	-0,403	0,196	0,174	-0,912	0,107
		3	-0,371	0,203	0,264	-0,898	0,156
		4	-0,003	0,196	1,000	-0,512	0,507
	3	1	-0,031	0,192	0,998	-0,529	0,467
		2	0,371	0,203	0,264	-0,156	0,898
		4	0,369	0,192	0,223	-0,129	0,867
	4	1	-0,400	0,185	0,137	-0,880	0,080
		2	0,003	0,196	1,000	-0,507	0,512
		3	-0,369	0,192	0,223	-0,867	0,129
Control de Estímulos Sociales	1	2	0,550	0,264	0,163	-0,135	1,236
		3	-0,115	0,258	0,970	-0,786	0,555
		4	0,447	0,249	0,278	-0,199	1,093
	2	1	-0,550	0,264	0,163	-1,236	0,135
		3	-0,666	0,273	0,074	-1,375	0,044
		4	-0,103	0,264	0,980	-0,789	0,582
	3	1	0,115	0,258	0,970	-0,555	0,786
		2	0,666	0,273	0,074	-0,044	1,375
		4	0,562	0,258	0,134	-0,108	1,233
	4	1	-0,447	0,249	0,278	-1,093	0,199
		2	0,103	0,264	0,980	-0,582	0,789
		3	-0,562	0,258	0,134	-1,233	0,108

Prueba/Escala	Grupo	Grupo	Diferencia de Medias	Std. Error	Sig.	Intervalo Inferior (95%)	Intervalo Superior (95%)
<b>Alivio por vivencia emocional</b>	1	2	0,306	0,248	0,606	-0,338	0,950
		3	0,252	0,243	0,726	-0,377	0,882
		4	0,045	0,233	0,997	-0,561	0,652
	2	1	-0,306	0,248	0,606	-0,950	0,338
		3	-0,054	0,257	0,997	-0,720	0,612
		4	-0,261	0,248	0,719	-0,905	0,383
	3	1	-0,252	0,243	0,726	-0,882	0,377
		2	0,054	0,257	0,997	-0,612	0,720
		4	-0,207	0,243	0,829	-0,837	0,423
	4	1	-0,045	0,233	0,997	-0,652	0,561
		2	0,261	0,248	0,719	-0,383	0,905
		3	0,207	0,243	0,829	-0,423	0,837
<b>Contra-condicionamiento</b>	1	2	0,275	0,228	0,626	-0,320	0,870
		3	0,182	0,223	0,848	-0,400	0,760
		4	0,409	0,215	0,231	-0,150	0,970
	2	1	-0,275	0,228	0,626	-0,870	0,320
		3	-0,093	0,236	0,979	-0,710	0,520
		4	0,134	0,228	0,935	-0,460	0,730
	3	1	-0,182	0,223	0,848	-0,760	0,400
		2	0,093	0,236	0,979	-0,520	0,710
		4	0,227	0,223	0,739	-0,350	0,810
	4	1	-0,409	0,215	0,231	-0,970	0,150
		2	-0,134	0,228	0,935	-0,730	0,460
		3	-0,227	0,223	0,739	-0,810	0,350
<b>Control de la presión social</b>	1	2	0,245	0,198	0,605	-0,270	0,760
		3	-0,119	0,194	0,928	-0,620	0,380
		4	0,038	0,186	0,997	-0,450	0,520
	2	1	-0,245	0,198	0,605	-0,760	0,270
		3	-0,363	0,205	0,290	-0,900	0,170
		4	-0,207	0,198	0,724	-0,720	0,310
	3	1	0,119	0,194	0,928	-0,380	0,620
		2	0,363	0,205	0,290	-0,170	0,900
		4	0,157	0,194	0,850	-0,350	0,660
	4	1	-0,038	0,186	0,997	-0,520	0,450
		2	0,207	0,198	0,724	-0,310	0,720
		3	-0,157	0,194	0,850	-0,660	0,350
<b>Elaboración de balances</b>	1	2	0,466	0,245	0,230	-0,169	1,101
		3	0,143	0,239	0,933	-0,478	0,764
		4	0,212	0,230	0,794	-0,386	0,810
	2	1	-0,466	0,245	0,230	-1,101	0,169
		3	-0,323	0,253	0,579	-0,980	0,334
		4	-0,254	0,245	0,728	-0,889	0,382
	3	1	-0,143	0,239	0,933	-0,764	0,478
		2	0,323	0,253	0,579	-0,334	0,980
		4	0,069	0,239	0,991	-0,552	0,690
	4	1	-0,212	0,230	0,794	-0,810	0,386
		2	0,254	0,245	0,728	-0,382	0,889
		3	-0,069	0,239	0,991	-0,690	0,552

\* p&lt;0.05

## **RESEÑA BIOGRÁFICA DE LA AUTORA**

Psicóloga de la Universidad Católica de Colombia, Candidata a Magister de la Maestría en Psicología con énfasis en Salud y Prevención de la Universidad Nacional de Colombia. Investigadora asociada y Coordinadora del Grupo de investigación “Estilo de Vida y Desarrollo Humano” (GIEVDH) del Centro de Estudios Sociales (CES) de la Universidad Nacional de Colombia, desde el año 2006; y auxiliar docente del Departamento de Psicología de la misma Universidad desde el año 2009.

Tutora científica en la VIII versión de Expociencia y Expotecnología 2003 de la Asociación para el avance de la ciencia. Coordinadora de la red institucional de semilleros de la Universidad Católica de Colombia del 2003 al 2005; Vice coordinadora del Nodo Bogotá de Semilleros de investigación del 2003 al 2004; tesorera de la Fundación red colombiana de semilleros de investigación (RedCOLSI) en el 2005; Auxiliar de investigación del grupo de investigación en comportamiento organizacional del 2003 al 2005, Universidad Católica de Colombia.

Participante, en diversas modalidades (organizadora, ponente, panelista, relatora, coordinadora, entre otras) en más de 20 eventos académicos nacionales e internacionales desde el año 2000. Autora y co-autora de 11 publicaciones científicas en diferentes modalidades de publicación (Artículos cortos en revistas científicas, Capítulos de memoria, artículos en revistas científicas, capítulos de libro, entre otros).