

Programa interconductual de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en niños (as)¹

Parada Vargas William Antonio²

Lozano Melgarejo Diego Andrés³

Corporación Universitaria Iberoamericana, Bogotá, Colombia

Resumen

El interconductismo o conductismo de campo propuesto por Kantor y retomado por Ribes, es una propuesta explicativa teórica con un fuerte contenido conceptual pero pobre proceso empírico debido a la falta de investigación en este modelo; de igual manera se encuentra que los modelos en salud requieren innovaciones teórico prácticas para potenciar sus procesos de intervención, por ello se realizó el diseño de un programa de prevención primaria basado en el modelo interconductual dirigido a niños de 9 a 12 años enfocado al establecimiento de habilidades y competencias centradas en la toma de decisiones asertivas frente al consumo de sustancias psicoactivas. En resultados se presenta el programa, mostrando coherencia entre los niveles interconductuales frente a objetivos y actividades de cada sesión. Se sugiere realizar la revisión por jueces, la aplicación del programa y validación del mismo, y se recomienda el uso del modelo interconductista como un proceso pertinente ante la modificación y precaución de conductas de riesgo.

Palabras clave: interconductismo, niveles funcionales, competencias, salud, prevención, sustancias psicoactivas.

Abstract

The interbehaviorism proposed by Kantor and retaken by Ribes, is a theoretical explanatory proposal with a strong conceptual content but poor empirical process due to

¹ El presente artículo de investigación se realiza como trabajo de grado para el título de Psicólogo en el Programa de Psicología de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Corporación Universitaria Iberoamericana; para su realización se contó con la asesoría del doctor Edgar Fernando Riveros Munevar, docente del programa. Efriveros45@hotmail.com.

² Investigador en formación perteneciente al Semillero PSISMO (Psicología Social en Movimiento). Programa de Psicología, Corporación Universitaria Iberoamericana. psico.wa.paradavargas@hotmail.com.

³ Investigador en formación perteneciente al Semillero PSISMO (Psicología Social en Movimiento). Programa de Psicología, Corporación Universitaria Iberoamericana. psicodiegolozano@gmail.com.

the lack of research in this model, the same way we find that the models require innovations in health theoretical practices to enhance their intervention processes, so the design was a primary prevention program based on the model interbehavioral targeting children aged 9 to 12 years focused on the development of skills and competencies focused on decision making assertive versus psychoactive substance use. Results shown in the program, showing consistency between levels interbehavioral against objectives and activities of each session. We suggest to review by judges, program implementation and validation, and is recommended for use as a process model interbehavioral relevant to changing risk behaviors.

Keywords: interbehaviorism, functional levels, skills, health, prevention, psychoactive substances.

Justificación

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se ha convertido en una problemática de salud pública debido a los diversos efectos que se presentan en individuos y comunidades inmersos en esta problemática, pasando a ser uno de los fenómenos sociales que mayor relevancia y divulgación tiene a nivel mundial (Secretaria de Salud de México, 2007), creándose a su alrededor movimientos de divulgación, así como de crítica y debates ante el manejo que debería darse ante el mismo, ya sea en el caso de legalización, penalización o prevención (Cachanosky, 2012; Blickman & Jeisma, 2009).

En estudios realizados ante esta problemática se encuentra que, según Cáceres, Salazar. Tobar y Varela (2006), para el 2004 en el mundo existían alrededor de 185 millones de personas consumidoras de SPA y que para el 2010, según la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2012) este número se había incrementado en un 24%, es decir, ya existían aproximadamente 230 millones de consumidores, siendo el 13% de estos consumidores problemáticos, teniendo trastornos asociados como el VIH, hepatitis B, hepatitis C, entre otros y encontrándose de igual manera que de cada 100 muertes en el mundo, en una de ellas el consumo de SPA había estado presente.

Por parte del marco institucional colombiano, el Gobierno Nacional se ha encargado de establecer diversos estudios enfocados al estudio de la problemática, basándose en los mismos para formular estrategias enfocadas a reducir los índices de consumo en el país; pese a esto, dicho índice continúa aumentando (Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, 2009; Escopetta, 2010); encontrándose que encuentra que para el año 2008 el 10% de la población Nacional había consumido algún tipo de sustancia ilegal y el 3%, 540.000 personas, lo habían hecho durante el último año, teniendo una mayor prevalencia entre los 18 y 24 años, 6%, y un 3.4% entre los 12 y 17 años, siendo mayor el número de consumidores de sustancias lícitas, pero con la problemática de ser estas la puerta de entrada a SPA ilegales (Ministerio de la Protección Social, 2009; Scopetta, 2010; Alcaldía de Bogotá, 2011).

Teniendo este punto de partida, puede considerarse que los programas dirigidos a la prevención del consumo de SPA que hasta el momento se han desarrollado no alcanzan la efectividad esperada, teniendo en cuenta el incremento en la población consumidora; sin embargo vale la pena resaltar que los procesos investigativos e informes que elabora el Gobierno Nacional están enfocados a la descripción y estudio de los índices de consumo mas no a la creación de propuestas de intervención o prevención del mismo, a diferencia de otros Gobiernos de la Región como los elaborados por el Ministerio del Interior de Chile (2009) y el Ministerio de Educación de Perú (sf); en los cuales el interés central, más allá de hacer una descripción de la problemática, es la de proponer un marco de intervención ante la misma.

Se puede concluir que muchos de los programas preventivos, en consumo de SPA implementados en Colombia hasta el momento carecen de la capacidad de modificar la relación del sujeto con su entorno, de hacerlo participe de su propio cambio o del cambio social; lo que dificulta el mantenimiento de las conductas esperadas en los participantes de dichos programas y que solo hasta los últimos años, según el Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección social (2012), se han estado enfocado en el desarrollo de competencias en toma de decisiones asertivas frente al consumo de SPA, priorizando la prevención en los ámbitos educativos primarios, haciendo que la participación, tanto

de las instituciones educativas como de los alumnos, sea uno de los pilares en la construcción de las propuestas de intervención y prevención.

Por estas razones se plantea la importancia de establecer un modelo de prevención del consumo de SPA que brinde a la psicología de la salud una herramienta para intervenir este comportamiento antes de su ocurrencia, es decir con niños, niñas y adolescentes entre los 8 y los 12 años, para promover la adquisición de competencias suficientes con el fin de modificar la conducta que predispone la ocurrencia del fenómeno en cuestión, logren la emisión de conductas asertivas evitando un posible consumo y disminuyendo la emisión de conductas de riesgo ante el mismo, buscando que cifras relacionadas con violencia intrafamiliar, robo, narcotráfico y demás problemáticas propias de las adicciones, lleguen a disminuir favoreciendo la convivencia y en si la salud publica en el contexto intervenido.

Marco de referencia

La salud y el contexto psicológico

Salud, tal como lo cita Vélez, (2007), Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es definida como el “Completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 66); partiendo de esta definición han sido diversos los aportes realizados a este campo, profundizando en aspectos que llegan a ser preponderantes como son los componentes económicos, políticos, culturales, sociales, biológicos y demás que cobran importancia en su comprensión y análisis.

Una de las áreas del conocimiento que se ha preocupado por indagar con respecto a esta temática es la Psicología que específicamente desde la psicología de la salud, dedica sus esfuerzos a estudiar cuáles son los componentes inmersos en el comportamiento de individuos y comunidades en el proceso salud-enfermedad, así como a la explicación de cuáles son los procesos psicológicos que llegan a influir en la determinación del estado de salud, el riesgo de enfermar, las condiciones propias de la enfermedad y recuperación de la misma, así como la claridad en la evolución histórica

tanto en el tratamiento como de las descripciones y tendencias poblacionales e institucionales en torno a la manera de enfrentar la enfermedad y partiendo desde un modelo bio-psico-social, procura dar una explicación a los factores preponderantes en la aparición, mantenimiento, tratamiento y comprensión de la enfermedad (Morales, 1997; Vélez, 2007; Josep, Gierlach, Housey & Beutler, 2005).

En el caso colombiano la psicología de la salud había encaminado sus estudios a aspectos como el cáncer, el dolor, la insuficiencia renal y psicoimmunología (Vinaccia, 1989), pero en los últimos años el espectro se ha incrementado a otras áreas de intervención y enfermedades pues, como lo explica Flórez, (2006); las investigaciones han estado enfocadas a la promoción y prevención de diversos factores inmiscuidos en la calidad de vida, aspectos sociales inmersos en la salud como el trabajo, el estudio, la vida de pareja, al igual que el suicidio y así mismo hace un especial énfasis, como en el caso de la presente investigación, en la prevención, promoción, así como la creación de modelos para controlar y dar atención a la población en lo que respecta al consumo de SPA.

Las Sustancias Psicoactivas (SPA)

Para la OMS, las SPA son aquellas sustancias que al ser ingeridas afectan diversos procesos mentales, estados de ánimo y comportamientos de un individuo; son en sí un grupo de sustancias, tanto legales como ilegales, que llegan a ser de interés ante las diversas políticas en materia de drogas; este tipo de sustancias han estado presentes a lo largo de toda la historia de la humanidad, se han hallado muestras en ruinas de comunidades ancestrales del uso de las mismas para rituales religiosos y prácticas de socialización en diversas partes del planeta, sin embargo es hasta el siglo XX cuando se configura como una problemática mundial, esto debido a la proliferación, comercialización, industrialización y procesamiento de las mismas, para incrementar los niveles en los efectos que llegan a producir en los individuos que las consumen, así como los diversos daños que causa a nivel individual y social, convirtiéndose así en un problema de salud pública (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 1998; Slapak & Grigoravicius, 2007; OMS, 1980; 2004).

En los últimos años el Gobierno de Colombia, las entidades estatales han buscado estrategias enfocadas a la disminución de la vulnerabilidad de la población en general, haciendo énfasis en el trabajo con niños, niñas y jóvenes; que son quienes reportan un mayor incremento en los niveles de consumo, buscando la mitigación de los efectos sociales que conlleva esta problemática, ya que así como ponen en riesgo la vida del consumidor, también alteran la tranquilidad y seguridad de familias y comunidades, arriesgando también la vida de quienes le rodean. (Ministerio de la Protección Social, 2008; Escopetta, 2010; Bienestar Familiar & Dirección Nacional de estupefacientes, 2010; Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social 2012; Scoppetta, 2010).

La vulnerabilidad, según Lorenzo et al (1998), se establece tanto por factores individuales como ambientales, encontrando entre los factores individuales los biológicos y los psicológicos. En los primeros se hayan factores como la edad, sexo y carga genética, mientras que en los segundos se encuentran los de personalidad, estabilidad emocional y la probabilidad de alteraciones psíquicas (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Biológicamente, el consumo de SPA aparte de estar ligado a la búsqueda de algún tipo de satisfacción o beneficio, búsqueda de placer o evitación del dolor, trae serias consecuencias a corto y largo plazo; ya que se ven modificadas y por ende afectadas varias funciones cerebrales, debido a la dependencia que estas llegan a causar, por su presencia como reforzador positivo, afectando de esta manera el sistema de recompensa del sistema nervioso central y en específico al sistema reforzador límbico-motor en el cual están implicadas diversas áreas cerebrales y está relacionado con funciones tanto motivacionales como locomotoras, afectando de igual manera los procesos de neurotransmisión desencadenando múltiples afecciones en la funcionalidad del sistema nervioso central (Lorenzo et al,1998; OMS, 2005; Cáceres et al, 2006).

En lo que respecta a los factores ambientales, se hace evidente la influencia ascendente en factores culturales, lo cual hace referencia a la importancia que tiene el contexto social al momento de tener contacto con las SPA, ante todo marcada por la

aceptación social de sustancias como el alcohol y el tabaco, lo cual facilita su adquisición por parte de cualquier individuo; otro de los factores contextuales que inciden en el consumo es la aparición de modelos sociales que incitan a este, pero de gran relevancia en lo que respecta al nivel de incidencia en este fenómeno es la presencia de dinámicas familiares poco adecuadas, malos canales de comunicación y diferentes tipos de violencia que pueden hacer que los individuos se refugien en el consumo; pero así mismo una sociedad consumista, con normas legales blandas en sus políticas de prevención, al igual que modelos sociales poco adecuados y una inadecuada orientación en el manejo del tiempo libre y el ocio pueden hacer que esta problemática se incremente (Lorenzo et al,1998; Ministerio de Protección Social, 2009; Escopetta, 2010; Organización Panamericana de la Salud, 2007; Rice, 1997; Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

De esta manera se podría establecer que las causas, efectos y mantenimiento de la conducta de consumo de las SPA son de tipo bio-psico-social, aunque por nivel de incidencia llega a ser más de tipo socio-psico-biológica, debido a que los factores sociales son, en primera medida, por medio de los cuales se puede llegar a explicar y analizar el consumo o no en una sustancia en una sociedad determinada; seguida por los aspectos psicológicos y en tercera medida los factores biológicos, pues por medio de estos se llegan a explicar los componentes que hacen que se presente un mantenimiento en la conducta; mientras los factores psicológicos como el autocontrol, la memoria, la inteligencia, el pensamiento, las sensaciones, la percepción del entorno y de sí mismo y la comunicación son determinantes en la influencia social y esta a su vez en la cognición social, que son las que llegan a determinar esta conducta en un individuo (Becoña, 2007; Cáceres et al, 2006; Negrete & Arruecochea, 2008; Espada, Mendez, Griffin & Botvin, 2003).

Prevención de conductas de riesgo

La prevención es vista como el conjunto de acciones que tienen el objetivo de impedir o reducir el efecto en el desarrollo o aparición de resultados indeseados ante

conductas o hábitos de riesgo y la anticipación a la posible llegada de los mismos; partiendo de ello la prevención de conductas de riesgo es entendida como aquellas propuestas para la transformación de las conductas que por su incidencia llegan a amenazar la salud o que buscan potenciar características y competencias propias de los individuos y que al trabajarlas disminuyen la probabilidad de enfermar basándose en el conocimiento de la etiología y racionalidad de los comportamientos de riesgo, así como a los factores biológicos y contextuales que influyen en el mismo (Cuevas, 1995; Zaz, sf; De Roux, 1994).

Existen diferentes modelos de prevención enfocados a trabajar con los individuos directamente, entre estos se encuentran los propuestos por Gordon (1987) y Caplan (1988); el primero de ellos ha estado ligado ante todo a procesos de prevención del consumo de SPA y sugiere tres tipos de prevención la universal, la selectiva y la indicada; mientras el segundo tipo de prevención esta dividido en tres modos de prevención, la primaria, secundaria y terciaria (Garcia 2010; Alvira, 1999; Becoña, sf; Fajardo, Gualteros & Rojas, 1999).

De esta manera y basados en las anteriores clasificaciones se puede establecer que la población beneficiaria de procesos encaminados a la prevención de conductas de riesgo, relacionadas con el consumo de SPA, y evitar las consecuencias propias de este fenómeno social son niños y niñas entre los nueve y doce años pues, según el Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social (2012), los doce años es la edad en la cual se está iniciando el consumo de este tipo de sustancias, evitando así que éste continúe presentándose en edades cada vez más tempranas, ya que es en estas en las que mayor vulnerabilidad presentan debido a que en la etapa de formación en la que se encuentran, siendo también propicia para iniciar y fortalecer esos espacios de formación individual para que dichas competencias se arraiguen en su ciclo vital reduciendo los índices de consumo y por ende disminuyendo las problemáticas sociales que de este se desprenden (Espada et al, 2003; Londoño & Vinaccia, 2005; Vásquez, Wagner, Velazco, Borges & Iazcano, 2004; Fajardo, et al, 1999; Burkhart, 2006).

Es importante tener en cuenta, en lo que respecta a los programas enfocados a prevención del consumo de SPA, que como lo plantean Arco y Fernández (2002), estos deben basarse en una adecuada sustentación empírica, es decir debe existir toda una ciencia de investigación para el desarrollo de este tipo de programas; así mismo Establecen la importancia de aumentar el rigor metodológico que hasta ahora se ha tenido en las intervenciones y programas; otra llega a ser la importancia de habilitar y adecuar los centros de entrenamiento existentes, para de esta manera llegar a cubrir los desafíos logísticos de este tipo de programas y resaltan la importancia del trabajo interdisciplinario para enfocar desde diferentes puntos de vista la elaboración de dichos procesos.

Desde esta perspectiva puede asegurarse que no llega a haber una conclusión acertada que defina la validez de un programa de prevención, sin antes haber tomado en cuenta la pluralidad del contexto en el que se aplica, la complejidad del problema y las cualidades de la población en las cuales se quiere intervenir, es decir que, sería insuficiente diseñar programas que no consideren las variables mencionadas. Estas cualidades han sido formuladas en los modelos de prevención de conductas de riesgo por etapas como el modelo de la Dimensión Psicológica de la Promoción y la Prevención en Salud (DPPPS), el Proceso de Adopción de Precauciones (PAP), el Modelo Transteórico (MTT) y la aproximación de procesos a la acción saludable, los cuales explican la conducta saludable como un proceso secuencial y sucesivo por medio del cual el sujeto se aproxima cada vez más a la ejecución de una conducta esperada (Flórez, 2007).

Una consideración importante al momento de iniciar cualquiera de estos procesos es que, según Espada, Rosa & Mendez (2003), cuando estos programas son aplicados por personas ajenas a las instituciones generan mejores resultados, al igual aquellos que tienen un mayor número de sesiones, pero ante todo que una intervención eficaz debe incluir al menos una fase de adquisición de conocimientos por medio de la transmisión persuasiva de determinados contenidos, una fase de adquisición de habilidades mediante variados entrenamientos y tareas para la casa, así como una fase de toma de postura personal que culmina en un compromiso público

acerca de evitar el uso de sustancias; estos planteamientos están relacionados con la propuesta planteada desde el campo de acción de la teoría interconductual, por lo cual dicho modelo psicológico puede brindar un desarrollo adecuado a propuestas encaminadas a la prevención de conductas de riesgo (Kantor, 1978; Ribes & López, 1985, 2007).

El modelo teórico interconductual

En la historia del análisis de la conducta se encuentran diferentes escuelas que han buscado la explicación del comportamiento de los individuos en su interacción con su ambiente; estas escuelas están comprendidas en tres grupos de doctrinas, la doctrina fisiológica; que es una doctrina meramente idiosincrática y explica el comportamiento de los individuos por medio de procesos fisiológicos que son de igual manera los que median en procesos mentales y psíquicos; otra doctrina es la conductista clásica, para la cual no existen procesos psíquicos y basa sus niveles de estudio no solo en el análisis de estímulo y respuesta que empleaba la doctrina fisiológica, sino que agrega la manera en la cual el organismo media entre estas dos operando en el ambiente para modificarlo y la forma en que este condiciona de alguna manera las respuestas del mismo; y por último la doctrina conductista contemporánea, que es en sí un modelo ecológico en el que se busca explicar cómo el organismo se adapta a las condiciones interpuestas por el ambiente (Kantor, 1978).

El modelo de la psicología interconductual surge como una nueva propuesta para el estudio de la conducta y fue desarrollada por el psicólogo español J. R. Kantor; quien planteó que el objeto de estudio de la psicología es la coordinación holística de los eventos psicológicos, es decir, la unificación de los conceptos de conductuales tradicionales, con la aceptación de los conceptos cognoscitivos antes vistos como internos e inorgánicos entendiéndolos también como interconducta, (Kantor, 1978; Pérez & Quiroga, 2010).

La definición de interacción o interconducta de Kantor, es explicada por medio de un modelo de campo empleado como herramienta analítica (Pérez & Quiroga, 2010); dicho campo está compuesto por diversos segmentos conductuales integrados

al rededor del análisis de contingencia E – R (estimulo – respuesta), entre estos están: a) la historia del contacto funcional o historia interconductual, que se refiere a la historia de las interacciones de estímulo y respuesta y que preceden al comportamiento actual, es decir, la experiencia del sujeto; b) Los factores situacionales, que influyen en la ocurrencia del contacto, es decir, las condiciones de la situación actual en la que se produce el comportamiento y que también influyen en el tipo de relación entre estímulo y respuesta; c) el medio de contacto, que son las situaciones que permiten la interacción con el ambiente o situaciones, pueden ser de orden físico-químico como el aire, u orgánicas del ambiente, d) y finalmente el sistema reactivo, que hace referencia a los sistemas sensoriales del ser humano que entran en contacto con el ambiente a través de los medios de contacto (Kantor, 1978; Ribes & López, 1985, 2007; Pérez & Quiroga, 2010).

Las críticas al desarrollo teórico de Kantor, definen al modelo como meramente metateórico y le atribuyen las propiedades conceptuales de una teoría por medio de la cual se pueden construir conceptos y métodos adecuados para el análisis de los eventos psicológicos, así como guiar su explicación, sin embargo, se discute su efectividad para el estudio del comportamiento del ser humano, puesto que se le atribuye el estar formulado como un marco de referencia conceptual mas no como un modelo de estudio (Ribes, 1994).

Por estas razones Emilio Ribes aporta al análisis interconductual de 2 tipos de posibilidades de ocurrencia en la interacción estimulo – respuesta para cada una de las funciones, a las cuales clasificó como contingencias lógicas y contingencias causales (Ribes 2009). Las relaciones de ocurrencia, son aquellas donde A es la condición necesaria para que ocurra B, lo que no significa que A sea la causa de B solo implica que si ocurre B entonces A ocurrió, en este sentido es un tipo de relación contigua y diacrónica; en cambio, las relaciones o contingencias de función son la que articulan funcionalmente la situación que ocurre, se vuelven mediadas en el tiempo y el espacio por las respuestas y estímulos convencionales (lenguaje), en situaciones diferentes a la que tengan lugar la relación presente.

Estos dos criterios permiten clasificar los contactos funcionales mencionados anteriormente, dando lugar a cinco tipos de contacto funcional o funciones psicológicas conocidas como la “taxonomía de las funciones estímulo - respuesta” (Ribes & López 1985, 2007):

1. Función contextual: El evento esta mediado por el contexto, depende del evento contextualizador y lo modifica igualmente. La relación vendría a ser un segmento del entorno y su medio de contacto es físico-químico.
2. Función suplementaria: La participación de la respuesta del organismo en la estructuración de la contingencia, la respuesta del organismo suplementa la relación entre eventos del ambiente. El medio de contacto es también físico-químico.
3. Función selectora: La mediación por un estímulo o una interacción de estímulo respuesta de una contingencia suplementaria. En esta función el sujeto modifica su comportamiento en función del tipo de evento o las condiciones relacionadas que va identificando. El medio de contacto es ecológico.
4. Funcione Sustitutiva referencial, implica la interacción entre dos organismos o individuos respecto a eventos de estímulo, en la medida en que un individuo mediador interactúa con un individuo mediado comparten la sustitución de contingencias selectoras. Esta mediada por la conducta convencional de otro individuo, es decir el medio de contacto en este caso es convencional (el lenguaje).
5. Función sustitutiva no referencial, constituye una relación entre eventos puramente convencionales, y por lo tanto no requiere de las propiedades organísmicas y no organísmicas de los eventos.

El modelo teórico interconductual basado en la propuesta de Ribes (1985), plantea la importancia del establecimiento de un nivel de funcionamiento jerárquico del comportamiento, que lo categoriza de acuerdo a su desligamiento con las características biológicas del individuo en interacción con el ambiente y sus

componentes bioquímicos hasta llegar a un nivel de comportamiento con el nivel funcional de una interacción más compleja, es decir en interacción con su ambiente socio-cultural. En otras palabras, el modelo interconductual de Ribes aporta un sistema de categorías por la cual nombrar al tipo de interacción que está ocurriendo entre el individuo y el ambiente.

Debido a las diversas problemáticas que se desprenden del consumo de SPA, los modelos empleados para su prevención, la baja efectividad que se encuentra en los mismos modelos y a las premisas que entrega el modelo interconductual, se plantea como objetivo general de la presente investigación el diseño de un programa para la prevención del consumo de SPA en niños basado en el modelo anteriormente mencionado.

Como objetivos específicos se plantea el aportar un modelo metodológico por medio del cual se brinden herramientas a niños y niñas entre los nueve y los doce años, para la toma asertiva de decisiones frente al consumo de sustancias psicoactivas, evidenciar la idoneidad del modelo interconductual en temáticas relacionadas con la prevención de problemáticas de salud pública, así como el brindar a la psicología de la salud un nuevo modelo para la atención y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Marco metodológico

Tipo de investigación

El presente trabajo es una revisión bibliográfica (Galvez, 2002; Guirado, Olmedo & Ferrer, 2008) enfocada al paradigma de la investigación tecnológica, debido a que el método se adapta al objetivo de la investigación propuesta para este trabajo, permitiendo la transformación de una realidad específica, por medio de la integración de los procesos de recolección de datos dirigido al conocimiento del objeto de estudio y finalmente intervención al modificarlo (García & Muñoz, 2009).

Población Objeto

El programa diseñado, basado en los principios del cuidado de la salud dirige su aplicación a la población infantil, específicamente a la población que corresponde a la concepción de segunda infancia que corresponde a niños y niñas con edades de 8 a 10 años, de acuerdo a la ley 115 las edades en las cuales los niños inician su etapa de enseñanza formal en los grados básicos de escolaridad de tercero a quinto que se considera como un cuidado mínimo obligatorio para todo cuidado en Colombia y que se considera, es el inicio en la socialización de los niños con niños de su edad (Jaramillo, 2007). Así mismo se extiende la aplicación del programa a los niños con edades desde los 9 a los 12 años, de acuerdo a la edad en que hayan iniciado su escolaridad.

Resultados

La revisión teórica desarrollada permitió identificar una serie importantes ventajas compartidas entre los modelos de salud por etapas basados en las teorías cognitivas o conductuales tradicionales, así como también se encontraron considerables puntos por mejorar en lo que respecta a la promoción del desarrollo de una conducta preventiva.

Cada modelo expone una serie de alternativas propias de la aplicación a determinados contextos en los que se presenta la conducta de riesgo o en la cual intervenir de acuerdo a la carencia del comportamiento con el fin de acercar a la persona a la ejecución efectiva de una conducta saludable; de estos modelos de salud el que ha presentado mejores resultados en el contexto Colombiano ha sido el Proceso de Adopción de Precauciones (PAP), el cual ha demostrado un importante sustento empírico (Flórez, 2006; Rodríguez & Londoño, 2010; Velázquez, Torres-Neira & Sánchez, 2006) y es además el modelo que comparte más características en su ejecución con el modelo propuesto en este trabajo, como se evidencia en la Tabla 1.

Tabla 1. Cuadro comparativo del modelo PAP y el programa interconductual en prevención del consumo de SPA

Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones (PAP)	Modelo interconductual de prevención
---	---

1. Bases teóricas		
Está propuesta desde teorías cognoscitivas, que le dan las características de un nivel de explicación descriptivo del comportamiento, es decir, que definen las características particulares de un fenómeno particular de acuerdo a su ocurrencia basada en la existencia de procesos psicológicos superiores internos.	Está propuesta desde la teoría interconductual, su nivel explicativo es molecular por lo cual define los fenómenos a partir de la explicación causal de los eventos comportamentales entre los que incluye a los procesos psicológicos complejos.	
2. Adquisición del comportamiento saludable		
El Proceso de Adopción de Precauciones sugiere que la adquisición de la conducta saludable está determinada por la percepción que el sujeto tiene acerca de la severidad del riesgo y la vulnerabilidad que puede tener hacia este, lo que determina la manera en que la persona ejecuta su conducta saludable en pro de evitar el posible daño.	En el programa interconductual de prevención del consumo de SPA, se define a la conducta preventiva como el desarrollo de las competencias de elección en la toma de decisiones dirigidas a evaluar de maneja crítica las situaciones, el contexto, la historia interconductual y los factores bioquímicos que intervienen en la ocurrencia de la conducta saludable.	
3. Ventajas tácticas de aplicación		
El modelo PAP ha demostrado una alta eficiencia debido a la acogida por parte de la población e investigadores, debido a que el coste conductual de la aplicación es mínima y posee un formato de evaluación en el cual se identifica la etapa en la cual el participante puede iniciar a desarrollar su conducta saludable.	El programa está diseñado con características de aplicación similares a las del PAP gracias a la relevancia empírica del modelo, para lo cual dispone de una preprueba de evaluación que ubica a la persona en el nivel desde el cual debe iniciar el desarrollo de sus competencias.	
4. Etapas y niveles		
PAP	Programa interconductual del consumo de SPA	Complementos
Etapa 1. de Susceptibilidad, En esta etapa la persona ignora la magnitud del problema y su interés por propiciar un cambio en la conducta es nulo	Nivel 1. Contextual (Identificación de la dimensión del fenómeno o caso).	En este nivel como ya se ha expuesto, se pretende capacitar a las personas en cuanto al problema, lo que muestra una similitud con el PAP en la etapa inicial, debido a que el sujeto en dicho caso debe evidenciar una carencia en estos repertorios básicos de conducta, sin embargo en este nivel el programa aporta la descripción de las características límites del campo de interacción en el consumo de sustancia psicoactivas (eventos y objetos funcionales interactúan con el consumo de SPA y mantienen esta conducta).
Etapa 2. De Severidad, En esta etapa la persona conoce sobre la conducta problema, pero su interés por modificarla es mínimo.	Nivel 2. Suplementario (Aplicación de técnicas para identificar el fenómeno).	En este nivel también se encuentran similitudes relacionadas con las competencias básicas adquiridas que le permiten identificar el fenómeno, en este nivel el programa aporta la definición de los factores situacionales y la historia interactiva de las personas.
Etapa 3. De Efectividad, la persona no ha tomado la decisión de efectuar la conducta	Nivel 3. Selector (determinación de las características particulares del fenómeno con base en el conocimiento previo de este).	Este nivel funcional de elección del sujeto está definido en el PAP en las etapas 3 y 4 en las cuales el sujeto efectúa el comportamiento de elección. En este nivel el programa aporta la clasificación de los límites del campo de interacción y la estimación de la influencia de los factores disposicionales como los factores situacionales e historia interactiva.
Etapa 4. De Decisión, la persona esta indecisa en cuanto a practicar la actividad saludable y su respuesta puede ser contraria a practicarla		

Etapa 5. De Acción, en la que la persona efectúa la conducta saludable o en el caso del diagnóstico, la persona decide no practicar la conducta saludable.	Nivel 4. Sustitutivo referencial (Desarrollar técnicas para identificar y modificar el fenómeno).	En esta etapa el programa interconductual se asemeja a la etapa 5 del PAP, en el cual se practica la conducta saludable. En el nivel 5 del PAP existe un tipo de evaluación que no está explícito en el programa, pero que se infiere de acuerdo al nivel funcional de la respuesta que se espera, pero complementa que se desarrolla esta actividad a partir del conocimiento previamente adquirido.
	Nivel 5. Sustitutivo no referencial (Evaluación del hacer y el decir sobre el fenómeno)	En este nivel el programa interconductual difiere de las últimas dos etapas del PAP debido a que el objetivo final del programa es que el participante adquiera la evaluación crítica con respecto al riesgo adquiriendo competencias en cuanto a la toma de decisiones asertivas enfocadas a conductas saludables.
Etapa 6. De práctica de la conducta saludable		En el presente programa estas etapas difieren de los niveles funcionales del programa de prevención debido a que no se encuentran explícitos en los objetivos del mismo ya que entrarían a ser parte de la evaluación de la efectividad del programa.
Etapa 7. De mantenimiento de la conducta saludable		

El diseño propuesto por este trabajo como un modelo dirigido a desarrollar la conducta de prevención en consumo de SPA en la población infantil, basado en el modelo teórico interconductual propuesto por Ribes, contiene una serie de objetivos basados en el desarrollo de competencias que adquiere el individuo a la vez que desarrolla su conducta, Tabla 2

Tabla 2. Objetivos del programa interconductual del consumo de SPA

Objetivos generales (basados en competencias)	Objetivos específicos (basados en competencias)
1. <i>Nivel contextual</i> (Identificación de la dimensión del fenómeno o caso): Identificar la dimensión del problema del consumo de sustancias psicoactivas y sus implicaciones a nivel individual, biológico y social.	- Desarrollar en los niños la capacidad para reconocer el significado del término de sustancias psicoactivas (SPA), sus características e implicaciones. - Brindar a los niños estrategias de identificación de las SPA, su acción en el organismo y consecuencias individuales del consumo. - Capacitar a los participantes para que describan las características límites del campo de interacción en el consumo de sustancia psicoactivas (eventos y objetos funcionales interactúan con el consumo de SPA y mantienen esta conducta)
2. <i>Nivel suplementario</i> (Aplicación de técnicas para	- Establecer con los niños el reconocimiento de la

identificar el fenómeno):

Aplicar el conocimiento adquirido para entender la influencia del problema del consumo de SPA en su vida cotidiana.

influencia que tiene el problema de consumo de SPA en su vida cotidiana.

- Capacitar a los niños en la clasificación de los límites del campo de interacción (eventos y objetos funcionales, del estímulo y de la respuesta) que precipitan el consumo de SPA.

3. *Nivel selector* (determinación de las características particulares del fenómeno con base en el conocimiento previo de este)

- Hacer un análisis comparativo entre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas y las consecuencias de llevar un estilo de vida saludable.

Diagnosticar los casos en los que se presenta el consumo de sustancias psicoactivas.

- Estimar la influencia de los factores disposicionales en el consumo de SPA (Factores situacionales e historia interactiva del sujeto).

4. *Nivel sustitutivo referencial* (Desarrollar técnicas para identificar y modificar el fenómeno):

- Identificar alternativas de disminución de riesgos de consumo de sustancias psicoactivas.

Diseñar estrategias y técnicas para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.

- Analizar las alternativas en función de los criterios de las evaluaciones.

- Presentar las distintas alternativas para disminuir los riesgos de consumo de sustancias Psicoactivas

- Elaborar instrumentos para la prevención del consumo de SPA.

- Diseñar un instrumento de información para la comunidad.

5. *Nivel sustitutivo no referencial* (Evaluación del hacer y el decir sobre el fenómeno):

- Promover el análisis de la eficacia y la eficiencia del programa diseñado.

Evaluar de manera crítica el problema de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

- Revisar con los participantes la viabilidad de la técnica propuesta.

- Fomentar la justificación de la importancia que tiene el diseño de una técnica para la prevención del consumo de SPA.

- Valorar la funcionalidad de los diseños de la técnica de prevención del consumo de SPA para la vida cotidiana de los participantes.

- Encausar la formulación de nuevas propuestas por parte de los niños participantes en el programa para desarrollar nuevas propuestas de prevención del consumo de SPA.

En la Tabla 3 se describen las actividades propuestas para cada una de las sesiones establecidas en el programa interconductual de prevención del consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo con el nivel funcional, las competencias y objetivos específicos que en esta se abarca.

Con el fin de profundizar en cada una de las actividades se elaboro un manual del director para que cualquier profesional que quiera realizar una aplicación o evaluación del programa pueda llevarla a cabo de manera sistemática.

Tabla 3. Actividades del programa

Sesión	Competencias de cada nivel funcional	Objetivos específicos	Actividades
1	<i>Nivel contextual</i> (Identificación de la dimensión del fenómeno o caso) Identificar la dimensión del problema del consumo de sustancias psicoactivas y sus implicaciones a nivel individual, biológico y social.	- Favorecer la unificación del grupo de participantes - Desarrollar en los niños la capacidad para reconocer el significado del término de sustancias psicoactivas (SPA), sus características e implicaciones. - Impartir la información acerca de cuáles son las SPA, su acción en el organismo y consecuencias individuales del consumo.	1. Dinámica de creación de grupos de trabajo 2. Dinámica para la explicación interactiva acerca de las sustancias psicoactivas (que son y cuáles son los efectos en el organismo). 3. Conclusiones de la dinámica. 4. Conclusiones y evaluación de la sesión.
2		- Capacitar a los participantes para que describan las características límites del campo de interacción en el consumo de sustancia psicoactivas (eventos y objetos funcionales interactúan con el consumo de SPA y mantienen esta conducta).	1. Dinámica de inicio (El fantasma gasparin) 2. Recuento de las temáticas de la sesión anterior e Información de la metodología de la segunda sesión. 3. Actividad para la explicación interactiva acerca de los efectos y consecuencias individuales y sociales del consumo de sustancias psicoactivas. 4. Conclusiones de la actividad 5. Explicación acerca de las conductas de riesgo que llevan al consumo de sustancias psicoactivas 6. Conclusiones acerca de las conductas de riesgo 7. Conclusiones y evaluación de la sesión.
3	<i>Nivel suplementario</i> (Aplicación de técnicas para identificar el fenómeno). Guiar al participante en la aplicación del conocimiento adquirido para entender la influencia del problema del consumo de SPA en su vida cotidiana.	- Promover en el niño las competencias suficientes para reconocer la influencia que tiene el problema de consumo de SPA en su vida cotidiana. - Capacitar a los niños en la clasificación de los límites del campo de interacción (eventos y objetos funcionales, del estímulo y de la respuesta) que precipitan el consumo de SPA.	1. Dinámica de inicio (busca el riesgo) 2. Recuento de las temáticas de la sesión anterior e Información de la metodología de la tercera sesión. 3. Actividad ¿Cómo me afecta el problema? Video que ilustra los efectos del consumo de SPA en la vida cotidiana de un niño de 10 años. 4. Explicación del video presentado y conclusiones. 5. Actividad participativa de explicación de factores que predisponen y precipitan el consumo de SPA. 6. Evaluación de la información

			impartida.
4	<i>Nivel selector</i> (determinación de las características particulares del fenómeno con base en el conocimiento previo de este) Capacitar a los participantes en el diagnóstico de casos en los cuales se presenta el consumo de sustancias psicoactivas.	- Hacer un análisis comparativo entre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas y las consecuencias de llevar un estilo de vida saludable. - Estimar la influencia de los factores disposicionales en el consumo de SPA (Factores situacionales e historia interactiva del sujeto).	<i>Actividades:</i> - Casos del consumo de SPA: Se desarrollan carteleros cada uno con el dibujo de un niño, se lee la historia de vida de cada uno y se identifica con los participantes los posibles casos de consumo de SPA. - Desarrollo individual de un caso en particular escrito. - Estimar la influencia de los factores disposicionales en el consumo de SPA (Factores situacionales e historia interactiva). <i>Actividades:</i> Caricatura de las situaciones. Elaborar una caricatura en la cual se muestre como los factores situacionales influyen en mayor medida en la adquisición del problema. Elaborar un caso en el que el factor de historia interactiva influye en mayor medida en la adquisición del problema. - Evaluación oral y retroalimentación
5	<i>Nivel sustitutivo referencial</i> (Desarrollar técnicas para identificar y modificar el fenómeno). Promover en los participantes en el diseño de estrategias y técnicas para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.	- Identificar alternativas de disminución de riesgos de consumo de sustancias psicoactivas. - Analizar las alternativas en función de los criterios de las evaluaciones. - Presentar las distintas alternativas para disminuir los riesgos de consumo de sustancias Psicoactivas.	1. Dinámica de inicio "Los súper amigos" 2. Recuento de las temáticas de la sesión anterior e Información de la metodología de la tercera sesión. 3. Actividad "lluvia de soluciones" 4. Actividad de consenso 5. Explicación de cómo se puede hacer y decidir que se va a diseñar.
6		- Elaborar instrumentos para la prevención del consumo de SPA. - Diseñar un instrumento de información para la comunidad.	1. Actividad encontremos la solución. 2. Recuento de las temáticas de la sesión anterior e Información de la metodología de la tercera sesión. 3. Elección de los temas del instrumento o actividad. 4. Actividad Desarrollando la idea, en la cual se pone en marcha la idea que se consensó en la sesión pasada haciendo el diseño del instrumento para prevenir el consumo de SPA. 5. Desarrollo de afiches o tarjetas publicitarias que promuevan la actividad o instrumento de prevención diseñado.
7	<i>Nivel sustitutivo no referencial</i> (Evaluación del hacer y el decir sobre el	- Promover el análisis de la eficacia y la eficiencia del programa diseñado. - Revisar con los participantes la	1. Actividad de inicio "respira profundo" 2. Por medio de un foro hacer

fenómeno).	viabilidad de la técnica propuesta.	el Análisis de la eficacia y eficiencia de la técnica propuesta y de la importancia de prevenir el consumo de SPA.
Impulsar a los participantes a formular una evaluación crítica, del problema de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.	- Fomentar la justificación de la importancia que tiene el diseño de una técnica para la prevención del consumo de SPA. - Valorar la funcionalidad de los diseños de la técnica de prevención del consumo de SPA para la vida cotidiana de los participantes. - Encausar la formulación de nuevas propuestas por parte de los niños participantes en el programa para desarrollar nuevas propuestas de prevención del consumo de SPA.	3. Retroalimentación de la información. 4. Actividad "Desarrollo de nuevas soluciones", para promover el desarrollo de propuestas para el cuidado de la salud evitando el consumo de SPA. 5. Retroalimentación de la actividad.

Conclusiones

En conclusión los programas de prevención de sustancias psicoactivas son una medida eficaz para la disminución de conductas de riesgo en diferentes poblaciones, sin embargo para para que dicha eficacia se incremente es importante que los individuos beneficiados hagan parte activa en la elaboración de los procesos y la puesta en marcha de planes de acción ante el fenómeno estudiado

A pesar de este aparente beneficio, el incremento en el índice de consumo de sustancias psicoactivas y los problemas que se derivan del mismo han estado en constante crecimiento, por lo cual se hace necesario el desarrollo de programas de prevención cada vez más efectivos, diseñados desde modelos teóricos consistentes que abarquen los niveles contextual, bioquímico, orgánico y situacional del comportamiento del ser humano, con apoyo del valor empírico de otras aplicaciones en el contexto colombiano, fortaleciendo por medio de estos un modelo de prevención psicológico en el que se resalte la preponderancia que tiene el análisis de los fenómenos desde esta disciplina científica como se promueve en este trabajo.

En general los problemas de salud pública en Colombia podrían tener solución por medio de la prevención y la manera adecuada de lograr el desarrollo de conductas saludables en la población es la educación. Al basar este trabajo en esa premisa no solo se busca la capacitación en estrategias de evitación de las conductas blanco, sino que adicionalmente se busca la adquisición de competencias basadas en el

conocimiento, la aplicación y la propuesta de nuevas estrategias que además promuevan las conductas saludables en otras personas.

El diseño realizado en la presente investigación propone un sustento teórico diferente a los ya trabajados en los modelos de prevención contemporáneos: su nivel conceptual basado en la teoría interconductual permite dar cuenta de los procesos comportamentales desarrollados a medida que se avanza en la adquisición de conductas saludables. Sin embargo por ser un producto psicológico nuevo, no cuenta con el valor empírico con el que cuentan otros programas, por esta razón se recomienda continuar con el proceso investigativo, realizando la aplicación de las actividades y evaluaciones para los participantes, así como proponer y aplicar un diseño de evaluación del programa que permita valorar su eficacia.

La aplicación del programa conlleva a la necesidad de formular una etapa adicional de revisión para el programa con la revisión puntual de cada uno de los objetivos propuestos en los niveles funcionales, a fin de determinar porcentualmente la validez de cada actividad en determinado proceso de adquisición de competencias, contrastándolo con el significado y función específica de acuerdo a la teoría interconductual y a la aplicación de lo aprendido.

El proceso que se llevo a cabo en este trabajo permitió un nuevo desarrollo tecnológico de la teoría interconductual demostrando una vez más el alcance de este modelo y el fortalecimiento de los programas de prevención de riesgos psicosociales. Considerando la viabilidad y congruencia de la aplicación del modelo interconductual en los procesos relacionados con la salud, es un importante aporte para la sociedad el uso de ésta teoría en función tanto de prevenir conductas de riesgo como se expone en este trabajo, como de reducir el impacto epidemiológico de trastornos psicosociales así como de formular nuevas propuestas de intervención clínica o de promoción de conductas saludables en diferentes poblaciones.

Referencias

- Alcaldía de Bogotá. (2011). Política pública de prevención y atención del consumo y la prevención de la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. recuperado de <http://www.redpapaz.org/mis10comportamientossaludables/images/stories/politicasabogota.pdf>.
- Arco, J. y Fernández, A. (2002). Porque los programas de prevención no previenen. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2 (2), 209-226. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33720201>.
- Alvira, F. (1999). *Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas*. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Madrid, España: imprenta de la comunidad de Madrid. Recuperado de http://personales.unican.es/salvadol/programas/materiales/Manual%20de%20evaluaci%C3%B3n%20de%20programas_Alvira.pdf.
- Becoña, E. (sf). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Universidad de Santiago de Compostela. España. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf>.

- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*. 28 (1), 11-20. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1424.pdf>.
- Bienestar Familiar & Dirección Nacional de estupefacientes. (2010). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia. Alvi Impresores Ltda. Bogotá: Colombia. Recuperado de http://odc.dne.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=117:estudios-sobre-la-dimension-del-consumo-nacional&catid=104:consumo-de-drogas&itemid=100.
- Blickman, T. & Jelma, M. (2009). La reforma de las políticas de drogas. Experiencias alternativas en Europa y Estados Unidos. *Revista Nueva Sociedad*. 222, 81-103. Recuperado de 2012 de. http://www.nuso.org/upload/articulos/3623_1.pdf.
- Burkhart, G. (2006). Informe sobre prevención selectiva en la Unión Europea y Noruega. Observatorio Europeo de las drogas y toxicomanías. Recuperado de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2865_ES_Informe%20sobre%20prevenci%C3%B3n%20selectiva%20en%20la%20Uni%C3%B3n%20Europea%20y%20en%20Noruega.pdf.
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista de la Facultad de Nacional de Salud Pública*. 18, 02, 129-138. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12018210>
- Cáceres, D., Salazar, I., Tovar, J. y Varela, M. (2006). consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas psychologica* 5, 3, 521-534. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v5n3/v5n3a08.pdf>.

Cachanosky, I. (2010). Un análisis acerca de la legalización de las drogas. *Laissez-Faire*. 33, 27-44. Recuperado de <http://fce.ufm.edu/publicaciones/laissezfaire/33/LF-33-5.pdf>.

Comisión nacional de reducción de la demanda de drogas (2009) plan nacional de reducción de consumo de drogas 2009-2010. Recuperado de http://odc.dne.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=117:estudios-sobre-la-dimension-del-consumo-nacional&catid=104:consumo-de-drogas&itemid=100.

Cuevas, L. (1995). Prevención de la conducta antisocial. *Suma Psicológica*. 2, 113-158.

De Roux, G. (1994) La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. *Educación Médica en Salud*. 28 (2). Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/prevencion_y_promocion.pdf.

Escopetta, O. (2010). Consumo de drogas en Colombia. Características y tendencias. Editora Guadalupe S.A. Bogota: Colombia Recuperado de http://odc.dne.gov.co/docs/publicaciones_nacionales/Tendencias%20del%20Consumo%20de%20Drogas%202010.pdf.

Espada, J., Mendez, F., Griffin, K. & Botvin, G. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*. 20 (84), 9-17. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/778/77808402.pdf>.

Espada, A., Rosa, J. y Méndez, F. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Drogas y Salud*. 3 (2), 61- 81. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/839/83930205.pdf>.

- Fajardo, M., Gualteros, C. y Rojas, M. (1999). Diseño, desarrollo y evaluación de un programa de prevención primaria del abuso sexual infantil en la población del barrio Cartagena de la ciudad de Facatativa. Tesis de grado. Universidad Católica de Colombia.
- Flórez, L. (2006). La psicología de la salud en Colombia. *Universitas Psychologica*. 5, 3, 681-693. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a20.pdf> .
- Flórez, L. (2007). Psicología de la salud. Promoción y prevención. Colombia: manual Moderno.
- Gálvez, A. (2002). Revisión bibliográfica: uso y utilidades. *Matronas profesión*. 10, 25-31. Recuperado de <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7384/173/revision-bibliografica-usos-y-utilidades>.
- García, F. & Muñoz R. (2009). El conocimiento como recurso sustantivo del cambio tecnológico en las organizaciones. *Criterio Libre*, 7, 11, 81 – 99.
- García, L. (2010). Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes. Una revisión actualizada de la materia. Las Palmas. España: Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas. de <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentacion/20100727DR OGODEPENDENCIAS.pdf>.
- Guirao, J., Olmedo, A. & Ferre, E. (2008). El artículo de revisión. *Revista iberoamericana de enfermería comunitaria*. 1, 16. Recuperado de http://www.uv.es/joguigo/valencia/Recerca_files/el_articulo_de_revision.pdf.
- Jaramillo, L. (2007). Concepción de infancia. *Zona Próxima*, 8, 108 – 123. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/zona/article/viewFile/1687/1096>.

Joseph, L., Gierlach, E., Housley, J., Beutler, L. (2005). La evolución de un campo: examen del desarrollo y la aceptación de la psicología clínica de la salud. *Papeles del psicólogo*. 26, 91, 39-46. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77809107>.

Kantor, J. (1978). *Psicología interconductual: un ejemplo de construcción científica sistemática*. México: Trillas

Londoño, C. & Vinaccia, S. (2005). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y salud*. 15 (2), 241-249. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29115208>.

Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. y Lizasoain, H. (1998). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Ministerio de Educación de Perú. (N/A). *Manual para la Prevención del Consumo de Drogas*. Perú: Avandit. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/guias/MANUAL%20DE%20PREVENCION.pdf.

Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar. Colombia – 2011 Informe Final*. ISBN. Bogotá. Colombia.

Ministerio de la Protección Social. (2008). *La Política Nacional de Reducción del Consumo de SPA al alcance de todos: una herramienta para socializar y*

construir política en lo local. Gente Nueva Editorial. Bogotá: Colombia. Recuperado de <http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Pol%C2%A1tica%20nacional%20de%20reducci.pdf>

Ministerio de la protección social. (2009). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas 2008. Informe final. Recuperado de http://www.corazoneresponsables.org/Estudio_Nal_Completo_Psicoactivas.pdf

Ministerio del Interior de Chile. (2009). Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009 – 2018. Alvimpress. Santiago de Chile. Chile. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/eng/National%20Plans/Chile%202009-2018.pdf.

Morales, F. (1997). Introducción al estudio de la psicología de la salud. Editorial Unison. Mexico D.F.: Mexico. Recuperado de <http://kunkaak.psicom.uson.mx/Libros/salud.pdf>.

Negrete B. & Arruecochea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista panamericana de salud pública*. 24 (4), 223-232. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n4/v24n4a01.pdf>.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2012). Resumen ejecutivo. Informe mundial sobre las drogas 2012. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_spanish.pdf.

Organización Mundial de la Salud (1980). Problemas relacionados con el consumo de alcohol. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_650_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2005). Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. Singature Book Printing. Maryland. EE.UU. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2004). Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. Resumen. organización Mundial de la Salud. Suiza. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf.

Organización Panamericana de la salud (2007). Alcohol, genero, cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicentrico OPS. Recuperado de http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Multicentrico_Espa%C3%B1ol.pdf.

Pérez, A. & Quiroga, L. (2010). *Lenguaje: Una aproximación interconductual*. Bogota: Colombia: editorial Kimpres Ltda.

Piña, J. (2008). Variaciones sobre el modelo Psicológico de salud biológica de Ribes: Justificación y desarrollo. Universitas Psychologica. 7, 1, 19-32. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64770103.pdf>.

Rice, P. (1997). Desarrollo humano, estudio del ciclo vital. México: Prentice-Hall. Hispanoamérica.

Ribes E. (2007). Estados y límites del campo, medios de contacto y análisis molar del comportamiento: reflexiones teóricas. *Acta comportamentalia*, 15, 2, 229 – 259.

Ribes, E. (2008). Psicología y salud. Un análisis conceptual. México, D.F: México: editorial Trillas S.A.

- Ribes, E. (2009). *Teoría de la conducta 2: Avances y extensiones*. México, D.F: México: editorial Trillas S.A.
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la conducta: Un análisis de campo paramétrico*. México, D.F: México: editorial Trillas S.A.
- Ribes, E. & López, F. (2007). *Teoría de la conducta: Un análisis de campo paramétrico*. México, D.F: México: editorial Trillas S.A..
- Ribes, E. (1994). ¿Qué significa ser conductista? *Revista Mexicana de análisis de la conducta*, 20, 2, 227 - 239.
- Rodríguez I. & Londoño C. (2010). El proceso de adopción de precauciones en la prevención secundaria del consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de psicología*, 13, 1, 79 – 90.
- Secretaria de Salud de México. (2007). El consumo de drogas en México. Diagnostico, tendencias y acciones. Gobierno de México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm>.
- Slapak, S., y Grigoravicius, M. (2007). “consumo de drogas”: una construcción de un problema social. *Anuario de investigaciones*. 14, 239-249. Recuperado 2012 de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a23.pdf>.
- Vasquez, M., Wagner, F., Velasco, E., Borges, G., & Lazcano, E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos Mexico. *Salud publica de Mexico*. 46 (2), 132-140. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v46n2/a06v46n2.pdf>.

Velez, A. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. Hacia la promoción de la salud publica. 12, 63-78. Recuperado de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_6.pdf.

Velásquez T., Torres –Neira D. & Sanchez.-Martinez H. (2006). Análisis Psicológico de la Actividad Física en Estudiantes de una Universidad de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 8, 2, 1 – 12.

Vinaccia, S. (1989). La psicología de la salud en Colombia. *Revista Latinamericana de Psicología*. 21, 2, 255-260. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80521207.pdf>.

Zas, B. (s.f.) La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales. Recuperado de www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml.