

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

Proyecto

Lozano Melgarejo Diego Andrés

Estudiante

Parada Vargas William Antonio

Estudiante

Rivera Sotto Leidy Johana

Riveros Munévar Edgar Fernando

Docentes Asesores

Corporación Universitaria Iberoamericana

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Programa de Psicología

Bogotá, Noviembre de 2012

TABLA DE CONTENIDO

	Pagina
Resumen	2
Introducción	3
Justificación	3
Marco de referencia	6
La salud y el contexto psicológico	6
Las Sustancias Psicoactivas (SPA)	8
Prevención de conductas de riesgo	12
Modelos de prevención de conductas de riesgo	17
Modelo de la Dimensión psicológica de la promoción y de la prevención en salud (DPPPS).	17
El modelo transteórico (MTT).	18
El modelo de la aproximación de Procesos a la Acción Saludable (HAPA).	19
El modelo de proceso de adopción de precauciones (PAP).	20
El modelo teórico interconductual	21
Modelo psicológico de la salud.	27
Objetivos	32
Objetivo General.	32
Objetivo específicos.	32
Método	33
Tipo de investigación	33
Población	34
Resultados	35
Discusión	45
Referencias	47
Anexos	59
Anexo A. Resumen de los efectos de las sustancias psicoactivas	59
Anexo B. Manual del director del programa	64

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

Lozano Melgarejo Diego Andrés

Parada Vargas William Antonio

Corporación Universitaria Iberoamericana, Bogotá, Colombia

Resumen

El aumento en el índice del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en Colombia se presenta como un serio problema de salud pública, siendo esta la razón por la que se han llegado a desarrollar diferentes planes de prevención enfocados a diversas poblaciones por parte de entidades tanto privadas como estatales, haciendo especial énfasis en niños, niñas y adolescentes.

Desde el abordaje psicológico se describe la prevención en salud como el aprendizaje y desarrollo de conductas saludables (Flórez, 2007), por su parte la teoría interconductual propone estudiar los fenómenos psicológicos a través de un consistente análisis funcional de los comportamientos mediante la taxonomía propuesta por Ribes y López (1990), llegándose a establecer una descripción jerárquica de los comportamientos de acuerdo a sus funciones, lo cual ayuda en la comprensión de la adquisición de competencias por medio de las cuales un individuo puede tomar decisiones que favorezcan la solución de problemas, en este caso relacionados con el consumo de SPA.

Este trabajo tiene como propósito diseñar un programa de prevención del consumo de SPA, basado en el modelo de la Psicología interconductual y enfocado a una población de menores de edad, niños, niñas y adolescentes. Lo que se espera por medio de la formulación del presente diseño es brindar a la psicología de la salud una herramienta metodológica con un firme sustento teórico para la prevención del consumo de SPA, por medio de la cual la población objetivo logre desarrollar un criterio participativo y evaluativo, que les permita adquirir las habilidades de elección necesarias para la toma de decisiones adecuadas en la solución de problemas relacionados con el consumo de SPA.

Introducción

Justificación

Debido a los diversos efectos y problemáticas que se hacen presentes ante el consumo de SPA, este se describe como uno de los fenómenos sociales que mayor relevancia y divulgación tiene a nivel mundial (Secretaría de Salud de México, 2007), a causa tanto de las consecuencias económicas, políticas y sociales que trae inmersas, como de las diversas implicaciones que presentan las comunidades y por ende individuos que se ven afectados por dicha problemática, convirtiéndose así en un problema de salud pública que se extiende a lo largo del planeta, haciendo que este deje de ser un problema a resolver por parte de aquellos países productores y se constituya como un problema global que ha generado un movimiento en pro de la disminución del consumo, promoviendo por estas mismas razones discusiones acerca de la pertinencia y viabilidad de su prevención, penalización, legalización y en si al abordaje que debe tenerse ante el mismo (Cachanosky, 2012; Blickman & Jeisma, 2009).

En el marco institucional colombiano es habitual escuchar acerca de programas dirigidos a prevenir el consumo de SPA, debido a los estudios realizados por el Gobierno Nacional, los cuales buscan estudiar la problemática y con base a sus resultados formular estrategias para reducir los índices de consumo en el país; pese a esto, dicho índice continua aumentado (Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, 2009; Escopetta, 2010); y al contrastar estos estudios con otros realizados por diferentes entidades se encuentra que el mismo fenómeno ocurre a nivel mundial; según la investigación realizada por Cáceres, Salazar. Tobar y Varela (2006), para el año en el que se realizó el estudio, se calculaba 185 a 200 millones de personas consumidoras de drogas ilegales, evidenciando un incremento del 5% en dos años.

En estudios más recientes se encuentra que a nivel mundial en el 2010 se encontraban un total de 230 millones de personas que habían consumido algún tipo de

SPA evidenciando un incremento en el consumo del 15%, encontrando que entre el 10% y 13% de la totalidad de consumidores se encuentran estipulados como consumidores problemáticos, así como en este mismo porcentaje se hayan trastornos asociados al consumo como lo es la presencia de VIH, hepatitis C, y hepatitis B; así mismo se estipula que una de cada 100 muertes está relacionada con el consumo de algún tipo de SPA (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2012).

Ya haciendo énfasis en el caso colombiano se 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; Scoppetta, 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

En la actualidad, aparte de la medicina son diversas las áreas del conocimiento que se han preocupado por indagar cuales son los componentes que afectan la cotidianidad de individuos y comunidades, así como la manera en la que estos inciden en su estado de salud; que, 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 ante la misma cobran importancia en su comprensión y análisis.

A pesar de que dicha concepción de salud tiene más de cuarenta años y que ha tenido, a lo largo de los mismos un gran número de críticas, aun continua siendo la base para el estudio de esta desde diferentes áreas aplicadas y básicas del conocimiento; entre las que se encuentra la psicología y más puntualmente la psicología de la salud, que es el área que 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, así como en la condiciones propias de la enfermedad y recuperación de la misma 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).

La psicología de la salud tiene en cuenta para el análisis de los fenómenos propios de esta línea del conocimiento, diversos aspectos, que aunque no hacen parte de los fenómenos estudiados por la psicología llegan a ser importantes para el establecimiento de causalidades en las problemáticas propias del área, tales como el

panorama general de los problemas de salud que presentan en cada comunidad, descripción y comprensión de las diferentes disciplinas que participan en la atención de cada una de las problemáticas en las que estas se encuentran inmersas, caracterización de la salud pública y las tendencias propias en la misma, concepción del pensamiento entre salud-enfermedad que se presenta al momento de inmiscuirse en una problemática individual o en una comunidad, 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 (Morales, 1997).

A nivel latinoamericano esta área de la psicología ha estado de la mano con los estudios realizados alrededor del mundo en los cuales se abordan las diversas problemáticas de la salud a partir del contexto y todos aquellos factores situacionales, étnicos, políticos, económicos, sociales e individuales que hacen que una determinada población o comunidad llegue a presentar una enfermedad u otra, haciendo especial énfasis en aquellas llamadas enfermedades aprendidas como lo son los daños cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, estrés, cáncer, diabetes, asma; así como aquellas que sus efectos llegan a tener una incidencia más importante en las sociedades como en el caso del SIDA o abordando problemáticas consideradas de salud pública como el consumo de SPA, enfermedades de transmisión sexual, conducta alimentaria, entre otras para las cuales se brinda un espectro de abordaje, promoción y prevención, cada uno de estos enfocados a brindar las competencias suficientes a individuos y poblaciones para mejorar su calidad de vida (Morales, 1997; Werner, Chaves & Chiattono, 2005; Piña & Rivera, 2006; Cantú, 2010)

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)

Las SPA 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).

Para la OMS, las SPA son aquellas sustancias que al ser ingeridas afectan diversos procesos mentales como lo son la cognición, lenguaje y afectividad, así como los 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; más aun teniendo presente que el estudio de la salud del mundo realizado en el 2002 (OMS, 2004), evidencia que de la tasa de mortalidad a nivel mundial aproximadamente el 10% se debe a eventos relacionados con consumo de SPA.

En Colombia el Gobierno Nacional, en los últimos años se ha dedicado a la tarea de estudiar este fenómeno, con el fin de reducir los índices de consumo de SPA en el país. Pese a esto, dicho índice de consumo ha aumentado de manera considerable (Ministerio de la Protección Social (a), 2008; Escopetta, 2010; Bienestar Familiar & Dirección Nacional de estupefacientes, 2010); a nivel mundial, según estudios, el consumo de SPA pasó de 185 millones de personas consumidoras de drogas ilegales

en el 2004 a aproximadamente 230 millones en el 2010, evidenciando un incremento del 24% en seis años; mientras en Colombia 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 (Cáceres, Salazar, Tobar & Varela, 2006; Ministerio de la Protección Social (a), 2009; Scopetta, 2010; Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2012).

Lo más importante de este tipo de estudios es el encontrar que tal como lo plantea el Ministerio de Protección Social (a), (2008), las entidades estatales en los últimos años, 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.

Dicha vulnerabilidad está establecida, según Lorenzo et al (1998), tanto por factores individuales como ambientales. Entre los factores individuales encontramos los biológicos y los psicológicos. En los primeros se encuentran 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).

Haciendo referencia a los factores individuales, se encuentra en diversos estudios (Lorenzo et al, 1998; Ministerio de Protección Social, 2009; Scopetta, 2010; Organización Panamericana de la Salud, 2007; Rice, 1997), un mayor consumo de SPA en relación con el sexo masculino, aunque, según los mismos estudios estas diferencias se han venido reduciendo en los últimos años y aclaran, que está marcada ante todo por factores culturales; a su vez, como muestran las estadísticas realizadas en los mismos, la edad de inicio de consumo es uno de los datos más relevantes encontrándose entre los 14 y los 15 años, aunque según el último estudio realizado por Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de

Salud y Protección Social (2012); el consumo inicial de sustancias se encuentra entre los 11 y 12 años de edad.

Así mismo se encuentran diversas situaciones y contextos que predisponen el contacto del individuo con las SPA; como en el caso de las sustancias no ilegales, donde la existencia de una aceptación social hacia las mismas facilita su adquisición y por ende consumo por cualquier individuo, así como la aparición de modelos sociales que incitan el consumo de estas. Otro de los factores que pueden incidir en este fenómeno es la presencia de dinámicas familiares poco adecuadas como los son la disfuncionalidad, malos canales de comunicación, modelos parentales y diferentes tipos de violencia que pueden hacer que los individuos se refugien en estas. Pero así mismo una sociedad consumista, con normas legales lapsas en sus políticas de prevención, protección y en sí de legislación, 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).

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).

En el estudio realizado por la OMS (2005), se hacen evidentes algunas de las afecciones y problemáticas que pueden presentarse, a nivel cerebral, con el consumo de SPA (ver anexo A), de estas son quizá las producidas por el alcohol y el tabaco las que un menor nivel de afección llegan a tener a nivel neurológico, lo que contrasta con

las diversas problemáticas que a nivel social llega a producir, teniendo en cuenta que a nivel mundial en la totalidad de muertes causadas por el consumo de SPA han estado presentes, de alguna manera, en el 91% el consumo de alcohol y tabaco, lo cual es corroborado por el estudio realizado por Cáceres et al (2006).

El alto consumo de las SPA legales (alcohol y tabaco), es debido a que al tener una aceptación social, existe facilidad en el acceso a estas por parte de la sociedad en general y por ende su consumo inicia, ante la falta o incumplimiento de las normativas al respecto, en edades más tempranas. Siendo los 12 años de edad el promedio de inicio de consumo, desprendiéndose de allí diversas problemáticas como lo es el que estas sustancias sean la puerta de entrada a las SPA ilegales y al igual la realización de actividades en contra de la ley, lo cual hace el consumo inicial de las sustancias legales sea una problemática de salud pública (Caceres et al, 2006; Amaya, Campillo, Campo, Díaz & Martínez, 2008; Londoño & Vinaccia, 2005).

Las causas, efectos y mantenimiento de la conducta de consumo de las SPA son de tipo bio-psico-social, aunque como lo expone Becoña (2007), llega a ser más 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; ya que este componente, como lo expone el estudio realizado por la OMS (2005), 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).

Dicho comportamiento social, en el caso del consumo del alcohol y el tabaco, llega a desencadenar diferentes problemáticas a nivel social como lo es el incremento en conductas delictivas, comportamientos antisociales, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, embarazos no deseados y más específicamente en el caso de escolares en

bajo rendimiento académico y deserción académica, aparte de ser, como se nombró anteriormente, un predisponente para el consumo de otras sustancias (Espada, et al, 2003; Londoño & Vinaccia, 2005; Vásquez, Wagner, Velasco, Borges & Lazcano, 2004)

Prevención de conductas de riesgo

Aunque el término prevención llega a ser un concepto del cual difieren diversas posturas, llega perder un significado acorde a las actividades encaminadas desde el mismo, debido a las malas interpretaciones que se han dado en torno a este (Becoña, sf); pese a esto 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 (Cuevas, 1995; Zaz, sf).

Dicha prevención de conducta de riesgo es entendida como aquellas propuestas para la transformación de las conductas que por su incidencia en el individuo o grupos, llegan a amenazar la salud o que a su vez potencian características y competencias propias de estos y que al trabajarlas disminuyen la probabilidad de enfermar; las propuestas empleadas deben estar enfocadas a través de estrategias de prevención y se fundamentan 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 (De Roux, 1994).

Es así como se han creado diferentes estrategias encaminadas a la reducción de las conductas de riesgo, basándose en los problemas que afectan a los individuos y que pueden hacer que un individuo o grupo de ellos se vean inmersos en procesos que afecten su salud y por ende a disminuir el riesgo psicosocial que estas conllevan; por lo cual se crean procesos de prevención encaminados a influir en el individuo directamente o en su ambiente; un ejemplo de este último son las diversas propagandas que son realizadas en televisión y demás medios de comunicación que procuran brindar la información necesaria para que los individuos lleguen a tener la capacidad de tomar una decisión con respecto a las consecuencias que pueden llegar

a tener si se encaminan las conductas a la realización de acciones que puedan desencadenar riesgos en su salud propia y la de su entorno (García, 2010; Becoña, sf.).

Por su parte, entre los tipos de prevención enfocados a trabajar con los individuos directamente se encuentran los propuestos por Gordon (1987), que ante todo se han implementado en procesos relacionados con el consumo de SPA y que muestra una clasificación en la cual se encuentra la prevención Universal, que se caracteriza por dirigirse a toda la población, sin discriminación en la misma y cuyo fin es el de prevenir o demorar la aparición de la conducta de riesgo, ofreciéndole a los individuos la información y habilidades que requiere para que esa problemática sea enfrentada con las competencias necesarias; otro tipo de prevención es la selectiva, esta se encamina directamente a un sector específico de la población, es decir a aquellos individuos que ya están inmersos en la problemática o que presentan un alto riesgo de presentar ese tipo de conductas ya sea por factores individuales o ambientales; por último la prevención indicada, la cual está encaminada a individuos que presentan consumo de sustancias o problemas relacionados pero que aún no llegan a la adicción (García 2010; Alvira, 1999; Becoña, sf).

Otra de las clasificaciones que se ha empleado para la prevención de conductas de riesgo es la de Caplan, 1980 quien sugiere que existen tres tipos de prevención, primaria, secundaria y terciaria; la primera está encaminada a intervenir antes de la aparición de la enfermedad o conducta de riesgo, procurando que esta no llegue a aparecer, en este tipo de prevención se enfatiza en el mejoramiento del contexto del individuo y en el incremento de conductas saludables; por su parte la prevención secundaria tiene el objetivo de tratar conductas y enfermedades que no han podido ser tratadas en su inicio por parte de las medidas de prevención primaria, con el fin de brindar las competencias suficientes a los individuos y poblaciones para detener el progreso de estas en sus primeros estadios; ya por su parte la prevención terciaria aparece una vez ya haya sido diagnosticada la enfermedad y tiene como fin el brindar procedimientos de rehabilitación y tratamiento a los individuos afectados procurando evitar complicaciones y recaídas y su objetivo, en sí, llega a ser el regresar al individuo

a un equilibrio tanto biológico como psicológico (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, por lo cual el establecer acciones que se enfoquen en la adquisición de competencias, habilidades y el establecimiento de conductas asertivas por esta población llega a ser determinante para enfrentar esta problemática de salud pública y el tipo de prevención que debe emplearse, debido a las especificidades de las necesidades y conocimientos presentados por la dicha población, es el universal, buscando a través del mismo obtener mejores resultados en lo que respecta a ese consumo inicial de SPA, 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, et al, 2004; Fajardo, et al, 1999; Burkhart, 2006).

Por esta razones es que llega a ser imprescindible el implementar la prevención como estrategia para el control y posible erradicación de este tipo de problemáticas; el termino prevención, en estos casos, se ha venido empleando durante los últimos años en diversos ámbitos de la sociedad; existen diversas campañas y programas los cuales buscan ya sea evitar conductas perjudiciales para la salud, la reducción de estas o la reincidencia en las mismas, por medio de programas enfocados a la prevención del consumo de SPA (Ministerio de Protección Social (a),2008; Ministerio de Protección Social (b),2008; Burkhart; 2006).

Basado en esto, podemos decir que prevenir el consumo de SPA, es conocer con anterioridad las causas de dicha problemática, así como los perjuicios que esta práctica lleva inmersos y los efectos que tiene tanto en los individuos en particular, como en la sociedad en general y brindar a las poblaciones este conocimiento para que logren de esta manera establecer pautas comportamentales y adquieran competencias suficientes para hacer frente a la misma (Alvira, 1999; Espada et al, 2003; Londoño & Vinaccia, 2005; Vásquez, et al, 2004).

Cabe reconocer que es complejo para cualquier gobierno o institución, dadas las características de la población actual, desarrollar programas de prevención con resultados efectivos; sin embargo se ofrecen opciones para llegar a la realización de acciones con una formación metodológica y un funcionamiento efectivo, un ejemplo de ello lo señala Hernández (2010); quien expresa que “La Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, 2008, recomienda tratar el consumo de drogas como una cuestión de salud pública, reducir el consumo mediante acciones de información y prevención y focalizar la represión sobre el crimen organizado; esto implica la conveniencia de descriminalizar la tenencia de marihuana para consumo personal”.

En el caso europeo, países como España, en el Plan Nacional de Drogas evidencia las medidas que al respecto del consumo de SPA se han enfocado al control en la comunidad educativa; entre ellas encontramos las que están destinadas a reducir la disponibilidad de las drogas, que buscan el no consumo de las mismas, otras que buscan formar a las personas hacia un no consumo y abuso de las mismas, así como el planteamiento de otras medidas destinadas a la reducción de los problemas de los consumidores, buscando la reducción o eliminación de estos problemas (Alvira, 1999).

En Colombia, la política pública de prevención del consumo de SPA enmarca la prevención, ante la presencia de sustancias tanto lícitas como ilícitas en un escenario de gestión de riesgos, buscando, en el peor de los casos, que el consumo inicial no se de en edades tempranas y en el caso en que determinado individuo o población entre en contacto con estas, que el estado pueda ofrecer a ellos estrategias para la reducción del mismo, y estas estarían encaminadas a promover las capacidades y la construcción de individuos que participen de manera activa en la construcción de las

comunidades, a través de acciones de desarrollo social, de la construcción de redes de apoyo y de oportunidades de inclusión social (Ministerio de Protección Social (b), 2008).

Para lograr que aquellos programas enfocados a la reducción o eliminación del consumo de SPA se efectúen de manera exitosa, al igual que cualquier otra problemática social, es importante el que tenga implícita, para lograr los cometidos, una sustentación empírica, es decir debe existir toda una ciencia de investigación para el desarrollo de este tipo de programas (Arco y Fernández, 2002).

Entre esas recomendaciones entregadas por Arco y Fernández (2002), se encuentra el 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 por último la importancia del trabajo interdisciplinario en donde llega a tener cabida tanto la ingeniería ambiental, en el cambio de los entornos para que estos sean saludables, al igual que la biología, medicina y otras disciplinas.

En lo que respecta a la eficacia que llegan a tener los programas de prevención en escolares Espada, Rosa y Méndez (2003), realizaron un meta-análisis en lo que corresponde a la medición del cumplimiento de los objetivos de dichos programas, encontrando que los programas preventivos generan mejores resultados cuando los participantes juegan un rol activo, es decir, en aquellos en los cuales se busca generar competencias y habilidades sociales, como toma de decisiones y conductas asertivas, que en aquellos en los que tan solo se basaban en la transmisión de la información (Espada, Rosa & Méndez, 2003).

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).

Modelos de prevención de conductas de riesgo

Los modelos de etapas mencionados se caracterizan por ser fuentes sólidas de formación de conceptos de carácter secuencial y progresivo al que subyacen procesos de motivación basados en las expectativas (según la definición de cada modelo) (Flórez, 2007).

Modelo de la Dimensión psicológica de la promoción y de la prevención en salud (DPPPS).

Se basa en las teorías de aprendizaje social de Albert Bandura y los modelos de motivación humana para explicar el comportamiento saludable como el resultado de dos tipos de comportamientos, los de prevención como una conducta humana de modificación de los factores de riesgo, reforzados de manera negativa dado a que se dirige a la evitación de amenazas; y los comportamientos de promoción, como las conductas de protección reforzadas positivamente por los beneficios obtenidos con la práctica de dichas conductas (Flórez, 2007).

Este modelo pretende la unificación de las conductas de promoción y prevención así como la modificación de conductas no deseadas por medio de un programa de educación, a través del cual guiar el aprendizaje de hábitos saludables en las personas, basándose en el uso de las técnicas conductuales de reforzamiento y técnicas cognoscitivas de motivación por expectativas, permitiendo la adquisición sistemática del comportamiento en un proceso en forma de escalera, en el cual la persona debe superar unas barreras psicológicas de tipo cognoscitivo y conductual que hagan cada vez más probable la ejecución del comportamiento saludable (Flórez, 2007).

El programa que propone este modelo, consta de siete escalones separados por variables psicológicas, donde el escalón 1 (uno) representa el 0.00% de posibilidad de ejecutar un comportamiento saludable al que denomina incumplimiento sistemático; después, para ascender al escalón siguiente debe superar la barrera psicológica de expectativa reforzamiento – resultado; en el ascenso al escalón 3 (tres) debe superar la barrera de controlabilidad percibida; el ascenso al escalón 4 (cuatro) debe superar la barrera de actitudes normativas, referida a la percepción de lo que piensan los demás acerca de hacer esto; enseguida para ascender al escalón 5 (cinco) debe preguntarse si está dispuesto a hacer las cosas a lo que denomina elección – toma de decisiones; para ascender al escalón 6 (seis) la persona debe preguntarse como va a hacer esto, a lo que nombran planificación del autocontrol, en esta etapa, el individuo ha alcanzado el máximo nivel de probabilidad de ejecución del comportamiento saludable; sin embargo para ascender a la escala 7 (siete) debe preguntarse si maneja las contingencias requeridas para hacer lo que va a hacer, es decir la acción; y finalmente viene la etapa de la pos-acción donde la persona se pregunta si lo que produjo los resultados esperados mantuvo el control de su ejecución, en esta etapa ya existe en el sujeto un nivel de evaluación en el cual decide si debe mantener el comportamiento o recaer; al superada la etapa de pos-acción el sujeto llega a la etapa de finalización donde adquiere la capacidad para tomar decisiones asertivas de acuerdo a lo que evalúe como positivo para su vida (Flórez, 2007).

El modelo transteórico (MTT).

Fue desarrollado por James Prochaska en los años 70, quien se basó en las teorías conductuales para explicar como el comportamiento saludable cambia de acuerdo a una serie de etapas estandarizadas, por medio de unos procesos de cambio y unas variables psicosociales que intervienen en la ejecución de estas conductas (Flórez, 2007). Este modelo se asemeja a los modelos de prevención secundaria, donde se promueve la disminución de comportamientos excesivos, es decir la adquisición de autocontrol a través de una dimensión temporal de cambio para constituir los procesos y principios que integran la explicación del comportamiento (Cabrera, 2000).

Estas etapas están divididas de acuerdo al tiempo estipulado para la ejecución de la conducta de cambio, de tal forma que en la etapa a) de pre contemplación la persona no se propone un cambio en un plazo inferior a seis meses, es decir que no pretende cambiar en un futuro inmediato; la etapa b) de contemplación, la persona está dispuesta a cambiar entre los próximos seis meses, debido a que se hace consciente de la existencia de un problema y está pensando en cómo corregirlo; en la etapa c) de preparación, la persona se propone cambiar en el próximo mes y ha realizado algunos cambios que han perdurado durante 24 horas por lo menos, en esta etapa se considera también a las personas que han ejecutado por lo menos un intento fallido de cambio en este lapso de tiempo; en la etapa d) de actuación o acción, la persistencia en la intención de cambio por lo menos durante los siguientes seis meses; en la etapa e) de mantenimiento, la persona ya ha tenido un comportamiento de cambio con una permanencia en este de seis meses continuos, pero con pensamientos de recaída que lo tientan a dejar el proceso de cambio; y finalmente en la etapa f) de terminación, la persona ya ejecuta un comportamiento saludable persistente durante más de seis meses y sin reincidencia (Flórez, 2007; Cabrera, 2000).

La organización ascendente que propone el MTT tiene forma de espiral, considerando que cada etapa evoluciona de manera longitudinal en el tiempo y se liga a la proximidad del cambio en la conducta con procesos terapéuticos basados en actividades que la persona ejecuta en pro de modificar las conductas o pensamientos no deseados (Flórez, 2007).

El modelo de la aproximación de Procesos a la Acción Saludable (HAPA).

Fue desarrollado por Ralph Schwarzer basado en las teorías cognitivo conductuales; es este divide la secuencia de las etapas en tres fases principales que son: primera fase de motivacional del cambio o metaintención; segunda fase de pre-acción del cambio o planificación; y la tercera fase, de eliminación de la conducta no deseada o de control sobre el comportamiento dirigido a la ejecución del comportamiento saludable, en cual se incluye el inicio de un nuevo comportamiento, el mantenimiento de un comportamiento adquirido, la recuperación de la conducta (Flórez, 2007).

El proceso psicológico mas importante en este modelo es el de la autoeficacia definido en cada una de las fases como la adquisición percibida por el sujeto de las expectativas de refuerzo alcanzadas y la percepción del riesgo, que permiten al sujeto en un primer momento definir una meta, posteriormente diseñar un plan que en una etapa posterior de acción, dará inicio, se mantendrá y en caso de recaer se recuperara, todo esto mediado por la autoeficacia de la persona, donde se tienen en cuenta las barreras y los recursos utilizados para este propósito con la finalidad de llegar a la última etapa de desenganche que se traduce como la adquisición final del comportamiento saludable (Flórez, 2007).

El modelo de proceso de adopción de precauciones (PAP).

Fue propuesto por Neil Weinstein en 1988 quien baso este modelo en teorías cognoscitivas para definir cinco etapas necesarias para la adquisición de la conducta saludable, que después fue modificado incluyendo dos etapas más, mediadas por la percepción que las personas tienen acerca de la dificultad del problema o su riesgo y de la evaluación acerca de su capacidad personal para enfrentarse a este (Flórez, 2007).

Las etapas que define este modelo suponen que las personas no necesariamente se encuentran en la etapa inicial de adquisición de la conducta saludable al iniciar el proceso, por tanto para saber en qué etapa se encuentra la persona de acuerdo a los criterios conductuales (hace o no determinada conducta) o cognitivos (procesos cognitivos del sujeto antes de iniciar el proceso de adquisición de conductas saludables), dichas etapas de acuerdo al problema inicial son: Etapa 1 de Susceptibilidad, en la que la persona ignora la importancia de tener una conducta saludable y su información al respecto es muy global y externa a sus intereses; la Etapa 2 de Severidad, en la que la persona tiene información acerca del problema pero no practica el comportamiento saludable y no tiene mayor interés por practicarlo; la Etapa 3 de Efectividad, la persona no ha tomado la decisión de efectuar la conducta; en la Etapa 4 de Decisión, la persona esta indecisa en cuanto a practicar la actividad saludable y su respuesta puede ser contraria a practicarla; y la Etapa 5 de Acción, en la que la persona efectúa la conducta saludable o en el caso del diagnostico, la persona

decide no practicar la conducta saludable; las últimas etapas son la etapa 6 de práctica de la conducta saludable y 7 de mantenimiento.

El proceso de adquisición de la conducta saludable está apoyado por los recursos de información, materiales, tiempo y esfuerzo del medio de apoyo quienes buscan el desarrollo de creencias positivas acerca de prevención de un riesgo, su efectividad, en relación al costo conductual y los beneficios adquiridos, así como el miedo por las consecuencias aversivas de los riesgos, con el fin de eliminar los pensamientos irracionales de ineffectividad y desamparo propios de la falta de práctica de la actividad saludable (Flórez, 2007).

El estudio de Espada et al (2003), señala que 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 están divididas en doctrinas que han sido las que han llevado al conductismo a evolucionar hasta los niveles en los que se encuentra y pueden establecerse en tres grupos, la doctrina fisiológica; la cual 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 conductualista 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, propuesto por el psicólogo español J. R. Kantor, plantea 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).

Dada la explicación anterior, la psicología interconductual podría definirse como teoría del campo integrado, en el cual, por medio del contacto interconductual en determinados ambientes, logra darse un sistema complejo de respuestas con el suficiente poder explicativo para dar cuenta de los procesos psicológicos internos como interconductas complejas compuestas gracias a la evolución de dichos campos de interacción, formuladas al incrementar el número de funciones de respuesta y estímulo cuando el individuo participa en diferentes contactos interconductuales con el ambiente como lo ejemplifica la figura 1.

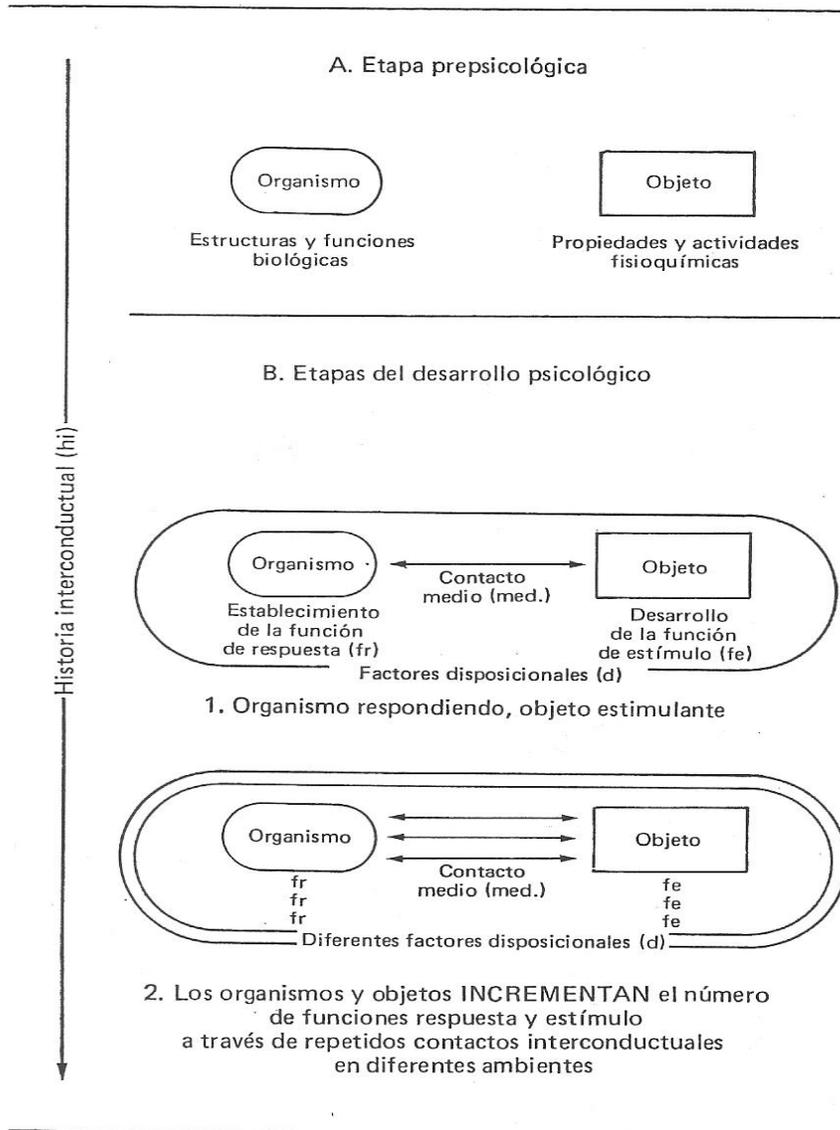


Figura 1. Evolución de los campos psicológicos = segmentos conductuales.

Figura 1. Evolución de los campos psicológicos (Kantor, 1978).

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).

A partir de la crítica que hace Emilio Ribes al planteamiento teórico de Kantor (1985), se propuso un modelo teórico nuevamente basado en la teoría interconductual pero desde el cual se puedan desarrollar estudios que permitan adecuar los conceptos de la propuesta de Kantor y además producir análisis conductuales que desarrollen teorías basadas en el estudio del comportamiento humano por medio de la observación y la experimentación que exija el rigor científico.

En consecuencia, Ribes aporta al concepto de contingencia, el análisis interconductual de 2 tipos de posibilidades de ocurrencia en la interacción estímulo – 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.

Este nuevo aporte al concepto de contingencia permite integrar los términos de mediador y desligamiento funcional, refiriéndose a mediador como la estructuración de contingencias gracias al papel que desempeña un evento de estímulo o de respuesta y desligamiento funcional se define como el grado en que las funciones de respuesta dependen de las funciones de estímulo diferentes a las fisicoquímicas, entonces, en la medida en que dependa menos de estas, se habla de que existe un mayor desligamiento funcional (Ribes & López, 1985, 2007; Pérez & Quiroga, 2010).

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.

Basados en este modelo se han realizado diferentes tipos de estudios como los descritos por Trigo & Martínez (1994), en los cuales, se buscaba dar explicación a fenómenos del comportamiento desde diferentes metodologías y diseños, propios del estudio de la psicología, a partir de la teoría interconductual, entre los que se destacan los experimentos de discriminación condicional, tanto en individuos humanos como en no humanos, y que tienen por objetivo identificar las características de procesos discriminativos complejos, partiendo de la relación de las respuestas emitidas por los individuos estudiados ante la presencia de diversas variables; otro grupo de estudios más recientes se caracterizaban por la aplicación del modelo interconductual propuesto por Ribes, en los ámbitos escolares, proponiendo objetivos como el desarrollo de las competencias académicas de estudiantes, evaluación del aprendizaje escolar, hacer modificaciones curriculares así como otros estudios de aplicaciones en los ámbitos educativos como por ejemplo los elaborados por Ibañez (1994, 2005), Fuentes (2007), Reyes (2007), Guevara (2006), Mares y Bazan (sf), enfocados a la descripción, potenciación y fortalecimiento de las estructuras académicas.

Así mismo, como se mencionaba anteriormente se han establecidos procesos en los cuales se enfatiza en la descripción de fenómenos propios del estudio psicológico, desde la perspectiva interconductual, como lo son el aprendizaje, el desarrollo del lenguaje, el habla, el pensamiento, entre los que se destacan los realizados por Pérez & Quiroga (2010), Mares & Rueda (1993), Montgomery (2007), Melgar (2000), los cuales han llegado a fortalecer la postura de este modelo teórico y su aplicabilidad en diferentes contextos.

Uno de los aportes del modelo interconductual con mayor relevancia en la actualidad es la explicación de salud y enfermedad por medio de diversos estudios relacionados con la explicación psicológica a diversas enfermedades y a las conductas de riesgo emitidas por los individuos enfrentados a diversas problemáticas con compromisos importantes en sus niveles de bienestar y estado de salud; entre las temáticas abordadas en estudios se encuentran las relacionadas con calidad de vida,

predicción y prevención de conductas de riesgo como las realizadas por Carpio, Pacheco, Flores & Canales (2000), Davila & Piña (2008), Piña & Robles (2005), Rodriguez & Garcia (2011), Robles, Piña & Moreno (2006); o aquellos enfocados a realizar propuestas de modelos de psicología de la salud o modificaciones a dicha propuesta como los realizados en el tema de la prevención por Piña (2008, 2010) y Ribes (1993, 2008).

Modelo psicológico de la salud.

Desde el modelo interconductual, Ribes (2008) ha establecido la importancia de formular un modelo psicológico de la salud, debido a que los dos modelos existentes como el biomédico y el sociocultural, abordan la temática de la salud, en el primer caso, desde la enfermedad (carencia de salud) y los factores biológicos que llevan a la persona a un desbalance entre estos factores (salud-enfermedad) y en el segundo caso desde la perspectiva de bienestar, es decir como las buenas prácticas de vida conllevan a la no aparición de alteraciones en la salud biológica por medio de la interacción con su contexto ya sea por modelos socialmente adquiridos, cultura y demás factores participantes en el mismo; la aparición de este modelo psicológico se basa en que el análisis de la viabilidad de todo tipo de intervención, prevención, curación y rehabilitación no puede darse desde la explicación de cada uno de ellos por separado debido a que todo ser humano como ser biológico presenta una configuración compleja basada en su filogenia y a su experiencia ante su medio y es esa experiencia individual la que constituye su dimensión psicológica.

Es así como se expone que la dimensión psicológica de la salud está compuesta por la interrelación de las condiciones ambientales que pueden llegar a propiciar el bienestar del mismo y la acción de diferentes agentes fisicoquímicos propios de ese ambiente por medio de la interacción que el individuo tiene con ellos por medio de sus prácticas sociales y culturales y que influyen en la rehabilitación, curación, prevención o inicio de una enfermedad, y que a su vez está compuesta de tres factores fundamentales, que aparecen en la figura 2, los cuales interactúan de manera diferencial y son modulados por los estados biológicos; estos factores son; a) la manera en la cual comportamiento modula los estados biológicos regulando la

interacción del individuo con su medio (historia interactiva del individuo); b) las competencias que presenta el individuo para interactuar efectivamente con aquellas situaciones que afectan de manera directa o indirecta su estado de salud (competencias funcionales presentes) y c) maneras consistentes en su contacto inicial típica el individuo ante condiciones que llegan a afectar su condición biológica (modulación de los estados biológicos) (Piña, 2008; Ribes, 2008).

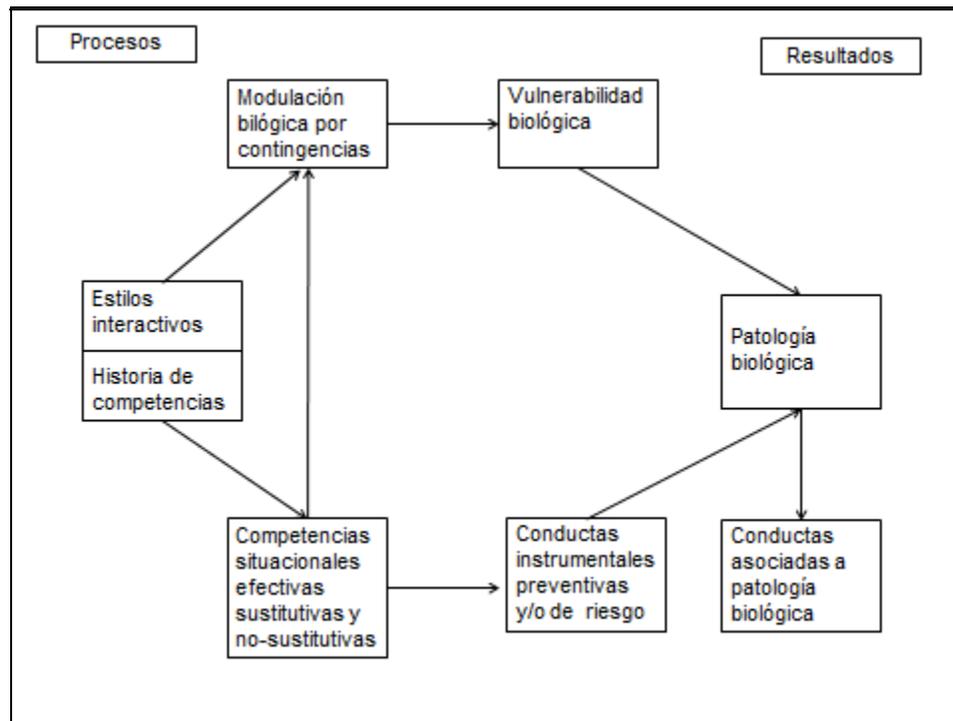


Figura 2. Modelo psicológico de la salud biológica. Ribes (2008)

La historia interactiva del individuo. Es la historia psicológica del individuo con respecto a interacciones que ha llegado a tener en el pasado las situaciones y las relaciones que han estado inmersas en las mismas, constituyendo la disposición que este individuo presenta en situaciones presentes, en un momento dado, basado en modos de interacción ante estímulos que reactivan las situaciones vividas previamente, haciendo más o menos probable un tipo determinado de contacto conductual con estos (Ribes, 2008).

La historia interactiva puede ser analizada por medio de dos dimensiones diferentes, los estilos interactivos, los cuales hacen referencia a lo que se ha considerado la personalidad del individuo y que explica de manera idiosincrática el cómo este llega a interactuar por primera vez ante estímulos presentes en situaciones novedosas; por su parte la segunda dimensión es la disponibilidad de competencias funcionales, lo cual está ligado a lo que se puede denominar como la capacidad conductual del individuo, teniendo presente que según Ribes (2008) “una competencia comprende siempre el comportamiento de un individuo, la situación y requerimientos que dicha situación establece, así como los resultados, efectos o consecuencias que tiene el comportamiento relativo a los requerimientos de dicha situación” (p. 24).

Competencias funcionales presentes. aparte de las características que una competencia presentan y que fueron descritas anteriormente, también cobran relevancia factores como, a) el tipo de consecuencias tendrá el individuo al momento de efectuar una conducta (requerimientos de la situación como campo de contingencias); b) aquellos factores que llegan a dar una definición al individuo del contexto de la situación en la que interactúa y que se identifican como propias de la misma o como condiciones biológicas momentáneas propias del individuo y c) la capacidad del individuo para interactuar con la situación específica basado en su historia de competencias o experiencia individual (Ribes, 2008).

La modulación de los estados biológicos. Este factor se refiere a como las condiciones biológicas de los organismos se pueden ver afectadas debido a los modos conductuales presentado por los individuos ante las contingencias recibidas ante una situación específica (Ribes, 2008).

Es así como puede establecerse que el fenómeno a estudiar por parte del modelo psicológico de la salud son aquellas interacciones que un individuo presenta con su ambiente y la manera en que dicha interacción es modulada tanto por factores biológicos propios del individuo, como por la relación de eventos y situaciones que ha tenido el individuo en su historia conductual y que hacen que este llegue a emitir una conducta determinada ante un evento o estímulo específico que activa un modo

comportamental adquirido previamente ante una situación similar, los cuales llegan a ser la base de la explicación psicológica de los procesos de salud y por ende generar los procesos pertinentes para generar los cambios en los niveles funcionales del comportamiento y así mismo una modificación duradera en la conducta de los individuos.

En el caso de un modelo de prevención en consumo de SPA se plantea la identificación y análisis de aquellas funciones comportamentales que deben ser tenidas tener en cuenta para que los participantes en el proceso puedan adquirir las competencias necesarias para obtener los suficientes conocimientos nuevos que los lleven al desarrollo de competencias enfocadas a la modificación los criterios por medio de los cuales los individuos, en este caso niños, niñas y adolescentes, lleguen a tomar decisiones con respecto a consumir SPA o no hacerlo cuando el contexto así lo determine; más aun teniendo en cuenta que la toma de decisiones, Según Rice (1997), es una de las competencias que se fortalecen y potencian durante la adolescencia para que, basándose en el entrenamiento de habilidades de elección, el individuo diseñe estrategias, llegando a identificar problemáticas, crear soluciones ante estas y elegir entre diferentes alternativas la que más convenga de acuerdo a sus objetivos particulares y sociales (García, 2010) y de esta manera, en el momento entrar en contacto con la opción de consumir o no este tipo de sustancias tengan la información y competencias suficientes para decidir que opción tomar.

La taxonomía funcional, permite estructurar la propuesta del programa diseñado, considerando que los comportamientos de las personas están mediados por factores que posibilitan y probabilizan su ocurrencia, la organización jerárquica de las funciones de respuesta, son una clara estructura base, para entender el comportamiento y predecir su resultado, que permita el estudio y el desarrollo de técnicas con la intención de procurar un cambio en las conductas, en este caso, la adquisición de nuevos repertorios de respuesta proclives a evitar el incurrir en conductas de riesgo como lo es el consumo de las SPA.

De esta manera, el programa preventivo propuesto en este trabajo, tiene las características de un modelo pedagógico basado en la adquisición de competencias

básicas, necesarias para desarrollar en la población blanco, la capacidad analítica y crítica de opinión respecto al consumo de sustancias psicoactivas, guiada a evitar esta conducta. Gracias a este diseño, basado en la teoría interconductual, se logra centrar el problema en la importancia de la conducta y como modificarla, por medio del entrenamiento en habilidades básicas de afrontamiento del problema, además trabaja sobre variables manipulables, incluye las variables del contexto y sugiere una intervención específica sobre las conductas, en este caso, sobre el comportamiento de elección para solucionar problemas relacionados al consumo de SPA, los cuales son algunos inconvenientes que presentan los modelos preventivos tradicionales (Arco & Fernández, 2001).

Este trabajo presenta un diseño de evaluación de programas preventivos, a la vez que pone a prueba un programa novedoso de prevención universal del consumo de sustancias psicoactivas, desarrollando de manera práctica las competencias sociales de toma de decisiones ante situaciones de posible consumo.

A diferencia de otros programas de prevención estudiados con anterioridad, éste, pretende mejorar los diseños comunes por medio del marco conceptual de la psicología interconductual donde se propone al comportamiento humano como medible de manera científica, y vinculado a un conjunto de interacciones con el ambiente social y material. Esto permite dar cuenta de la pertinencia social del programa, debido a que éste, impacta de forma directa a las poblaciones y el individuo.

La novedad del diseño del programa interconductual es que promueven en la comunidad educativa el interés por indagar sobre el tema de aplicación de los conceptos conductuales y sociales, a la vez que transmiten nuevos conocimientos de manera pertinente y viable.

Objetivos

Objetivo General.

Diseñar un programa para la prevención del consumo de SPA en niños basado en el modelo interconductual.

Objetivo específicos.

- 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.
- 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).

Como revisión bibliográfica lo que se plantea al realizar esta investigación es recopilar información relevante de las problemáticas, características y efectos del consumo de SPA, así como recopilar información del modelo de la Psicología interconductual y por medio de esta diseñar un modelo de prevención primaria en consumo de sustancias psicoactivas para niños y niñas; y como proceso de innovación tecnológica, este tipo de investigación no se plantea como una propuesta metodológica basada en los paradigmas clásicos de investigación que buscan la construcción de conocimientos a diferencia de esta, la investigación tecnológica sugiere desarrollar propuestas operativas a partir de ese conocimiento básico (Macías, 2002), en el caso de este trabajo, por medio de una propuesta de intervención dirigida a facilitar los procesos de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

La propuesta metodológica de éste trabajo tiene como característica principal que es una tecnología proveniente de la ciencia, por tanto la obtención del conocimiento desde este abordaje es de tipo sintético y sintetizador, debido a que resulta de un proceso de revisión del conocimiento obtenido bajo el criterio científico de la investigación básica (Ribes & López, 2007). Otra característica del método manejado por esta investigación, es que el desarrollo tecnológico que se pretende, cumple con la categoría de una tecnología blanda, debido a que busca el aprovechamiento de los recursos por medio de la potenciación de las capacidades del comportamiento individual en pro del beneficio de una comunidad, por tanto, transforma el conocimiento analítico en conocimiento concreto y lo adapta a la solución de una

problemática social actual como lo es el consumo de sustancias psicoactivas, convirtiendo esta investigación del desarrollo de una tecnología del comportamiento individual al desarrollo de una tecnología social (Ribes & López, 2007).

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 sus 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, pero su implementación no determina necesariamente una propuesta teórica general que faciliten el uso continuo de la técnica en pro de conseguir una explicación acertada de cómo se desarrollo el este comportamiento saludable en la persona, así como dan muy poca importancia a los elementos que intervinieron en el ambiente de la persona o repertorio conductual del sujeto causar determinada respuesta.

Sin embargo uno de los modelos de salud 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-Alarcón, 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 lo muestra el siguiente cuadro comparativo:

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	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.

existencia de procesos psicológicos superiores internos.

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 manea 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 esta 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.
Etapas 6 y 7. 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.

A continuación se presenta el diseño propuesto por este trabajo como un modelo dirigido a desarrollar la conducta de prevención en la población infantil, basado en el modelo teórico interconductual propuesto por Ribes y que contiene una serie de objetivos basados en el desarrollo de competencias que adquiere el individuo a la vez que desarrolla su conducta.

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	- Desarrollar en los niños la capacidad

<p>dimensión del fenómeno o caso):</p> <p>Identificar la dimensión del problema del consumo de sustancias psicoactivas y sus implicaciones a nivel individual, biológico y social.</p>	<p>para reconocer el significado del término de sustancias psicoactivas (SPA), sus características e implicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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).
<p>2. <i>Nivel suplementario</i> (Aplicación de técnicas para identificar el fenómeno):</p> <p>Aplicar el conocimiento adquirido para entender la influencia del problema del consumo de SPA en su vida cotidiana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer con los niños el reconocimiento de 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.
<p>3. <i>Nivel selector</i> (determinación de las características particulares del fenómeno con base en el conocimiento previo de este)</p> <p>Diagnosticar los casos en los que se presenta el consumo de sustancias psicoactivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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).
<p>4. <i>Nivel sustitutivo referencial</i> (Desarrollar técnicas para identificar y modificar el fenómeno):</p> <p>Diseñar estrategias y técnicas para prevenir el consumo de sustancias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar alternativas de disminución de riesgos de consumo de sustancias psicoactivas. - Analizar las alternativas en función de

psicoactivas.

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):

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

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

A continuación se mostrará una tabla por medio de la cual se describen las actividades propuestas para cada una de las sesiones establecidas en el programa interconductual de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (Tabla 3), 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 (Anexo B) 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	<p><i>Nivel contextual</i> (Identificación de la dimensión del fenómeno o caso)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Identificar la dimensión del problema del consumo de sustancias psicoactivas y sus implicaciones a nivel individual, biológico y social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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). 	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p><i>Nivel suplementario</i> (Aplicación de técnicas para identificar el fenómeno).</p> <p>Guiar al participante en la aplicación del conocimiento adquirido para entender la influencia del problema del consumo de SPA en su vida cotidiana.</p>	<p>- Promover en el niño las competencias suficientes para reconocer la influencia que tiene el problema de consumo de SPA en su vida cotidiana.</p> <p>- 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.</p>	<p>1. Dinámica de inicio (busca el riesgo)</p> <p>2. Recuento de las temáticas de la sesión anterior e Información de la metodología de la tercera sesión.</p> <p>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.</p> <p>4. Explicación del video presentado y conclusiones.</p> <p>5. Actividad participativa de explicación de factores que predisponen y precipitan el consumo de SPA.</p> <p>6. Evaluación de la información impartida.</p>
4	<p><i>Nivel selector</i> (determinación de las características particulares del fenómeno con base en el conocimiento previo de este)</p> <p>Capacitar a los participantes en el diagnóstico de casos en los cuales se presenta el consumo de</p>	<p>- Hacer un análisis comparativo entre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas y las consecuencias de llevar un estilo de vida saludable.</p> <p>- Estimar la influencia de los factores disposicionales en el consumo de SPA (Factores situacionales e historia interactiva del sujeto).</p>	<p><i>Actividades:</i></p> <p>- Casos del consumo de SPA: Se desarrollan carteleras cada una 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.</p> <p>- Desarrollo individual de un caso en particular escrito.</p> <p>- Estimar la influencia de</p>

	sustancias psicoactivas.		los factores disposicionales en el consumo de SPA (Factores situacionales e historia interactiva). Actividades: 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

			<p>actividad.</p> <p>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.</p> <p>5. Desarrollo de afiches o tarjetas publicitarias que promocionen la actividad o instrumento de prevención diseñado.</p>
7	<p><i>Nivel sustitutivo no referencial</i> (Evaluación del hacer y el decir sobre el fenómeno).</p> <p>Impulsar a los participantes a formular una evaluación crítica, del problema de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.</p>	<p>- Promover el análisis de la eficacia y la eficiencia del programa diseñado.</p> <p>- Revisar con los participantes la viabilidad de la técnica propuesta.</p> <p>- Fomentar la justificación de la importancia que tiene el diseño de una técnica para la prevención del consumo de SPA.</p> <p>- Valorar la funcionalidad de los diseños de la técnica de prevención del consumo de SPA para la vida cotidiana de los participantes.</p> <p>- 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.</p>	<p>1. Actividad de inicio "respira profundo"</p> <p>2. Por medio de un foro hacer el Análisis de la eficacia y eficiencia de la técnica propuesta y de la importancia de prevenir el consumo de SPA.</p> <p>3. Retroalimentación de la información.</p> <p>4. Actividad "Desarrollo de nuevas soluciones", para promover el desarrollo de propuestas para el cuidado de la salud evitando el consumo de SPA.</p> <p>5. Retroalimentación de la actividad.</p>

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, para 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/mis10comportamientosaludables/images/stories/politicaspabogota.pdf>.
- Amaya, W., Campillo, H., Campo, A., Díaz, L. & Martínez, J. (2008). Consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes: factores psicosociales relacionados con el género. *Revista latinoamericana de enfermagem*. 16, (5). Recuperada de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/es_17.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. & Jelrma, 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>.

- Cantú, P. (2010). Evaluación bioética de la investigación en salud. Universidad Autónoma de Nuevo Leon. Monterrey. Mexico. Recuperado de <http://www.uv.es/lisis/sosa/ev-bioetica.pdf> .
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. & Canales, C. (2000). Calidad de vida: Un análisis de su dimensión Psicológica. *Revista Sonorense de Psicología*.14, 1, 3-15. Recuperado de http://posgrado.iztacala.unam.mx/grupot/Articulos/2000_calidad.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.
- Davila, M. & Piña, J. (2008). Caracterización, predictores de comportamientos sexuales de riesgo y uso de preservativo en mujeres universitarias. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 13, 2, 279-299. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/292/29213206.pdf>.
- 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.
- Fuentes, M. (2007). Las competencias académicas desde la psicología interconductual. *Acta colombiana de psicología*. 10, 2, 51-58. Recuperado de http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-9152007000200006&lng=es&nrm=.

- 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>.
- Guevara, C. (2006). Análisis interconductual de algunos elementos que constituyen la enseñanza básica. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 11, 30, 1037-1064. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/140/14003015.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.
- Hernández, D. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*. 39, 153-170. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80619869011.pdf>.
- Ibáñez, C. (1994). Pedagogía y psicología interconductual. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. 20, 1, 99-113. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmac/article/view/23451>.

- Ibáñez, C. (2005). La evaluación del aprendizaje escolar: una propuesta desde la psicología interconductual. *Acta comportamentalia*. 13, 2, 181-197. Recuperado de <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=274520142007> .
- 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.
- Macías M. (2002). Una nueva mirada para el estudio de la ciencia y la tecnología: el enfoque de los estudios sociales. *Rev Hum Med online*. 2, 2. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000200004.

Mares, G. & Bazan, A. (sf). Psicología interconductual y su aplicabilidad en la elaboración de programas de lecto-escritura. Recuperado de http://bidi.unam.mx/libroe_2007/0741256/A09.pdf.

Mares, G. & Rueda, P. (1993). El habla analizada desde la perspectiva de Ribes y Lopez: desarrollo horizontal. Acta comportamentalia. 1, 1, 39-62. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/18203>.

Melgar, A. (2000). El pensamiento: Una definición interconductual. Revista de Investigación en Psicología. 3, 1, 23-38. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n1/pdf/a02v3n1.pdf.

Ministerio de Educación de Peru. (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 (a). (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 Protección Social (b) (2008). Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Ministerio de Protección

Social. Colombia. Propuesta operativa. Recuperado de http://odc.dne.gov.co/docs/publicaciones_nacionales/20.pdf.

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

Montgomery, W. (2007). Lenguaje infantil: Desarrollo, defectos, y rendimiento desde una óptica interconductual. *Psicología científica.com*. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/lenguaje-infantil-desarrollo-defectos-vision-interconductual/>.

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>.

Nuño, B., Flores F. (2004). La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la toma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales. *Salud mental*, 27, 4, 26 – 34.

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 (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de sanidad y consumo, centro de publicaciones. Madrid. España. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.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%3%B1ol.pdf.

Pérez, L. (2001). Procesos de aprendizaje de discriminaciones condicionales. *Psicothema*, 13, 4, 650 – 658

- Pérez, A. & Quiroga, L. (2010). *Lenguaje: Una aproximación interconductual*. Bogotá: 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> .
- Piña, J. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 15, 2, 233-255. Recuperado de http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_15_2/Julio-Alfonso-Pina-Lopez.pdf .
- Piña, J. & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Phychologica*. 5, 3, 669-679. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf>.
- Piña, J. & Robles, S. (2005). Psicología y VIH/SIDA en Mexico: Su prevención con base en un modelo psicológico de salud biológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 10, 1, 71-83. Recuperado de <http://www.aepcp.net/rppc.php?id=263>.
- Reyes, M. (2007). LA PSICOLOGIA INTERCONDUCTUAL: un nuevo paradigma aplicado a la educación. *SynthesiS. Aventuras del pensamiento*. 41, Enero-Marzo, 1-6. Recuperado de http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/05/12/psicologia.pdf
- Rice, P. (1997). *Desarrollo humano, estudio del ciclo vital*. México: Prentice-Hall. Hispanoamérica.

- Ribes, E. (1993). El análisis contingencial y la identificación y definición funcional de los problemas psicológicos. *Revista mexicana de psicología*, 10, 1, 85-89.
- 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.
- Robles, S., Piña, J. & Moreno, D. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de la Psicología*, 22, 2, 200-204. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/167/16722204.pdf>.
- 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.

- Rodríguez, M. & García, J. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14, 2, 210-222. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num2/Vol14No2Art12.pdf>.
- 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>.
- Trigo, E. & Martinez, F. (1994). Diseños y procedimientos de validación en la psicología interconductual: discriminación condicional y estrategias longitudinales. *Revista Mexicana de la Conducta*. 20, 1, 67-82. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmac/article/view/23449>.
- 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>.

Werner, R., Chaves, E. & Chiattonne, H. (2006)/ avances de la psicología de la salud en Latinoamérica: contribuciones de Brasil. *Investigacion en detalle*. 6. Recuperado de http://www.alapsa.org/detalle/06/id_06_doc2_brasil.pdf.

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

Anexos

Anexo A

Resumen de los efectos de las sustancias psicoactivas

Sustancia	Mecanismo de acción principal	Tolerancia y síndrome de abstinencia	Consumo prolongado
Etanol	Aumenta los efectos inhibidores del GABA y reduce los efectos excitadores del glutamato. Los efectos reforzantes probablemente estén relacionados con el aumento de la actividad de la vía dopaminérgica mesolímbica.	Aparece tolerancia debido al aumento del metabolismo hepático y a los cambios de los receptores cerebrales. El síndrome de abstinencia del consumo crónico puede incluir temblores, sudoración, debilidad, Agitación, cefaleas, náuseas, vómitos, convulsiones y delirium tremens.	Alteraciones funcionales y estructurales cerebrales, especialmente en la corteza pre frontal; deterioro cognitivo; disminución del volumen cerebral.
Hipnóticos y sedantes	Facilitan las acciones de los neurotransmisores Inhibidores endógenos.	Aparece rápidamente tolerancia a la mayoría de los efectos (excepto al efecto anticonvulsivo), debido a cambios de los receptores cerebrales. El síndrome de abstinencia se caracteriza por ansiedad, excitabilidad, inquietud, insomnio, irritabilidad y convulsiones.	Deterioro de la memoria.
Nicotina	Activa los receptores colinérgicos nicotínicos. Aumenta la síntesis	Aparece tolerancia, mediada por factores metabólicos y cambios	Los efectos del consumo de tabaco sobre la salud están bien

	y liberación de dopamina.	de los receptores. El síndrome de abstinencia se caracteriza por irritabilidad, hostilidad, ansiedad, humor deprimido, disforia, disminución de la frecuencia cardiaca y aumento del apetito.	documentados; es difícil separar los efectos de la nicotina de los de otros componentes del tabaco.
Opioides	Activan los receptores de opioides mi (m) y delta (d), que son abundantes en las regiones cerebrales implicadas en las expuestas a las sustancias psicoactivas, como la vía dopaminérgica mesolímbica.	Aparece tolerancia debido a cambios de los receptores a corto y a largo plazo, y a adaptaciones de los mecanismos de transducción de señales intracelulares. El síndrome de abstinencia puede ser grave y se caracteriza por lagrimeo, rinorrea, bostezos, sudoración, inquietud, escalofríos, calambres y mialgias	Cambios a largo plazo de los receptores y péptidos opioides; adaptaciones de las respuestas de recompensa, aprendizaje y estrés.
Cannabinoides	Activan los receptores de cannabinoides. Aumentan la actividad dopaminérgica en la vía mesolímbica. Aparece rápidamente tolerancia a la mayoría de los efectos.	El síndrome de abstinencia es raro, probablemente debido a la prolongada vida media de los cannabinoides.	La exposición prolongada al cannabis puede producir deterioro cognitivo persistente. También hay riesgo de exacerbación de enfermedades mentales.
Cocaína	La cocaína bloquea la captación de neurotransmisores	Quizás se produzca tolerancia a corto plazo. No hay muchas pruebas	Déficit cognitivos, alteraciones de regiones corticales específicas; se

	como la dopamina, prolongando así sus efectos.	de que se produzca síndrome de abstinencia, aunque la depresión es frecuente en las personas dependientes que dejan de tomar la droga.	ha observado deterioro de la función motora y disminución de los tiempos de reacción.
Anfetaminas	Aumentan la liberación de dopamina por las terminaciones nerviosas e inhiben la recaptación de dopamina y de otros neurotransmisores relacionados con ella	Aparece rápidamente tolerancia a los efectos conductuales y fisiológicos. El síndrome de abstinencia se caracteriza por fatiga, depresión, ansiedad y un deseo compulsivo de consumir la droga.	Trastornos del sueño, ansiedad, disminución del apetito; alteraciones de los receptores dopaminérgicos cerebrales, cambios metabólicos regionales y deterioro motor y cognitivo
Éxtasis	Aumento de la liberación de serotonina y bloqueo de su recaptación.	Puede aparecer tolerancia en algunos individuos. Los síntomas de abstinencia más frecuentes son la depresión y el insomnio.	Lesiona los sistemas serotoninérgicos cerebrales y tiene consecuencias conductuales y fisiológicas. Problemas psiquiátricos y físicos a largo plazo, tales como deterioro de la memoria, de la toma de decisiones y del autocontrol, paranoia, depresión y ataques de pánico
Inhalantes	Muy probablemente afecten a los neurotransmisores inhibidores, al igual que otros sedantes e	Aparece una cierta tolerancia, pero es difícil estimarla. Durante la abstinencia hay un aumento de	Cambios de la unión a los Receptores dopaminérgicos y de su función; deterioro de la función cognitiva;

	hipnóticos. Activan la vía dopaminérgica mesolímbica.	la susceptibilidad a las convulsiones	problemas psiquiátricos y neurológicos.
Alucinógenos	Diferentes sustancias de esta clase actúan sobre diferentes receptores cerebrales, como los de serotonina, glutamato y acetilcolina.	Aparece rápidamente tolerancia a los efectos físicos y psicológicos. No hay pruebas de que exista un síndrome de abstinencia.	Episodios psicóticos agudos o crónicos, repeticiones de la experiencia de los efectos de la sustancia mucho tiempo después de su consumo (flashbacks).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2004). Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. Resumen.

Anexo B

Manual del director del proyecto.

PROGRAMA INTERCONDUCTUAL DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN NIÑOS (AS)

Objetivo:

Entrenar a niños y niñas en la adquisición el desarrollo de competencias para prevenir las conductas de riesgo ligadas al consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos específicos:

- Brindar a los participantes la información precisa para que logren identificar la dimensión del problema del consumo de sustancias psicoactivas y sus implicaciones a nivel individual, biológico y social.
- Guiar al participante en la aplicación del conocimiento adquirido para entender la influencia del problema del consumo de SPA en su vida cotidiana.
- Capacitar a los participantes en el diagnostico de casos en los cuales se presenta el consumo de sustancias psicoactivas.
- Promover en los participantes en el diseño de estrategias y técnicas para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.
- Impulsar a los participantes a formular una evaluación crítica, del problema de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

- **Población:**

Niños y niñas de 9 a 12 años de edad.

Sesiones:

1. ¿Sustancias Psicoactivas?
2. ¡Con sumo cuidado!
3. ¡A mí también me importa!
4. ¡Yo me quiero yo me cuido!
5. ¿Y entonces qué hacemos?
6. Juguemos a cuidarnos
7. Si me parece – No me parece

Sesión 1

¿Sustancias Psicoactivas?

Objetivo general:

- Brindar a los participantes la información precisa para que logren identificar la dimensión del problema del consumo de sustancias psicoactivas y sus implicaciones a nivel individual, biológico y social.

Objetivos específicos:

- 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.

Organización de la sesión:

Contenido	Recursos y materiales	Duración
1. Saludo y presentación de los talleristas.		10 minutos
2. Información sobre el propósito del programa.	Presentación en PowerPoint sobre la estructura del programa	15 minutos
3. Información del contenido y la metodología de la primera sesión.	Presentación en PowerPoint sobre la estructura de la sesión.	5 minutos.
4. Dinámica de creación de grupos de trabajo	El rey de buchi-bucha	20 minutos.
5. Dinámica para la explicación interactiva acerca de las sustancias psicoactivas (que son y cuáles son los efectos en el organismo).	Concéntrese (juego de asociación entre estímulos).	40 minutos
6. Conclusiones de la dinámica y refrigerio.	Refrigerio.	15 minutos.
7. Conclusiones y evaluación de la sesión.		15 minutos
TOTAL		120 MINUTOS.

Lugar de desarrollo de la sesión:

Las actividades de la sesión están planeadas para desarrollarse en un aula de clases.

Manual del director:

1. Saludo y presentación de los talleristas: Cada uno de los participantes se presentan y dicen que deporte les gusta, luego los talleristas se presentan, siguen la misma dinámica y hacen dan la bienvenida al programa.

2. Teniendo como ayuda la presentación en PowerPoint, se presenta la metodología de cada una de las sesiones del programa, explicando que habrán actividades en las que participarán de forma activa y otras que se darán de manera magistral las cuales serán realizadas por los talleristas; en cuanto al contenido de las sesiones se va indicando la duración y la cantidad de sesiones que se tendrán, siete en total, las cuales tienen como objetivo entrenar a niños y niñas en la adquisición de competencias que los lleven a no presentar conductas de riesgo ligadas al consumo de sustancias psicoactivas. Y que como objetivo de cada sesión presentan:

- Brindar a los participantes la información precisa para que logren identificar la dimensión del problema del consumo de sustancias psicoactivas y sus implicaciones a nivel individual, biológico y social.
- Guiar al participante en la aplicación del conocimiento adquirido para entender la influencia del problema del consumo de SPA en su vida cotidiana.
- Capacitar a los participantes en el diagnóstico de casos en los cuales se presenta el consumo de sustancias psicoactivas.
- Promover en los participantes en el diseño de estrategias y técnicas para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.
- Impulsar a los participantes a formular una evaluación crítica, del problema de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

3. Se les informa a los participantes cual será la metodología de la primera sesión y los contenidos que se van a impartir: con apoyo de la presentación en PowerPoint el tallerista indica la temática a trabajar que en esta primera sesión se trabaja en los conceptos de sustancias psicoactivas, sus características, y las implicaciones individuales en el consumo.

4. Uno de los talleristas asume el rol del rey de Buchi-bucha y tras la exclamación “el rey de Buchi-bucha manda”, los participantes responderán “que manda” y se les

indican diferentes acciones (saltar, cantar, realizar figuras, y otras actividades a realizar en grupo); la dinámica culmina con la conformación de grupos equitativos en cuanto a número de participantes los cuales pasaran a ser los grupos de trabajo a lo largo de las sesiones.

Una vez conformados los grupos ellos tendrán que ponerle un nombre y Lema por medio de los que se identificarán.

Las sesiones a partir de este momento se realizará por medio de economía de fichas, por cada actividad se les brindara un determinado número de puntos que al finalizar cada sesión se sumaran y el grupo que mayor número de puntos haya sumado será el ganador.

5. El juego de “concéntrese” se realiza por medio de un total de 20 fichas con figuras emparejadas (dos figuras idénticas de cada sustancia psicoactiva), para un total de 10 sustancias diferentes, pegadas en una superficie plana. La idea es que los participantes busquen las parejas, cada grupo que encuentre una pareja se ganara un determinado número de puntos que se sumaran a la totalidad de la sesión.

Al momento de encontrar una pareja de sustancias el tallerista informara cuales son las características de la misma y el efecto que presenta en el organismo de quien lo consume.

6. Conclusiones de la dinámica: en esta etapa quienes toman la vocería de la sesión son los niños y niñas participantes, ellos expondrán la información que crean más relevante de la impartida en el espacio del programa, de igual manera las dudas que surjan serán disipadas por los talleristas.

7. Conclusiones y evaluación de la sesión: para finalizar la sesión los talleristas hacen un recuento de la información entregada a los niños y las niñas acerca de las sustancias psicoactivas y los efectos que el individuo enfrenta al momento de iniciar el consumo de estas.

Sesión 2

¡Consumo cuidado!

Objetivo general: Brindar a los participantes la información precisa para que logren identificar la dimensión del problema del consumo de sustancias psicoactivas y sus implicaciones a nivel individual, biológico y social.

Objetivos específicos:

- 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).

Organización de la sesión:

Contenido	Recursos y materiales	Duración
1. Saludo y presentación de los talleristas.		5 minutos
2. Dinámica de inicio (El fantasma gasparin)		15 minutos
3. Recuento de las temáticas de la sesión anterior e Información de la metodología de la segunda sesión.	Presentación en carteleras sobre la estructura del taller (apéndice 1).	10 minutos.
4. Actividad para la explicación interactiva acerca de los efectos y consecuencias individuales y sociales del consumo de sustancias psicoactivas.		30 minutos.
5. Conclusiones de la actividad		15 minutos
6. Explicación acerca de las conductas de riesgo que llevan al consumo de sustancias psicoactivas	Presentación en carteleras y cartulinas	25 minutos.
7. Conclusiones acerca de las conductas de riesgo		10 minutos
8. Conclusiones y evaluación de la sesión.	Tabla de registro de preguntas correctas	10 minutos
TOTAL		120 MINUTOS.

Lugar del desarrollo de la sesión:

Parque cercano o cancha de la institución en la cual se desarrolla el taller.

Manual del director:

1. Se brinda un saludo a los participantes, los cuales deben integrar los grupos conformados en la sesión anterior, después se presentan los talleristas, posterior a ellos se presentan los grupos y se toma asistencia.
2. El fantasma Gasparin se toma como una actividad rompehielos, la cual se realiza a manera de ronda y servirá para que los participantes inicien la segunda sesión de manera dinámica; esta actividad es una ronda en la cual los participantes deben hacer un círculo grande, del cual también hacen parte los talleristas, uno de ellos toma el liderazgo de la actividad diciendo (el fantasma Gasparin, el mismo que el tren piso, pobrecito Gasparin, le quedo la manita así”, los niños y niñas deben repetir la frase dicha por el tallerista; una vez se repite por parte de los participantes la frase el tallerista le agrega movimientos nuevos hasta que lo considere necesario y de fin a la actividad. Se les otorga puntos a los grupos que lo hagan con mayor energía.
3. Los talleristas hacen un recuento de las temáticas tratadas la sesión anterior y también recuerda la metodología y la manera en la cual pueden, por grupo, perder o ganar puntos en cada actividad y en cada sesión del programa.
4. Se prepara una pista de obstáculos, la cual debe ser recorrida por los niños y niñas. Cada grupo se ubica al inicio y al dar la orden deben hacer el recorrido, al finalizarlo encontraran una bomba, que tendrá un el nombre de una sustancia psicoactiva en su interior, y que tendrá que llevar al punto de inicio de su recorrido, reventarla y guardar para la segunda parte de la actividad.
Una vez hayan terminado el recorrido completo los integrantes de los grupos y hayan traído el mayor número de papeles con nombres de sustancias psicoactivas posible se les otorgaran puntos, los cuales pueden incrementar si logran explicar la sustancia que está escrita; si no tienen la información de la sustancia es el tallerista quien explicara a los participantes las características de cada sustancia.

5. Los niños y niñas expondrán lo que consideren más importante de la información entregada en la actividad y después se retroalimenta la actividad haciendo una breve explicación sobre lo aprendido.
6. Valiéndose de una presentación de cartelera los talleristas expondrán que es una conducta de riesgo y cuáles son las conductas de riesgo que pueden influir en un consumo inicial.
7. Los niños y niñas comentaran lo que consideren más importante con respecto a la temática de conductas de riesgo y los talleristas harán retroalimentación y aportes a cada uno de los comentarios que los participantes entreguen.
8. Conclusiones y evaluación de la sesión: para finalizar la sesión los talleristas hacen un recuento de la información entregada a los niños y las niñas acerca de las sustancias psicoactivas y los efectos que el individuo enfrenta al momento de iniciar el consumo de estas. para finalizar se hace la sumatoria de puntajes y se brinda el acumulado de las dos primeras sesiones.

De acuerdo a la tabla de registro de la evaluación, a los participantes de las actividades de las dos sesiones del nivel contextual que demuestren problemas para alcanzar los objetivos propuestos, se les hará una actividad de refuerzo que consiste en una capacitación individual en los temas desarrollados en las sesiones. Solo se promueve al niño al siguiente nivel cuando este demuestra haber alcanzado los objetivos que corresponden al nivel anterior.

Sesión 3

¡A mí también me importa!

Objetivo general: Guiar al participante en la aplicación del conocimiento adquirido para entender la influencia del problema del consumo de SPA en su vida cotidiana.

Objetivos específicos:

- 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.

Organización de la sesión:

Contenido	Recursos y materiales	Duración
1. Saludo de los Talleristas y presentación		5 minutos
2. Dinámica de inicio (busca el riesgo)		15 minutos
3. Recuento de las temáticas de la sesión anterior e Información de la metodología de la tercera sesión.	Presentación en PowerPoint o carteleras	10 minutos.
4. 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.	Presentación en videobean y DVD.	30 minutos.
5. Explicación del video presentado y conclusiones.		15 minutos
6. Actividad participativa de explicación de factores que predisponen y precipitan el consumo de SPA.	Diapositivas en PowerPoint	25 minutos.
7. Evaluación de la información impartida y refrigerio.	Tabla de registro de respuestas.	10 minutos
TOTAL		120 MINUTOS.

Lugar de desarrollo de la sesión:

Se desarrollara la sesión en un aula de clases o auditorio de eventos

Manual del director:

1. Se hace el saludo inicial al grupo recordando el nombre de los talleristas y el nombre de la sesión.

2. La dinámica de inicio consiste en una actividad llamada “busca el riesgo” en la cual inicialmente se esconde en uno de los participantes el dibujo de una botella de licor y se le informara a otros dos participantes quien tiene el objeto a buscar sin que las demás personas se enteren de la ubicación del objeto escondido, enseguida se le pide a los demás participantes que busquen la botella, con el aliciente de que quien la encuentre en el aula de reunión tendrá un premio y que tienen 10 minutos para localizarla.

Al finalizar el tiempo se le da el premio a quien o quienes la encontraron, en caso de no haber un ganador se les da a conocer en donde estaba el objeto escondido y como hubieran podido encontrarlo, haciendo un especial énfasis en la comunicación entre compañeros y el trabajo en grupo al finalizar la actividad.

3. Por medio de diapositivas desarrolladas en el programa PowerPoint se hace un breve repaso sobre lo visto en la sesión anterior y se expone el contenido temático de la sesión tres.

4. Se desarrolla la actividad planeada con el contenido temático de ¿Cómo me afecta el problema? por medio de la presentación de un video en el que se presenta la vida de un niño de 10 años afectado por el consumo de SPA y los cambios en su vida cotidiana.

5. Se hace la explicación de lo visto en el video haciendo participar a los asistentes con preguntas como ¿que le pasaba a la persona que consumía SPA en el hogar, en el estudio o en su relación con las demás personas? Y contrastando lo visto en el video con su propia vida cotidiana.

6. Se hace la presentación en diapositivas de los objetos que predisponen la adquisición de la conducta de consumo como publicidad en carteles, tv, música; los eventos como encuentros con compañeros u amigos, ejemplo de los padres u otros familiares; y finalmente las respuestas que mantienen estas conductas, como ver programas y películas sobre consumo de SPA y cantar canciones con temas sobre consumo o imitar las conductas de los mayores.

7. Evaluación oral sobre los conceptos del tema expuesto y verificación de la adquisición de la información por medio de la tabla de respuestas en la cual se registra los nombres de los participantes y el manejo del concepto sobre el cual se pregunta. Mientras tanto se reparte un refrigerio dispuesto para la finalización del taller y en agradecimiento con la participación de los niños.

Sesión 4

¡Yo me quiero yo me cuido!

Objetivo General:

Capacitar a los participantes en el diagnóstico de casos en los cuales se presenta el consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos Específicos:

- 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).

Organización de la sesión:

Contenido	Recursos y materiales	Duración
1. Saludo de los Talleristas		5 minutos
2. Dinámica de inicio (Valores y goles)	Carteleros con valores escritos, canchas de banquitas	20 minutos
3. Recuento de las temáticas de la sesión anterior e Información de la metodología de la tercera sesión.	Presentación en carteleros	10 minutos.
4. Actividad ¿que pasa con quien consume? Para hacer el análisis compartido entre consumo y estilo de vida saludable.	Carteleros con dibujos de dos niños, uno que tiene apariencia de saludable y otro que no y papeles adhesivos con respuestas.	30 minutos.
5. Narración de una historia o cuento para explicar la influencia de las situaciones y la historia interactiva del individuo en la aparición del problema.	Fotocopias de la historia o cuento (con dibujos).	30 minutos
6. Explicación de la importancia de tener autocontrol para evitar caer en situaciones de riesgo y entrega de obsequios.	Fotocopias y obsequios.	15 minutos.
7. Evaluación oral de lo aprendido y refrigerio.	Tabla de registro de respuestas.	10 minutos
TOTAL		120 MINUTOS.

Lugar de desarrollo de la sesión:

Se desarrollara la sesión en un espacio abierto como parque o aéreas deportivas.

Manual del director:

1. Se hace el saludo inicial al grupo recordando el nombre de los talleristas y el nombre de la sesión

2. la actividad de inicio tiene por nombre “valores y goles” y consiste en un concurso donde se deben anotar goles en las canchas dispuestas, de acuerdo a las respuestas correctas que den los participantes a preguntas sobre valores o un anti valores o representaciones de estos en ejemplos en determinada situación.

El orden de inicio se sorteará y el ganador será quien mas goles anote. Las oportunidades para disparar al arco se ganan respondiendo correctamente a las preguntas sobre valores o anti valores grupales o representando ejemplos de valores o anti valores grupales. Finalmente se retroalimenta la actividad nombrando un ganador y explicando la importancia de los valores grupales.

3. Se hará un breve repaso del tema trabajado en la sesión anterior y se explicara la metodología del tema de la sesión 4.

4. Se desarrollara la actividad ¿Qué pasa con quien consume? Que consiste en colocar una cartelera grande con los dibujos de dos niños, uno con una buena apariencia saludable y otro con una apariencia poco saludable y posteriormente explicarle a los participantes que tendrán que llenar a estos dibujos con las consecuencias que corresponden a cada condición, saludable o de consumo de SPA en cada caso, los participantes deben estar de acuerdo en grupo de a cual dibujo corresponde cada característica por lo que se les pregunta si están de acuerdo con la respuesta que da quien participa y una vez se ponen de acuerdo tienen que alcanzar al tallerista alrededor de la cancha o el parque hasta recuperar la respuesta correcta y colocarla en el dibujo.

5. Se le pide a los niños que tomen asiento y se les explica que se narrara una historia (o cuento). Enseguida a la explicación se procede a narrar la historia que tiene como contenido la historia de un personaje que a causa de las situaciones precarias o de socialización que vive o de su falta de experiencia y conocimientos en el tema de consumo de SPA termina por consumir y hacerse daño, así como la historia narrada

tendrá un desenlace y un fin al que los niños deben ayudar a desarrollar a través del desarrollo de la historia respondiendo a preguntas como: ¿para que el personaje cambie su actitud que debería hacer entre A, B ó C?.

6. Se hará una breve explicación sobre la importancia de tener autocontrol y como favorecer una conducta autocontrolada para la toma oportuna de decisiones y se entregara unas fotocopias que contienen una serie de pasos para favorecer el control de las situaciones y el uso de sus habilidades y conocimientos para evitar el consumo. Para esta actividad se tiene programado dar un obsequio sorpresa por participar en el programa que se entregara una vez terminada la explicación.

8. Se harán las preguntas correspondientes a este nivel funcional de manera oral y se registraran las respuestas correctas e incorrectas.

* También se prepara una actividad de refuerzo individual para los niños que tuvieron dificultades para responder correctamente a la evaluación de la sesión 4.

Sesión 5

¿Y entonces qué hacemos?

Objetivo General:

Promover en los participantes en el diseño de estrategias y técnicas para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos Específicos:

- 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.

Organización de la sesión:

Contenido	Recursos y materiales	Duración
1. Saludo de los Talleristas		5 minutos
2. Dinámica de inicio “Los súper amigos”	Carteleros o diapositivas con dibujos de súper héroes y sus cualidades.	15 minutos
3. Recuento de las temáticas de la sesión anterior e Información de la metodología de la tercera sesión.	Presentación en diapositivas.	10 minutos.
4. Actividad “lluvia de soluciones”	Papel para carteleros, marcadores, lápices, borradores, tajalápices.	40 minutos.
5. Actividad de consenso	Cinta adhesiva	20 minutos
6. Explicación de cómo se puede hacer y decidir que se va a diseñar.	Diapositivas	20 minutos.
7. Entrega de refrigerios	Refrigerios	5 minutos
TOTAL		120 MINUTOS.

Lugar de desarrollo de la sesión:

Se desarrollara la sesión en un espacio cerrado como un aula, auditorio o biblioteca.

Manual del director:

1. Se hace el saludo habitual al iniciar las sesiones con la presentación de los talleristas.

2. Se desarrolla la dinámica de inicio “Los súper amigos” que consiste en colocar una cartelera con superhéroes en ellas o en diapositivas y cada súper héroe tiene escritas sus cualidades debajo, una vez expuestas las carteleras se les pide a los niños que de acuerdo a las cualidades de cada súper héroe identifiquen cual se asemeja a si mismo y cuales a sus amigos o compañeros.

Se les advierte a los niños que solo tienen 10 minutos para identificar a sus amigos súper héroes y una vez desarrollan dicho ejercicio se les explica la importancia de conocer sus cualidades y las cualidades de sus compañeros y amigos.

3. Se hace un breve repaso de lo visto en la sesión anterior y se les explica en que se trabajara en esta sesión, haciendo un especial énfasis en la importancia del proceso llevado hasta el momento y la calidad de competencias que han adquirido mediante su desempeño y se les explica que ellos van a desarrollar un instrumento de prevención para la comunidad.

4. Se desarrolla la actividad “Lluvia de soluciones” en la cual se divide inicialmente al grupo general de acuerdo a los grupos que quieran conformar y a cada grupo se le entregan dos pliegos de papel dispuesto para carteleras para posteriormente dar la instrucción de que de manera creativa, plasmen en ellas las actividades que se les ocurran para prevenir a una comunidad del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas. Esta actividad contara con la asistencia de los talleristas con el fin de dirigir las propuestas al objetivo que se quiere conseguir.

5. Se le pide a los niños que coloquen las carteleras alrededor de las paredes del recinto, después se da la instrucción de que tomen asiento y el tallerista encargado expone a los asistentes cada una de las alternativas expuestas por los niños en las carteleras, para enseguida pedirles que escojan la alternativa que mas les parece viable de acuerdo a las cualidades de cada propuesta y la explicación que merezca por cada grupo hasta llegar a un consenso general.

6. Se describen los instrumentos que se utilizan para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en la comunidad y se contrasta la información con lo que se

decidió hacer por medio del consenso para describir al grupo como se hará la actividad y por medio de que instrumentos con el fin de posteriormente dividir funciones entre los participantes.

7. Entrega de refrigerios.

Sesión 6

¡Juguemos a cuidarnos!

Objetivo General:

Promover en los participantes en el diseño de estrategias y técnicas para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos Específicos:

- Elaborar instrumentos para la prevención del consumo de SPA.
- Diseñar un instrumento de información para la comunidad.

Organización de la sesión:

Contenido	Recursos y materiales	Duración
1. Saludo de los Talleristas		5 minutos
2. Actividad encontremos la solución.	Papeles cortados con pistas anotadas.	15 minutos
3. Recuento de las temáticas de la sesión anterior e Información de la metodología de la tercera sesión.	Presentación en carteleras	10 minutos.
4. Elección de los temas del instrumento o actividad.	Tablero y marcadores	20 minutos.
5. 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.	Lápices, colores, marcadores, papel de colores y materiales distintos, computador con programas de Microsoft Word y PowerPoint.	35
6. Desarrollo de afiches o tarjetas publicitarias que promocionen la actividad o instrumento de prevención diseñado.	Pliegos de cartulina, papel periódico o papel craf, marcadores, lápices, colores, recortes de revistas hojas de colores.	30
7. Despedida felicitaciones y refrigerio.	Refrigerio	5
TOTAL		120 MINUTOS.

Lugar de desarrollo de la sesión:

Se desarrollara la sesión en un espacio cerrado como un aula, auditorio o biblioteca.

Manual del director:

1. Se hace el saludo habitual y la bienvenida a la sesión que se desarrollara.

2. Se desarrolla la actividad de distensión llamada “encontremos la solución” que consiste en ubicar un dibujo en diapositivas de PowerPoint o cartelera en el cual se encuentren muchas personas como en el juego de “donde esta Javier” del periódico El espectador, en el cual debe buscarse para este caso una cartilla de prevención del consumo de SPA que se encuentra perdida entre el dibujo. Antes de iniciar la actividad, a cada participante se le entrega un papel con una pista numerada de cómo encontrar la cartilla en el dibujo d tal forma que los niños tendrán que trabajar en grupo para encontrarla.

Finalmente se les explica que es más fácil encontrar solución a los problemas cuando se trabaja en grupo.

3. Se hace un breve repaso de los temas vistos en la sesión anterior así como de las funciones delegadas a cada niño.

4. Se elige con los niños los temas que se trabajaran sobre prevención del consumo de sustancias psicoactivas que vendrán en el instrumento o actividad que se va a diseñar, bajando la información de las diapositivas y otros instrumentos utilizados durante la aplicación del proyecto en las diferentes sesiones y se escriben en el tablero en la medida en que van surgiendo las ideas y correcciones.

5. Se pone en marcha la actividad de “desarrolla la idea” que fue planeada previamente con los niños participantes de la actividad, ubicando a cada uno en las funciones que corresponden a: diseño del logo del instrumento o actividad, diseño de la presentación, elaboración del lema, organización del grupo al cual va dirigido, unificación de la información y expositores del producto final. Estas actividades se desarrollan por aparte bajo la supervisión de los talleristas quienes van guiando el proceso.

6. Una vez finalizada la actividad anterior se inicia con la construcción de un instrumento para hacer publicidad del producto que se desarrolló para lo cual se dispone de material para hacer carteleras publicitarias y volantes que puedan repartirse acerca de éste. Para este punto puede que no se haya logrado finalizar con todas las

gestiones del punto anterior, para lo cual se delegan estas funciones a los participantes que ya terminaron con sus funciones y retoman los niños que van terminando con la actividad anterior.

7. Finalmente se felicita a los participantes por el diseño de dicho instrumento o actividad, se reparten los refrigerios y se cita a los niños para la última sesión.

* Los niños y niñas que no participen en la actividad, se muestren apáticos a participar o demuestren decidía se retomaran en este nivel funcional por medio de actividades de refuerzo individuales, así como a las personas que demuestren una falta en el nivel de comprensión o de lenguaje expresivo y de evaluación crítica.

Sesión 7

Si me parece – No me parece

Objetivo General:

Impulsar a los participantes a formular una evaluación crítica, del problema de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos Específicos:

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

Organización de la sesión:

Contenido	Recursos y materiales	Duración
1. Saludo de los Talleristas		5 minutos
2. Actividad de inicio “respira profundo”	Música relajante.	15 minutos
3. Por medio de un foro hacer el Análisis de la eficacia y eficiencia de la técnica propuesta y de la importancia de prevenir el consumo de SPA.	Tablero, marcadores, carteles de participación con banderas de países.	30 minutos.
4. Retroalimentación de la información.		15 minutos.
5. Actividad “Desarrollo de nuevas soluciones”, para promover el desarrollo de propuestas para el cuidado de la salud evitando el consumo de SPA.	Pliegos de papel periódico, tijeras, Marcadores, colon o cinta adhesiva.	30 minutos.
6. Retroalimentación de la actividad anterior, agradecimientos y		15 minutos

felicitaciones por la labor cumplida.		
7. Despedida del programa por parte de los talleristas, entrega de obsequios y refrigerios.	Obsequios y refrigerios	10
TOTAL		120 MINUTOS.

Lugar de desarrollo de la aplicación:

Auditorio o aula de clases.

Manual del Director:

1. Se hace el saludo habitual a los participantes y se les da la bienvenida a la última sesión y se les explica el nivel de comprensión al que han llegado para posteriormente felicitarlos.
2. Se desarrolla una actividad de relajación llamada “respira profundo” que consiste en hacer un ejercicio de respiración y actividad física con cadencia moderada de tal forma que se hagan inicialmente estiramientos físicos y finalmente actividades de calentamiento hasta quedar agitados e iniciar nuevamente con los ejercicios de respiración.
3. Se les da la instrucción a los participantes de que hagan comentarios con respecto a los aspectos positivos, negativos la viabilidad e importancia para la sociedad del diseño de la técnica de prevención de consumo de SPA que hicieron. Después se les da la instrucción de que expliquen si les parece bueno o malo el consumo de SPA ilegales y legales y que justifiquen su respuesta respondiendo al porque de esta.
4. Se hace la retroalimentación del foro explicando la importancia de mantener un estilo de vida saludable y fomentando la necesidad de hacerlos responsables de impartir información a sus familias.
5. Se inicia la actividad de “desarrollo de nuevas soluciones” dando la instrucción a los niños de que propongan soluciones a los problemas encontrados en el foro anterior o la retroalimentación hecha por los talleristas y los plasmen en retazos de papel que se pegaran posteriormente en una cartelera que estará pegada en la pared a modo de colash, y que al irlos colocando justifiquen su respuesta.

6. Se hace la retroalimentación correspondiente de la actividad anterior explicando las competencias adquiridas por los participantes por medio del programa desarrollado y se agradece a los participantes por haber llegado hasta la última etapa del programa.

7. Se hace la despedida oficial recalcando la importancia de promover lo aprendido, además se reparten unos obsequios sorpresa y el refrigerio habitual.