

# **Para una prevención del uso de sustancias psicoactivas**

**uso, uso nocivo, dependencia**

**Profesor Philippe Jean Parquet  
Universidad del Derecho y de la Salud de Lille (Francia)**

Este compendio, con prefacio de la señora Nicole Maestracci,  
Presidente de la Misión interministerial de lucha  
contra la droga y la toxicomanía (MLDT)(Francia),  
ha sido elaborado en base al informe del autor, publicado en 1997.

Traducido al español por:  
Dr. Pedro Naveillan, Profesor Asociado Facultad de Medicina  
Universidad de Chile  
Presidente  
Sr. Jean Pierre Partarrieu, Director-Tesorero  
Instituto Chileno de Salud Mental, ICHISAME

---

## Sumario

---

### Introducción

La inquietante agravación de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas

Necesidad de poner en funcionamiento una política de prevención coherente fundada en la noción de comportamientos

El hombre en el centro de la acción preventiva

La salud según la OMS

Estrategias, programas y políticas de prevención

### Un nuevo enfoque

El consenso científico internacional acerca de la noción de conductas

El uso

El uso nocivo

La dependencia

Tomar en cuenta las conductas de consumo del conjunto de sustancias psicoactivas

El uso como conducta de riesgo

Las conductas adictivas

La cuestión del estatuto legal de las sustancias psicoactivas: lo que se juega en la prevención

La política de reducción de riesgos

### Los grandes objetivos de una política de prevención primaria

Promover una diligencia de salud

Prevenir la iniciación del consumo

Hacer funcionar una política de reducción de riesgos

Impedir la evolución del uso a la dependencia

Modificar las representaciones sociales de dicho fenómeno

### Métodos y estrategias

Para una política de prevención

Los determinantes y los factores en juego

---

---

Identificar los determinantes y los factores  
Actuar sobre los determinantes y los factores

### Los actores de la prevención

Las competencias necesarias  
Los saberes necesarios  
De los saberes académicos sobre el fenómeno  
De los saberes sobre los modelos de prevención  
De los saberes sobre los métodos de prevención  
De los saberes en materia de salud pública

### Principios generales de una acción de prevención

Los principios éticos: respeto, solidaridad, participación  
Necesidad de coherencia  
Evaluación

### Los medios y los requisitos necesarios

El estudio de las representaciones, el conocimiento de las necesidades y de las expectativas  
El análisis y la consideración de la opinión  
La responsabilización de las personas  
Lugar de la información, importante pero no suficiente  
Los apoyos  
La ejecución de los programas de prevención

### Conclusión: en cuanto al porvenir

---

## INTRODUCCION

La prevención del consumo de drogas que tienen el potencial de crear dependencias (= drogadicción) y del abuso de bebidas alcohólicas constituye un serio desafío para la sociedad, que se ha visto agravado en las últimas décadas.

En efecto, pese a las medidas preventivas adoptadas en diferentes países del mundo, incluido Chile, el problema no aparece como controlado y en muchos de ellos lo que ha habido es un aumento del número de consumidores y de los problemas sociales relacionados con el uso y el abuso.

En el caso de las drogas, se ha preconizado una guerra contra ellas, centrada en lo prohibicionista y policial criminal cuyos frutos parecen haber sido muy pobres en términos de prevenir el consumo y con efectos sociales nefastos como es el incremento del narcotráfico, la saturación de los servicios policiales y de las cárceles, con un costo increíble.

A más de ello, se ha caído en enfocar la problemática con una actitud puritana, moralizante, pasional cuando lo que se requiere es un abordaje científicamente fundado, con criterios de salud pública puesto que, en definitiva la dependencia es fundamentalmente un problema de salud y, para ser más específico, de salud mental.

También es grave que se haya invadido la vida privada de las personas, sus espacios de libertad y, por ende, sus derechos humanos solo para hacerles un bien impidiéndoles todo consumo.

La escasa difusión de los conocimientos objetivos y válidos adquiridos por las ciencias de la salud ha conducido a lamentables confusiones. Es así como no se hacen los necesarios distinguos entre las diferentes conductas de consumo y se echan todas las drogas en un mismo saco, sin establecer las necesarias diferencias entre ellas, en especial en su potencial de generar dependencia y consecuencias nefastas para la sociedad y los individuos. Además, se confunde el consumo ocasional con la dependencia, generando grandes angustias en las personas, especialmente en los padres.

Debido a esto, se envían a la juventud y a la sociedad mensajes poco creíbles, llenos de errores – como el de diabolizar las drogas - y que yerran en la obtención de los propósitos buscados, incentivando, muchas veces, el consumo.

La prevención de este flagelo de salud se ha vuelto una tierra de nadie en la que todos se sienten con derecho y autoridad para opinar aunque estén desnudos de los conocimientos más básicos. La mayoría de las veces hay buenas intenciones pero de ellas está pavimentado el camino al infierno.

La verdadera prevención parte de una información adecuada que permita a las personas hacer uso responsable de su libertad, es decir, con respeto a la condición de persona. No es efectivo el tratarlos como niños chicos. No sirven las acciones preventivas basadas en el temor y en la imposición de conductas por la autoridad, lo que llama a la rebeldía.

El Dr. Parquet, a petición del MILDT (Misión Interministerial de Lucha contra la Droga y la Toxicomanía de Francia) elaboró un informe completísimo sobre las dependencias de drogas y su prevención que sirviera de base a las acciones preventivas en Francia. Este libro se compendió en un texto más fácilmente asequible y cuya traducción ofrecemos a nuestra comunidad nacional. Ofrece una visión objetiva de los conocimientos fundamentales para una prevención responsable.

Queremos agradecer a la señora Maestracci, presidente del MILDT y al señor Jean Baptiste Cohen, director del servicio INFO DROGAS francés por habernos proporcionado el original de este libro y al CONACE por haber contribuido al financiamiento de su traducción.

Dr. Pedro Naveillan F.  
Profesor Asociado  
Facultad de Medicina  
Universidad de Chile  
Ex Presidente  
Instituto Chileno de Salud Mental  
Cruzada Ayuda a la Vida

## Prefacio

La droga sigue siendo, en Francia, una palabra que asusta, produce incompreensiones y malentendidos. Las actitudes frente a las conductas de consumo por parte de los jóvenes tienden a oscilar, según los que intervienen y según los momentos, entre la indiferencia culpable y la dramatización excesiva.

En un contexto tan pasional, no es sorprendente que la política de prevención, sobre la cual todo el mundo está de acuerdo, por lo demás, en juzgar su desarrollo como necesario, sigue siendo parcelada, insuficiente, poco coordinada y a menudo contradictoria, aún si se llevan a cabo o se han llevado acciones de calidad.

Es verdad que hasta el presente faltaba la definición de ejes estratégicos firmes en los cuales los jóvenes, los padres, los educadores al igual que la sociedad toda, pudiesen reconocerse.

Esta definición es difícil ya que compromete, más allá de nuestra actitud frente a las drogas, nuestra capacidad de elaborar un proyecto suficientemente creíble y atractivo para los jóvenes. En otros términos, un programa de prevención hace necesaria la construcción previa de una cultura común a todos los intervinientes.

Al proponer objetivos y principios claros de acción, el notable informe del Profesor Parquet constituye una primera etapa esencial para la construcción de un cuerpo teórico que debiera ser aceptable a todos los actores de la prevención y constituir la base de una verdadera política pública.

Antes que nada, y es fundamental, este informe contiene un nuevo enfoque centrado en el hombre y no en los productos, lo que lleva a imaginar una acción de prevención que tiene que ver con todos los comportamientos frente a las sustancias psicoactivas, cualquiera que sea su status jurídico. Es para ir en esta dirección, que el Primer Ministro ha deseado extender las competencias de la Misión que presido al conjunto de drogas lícitas tales como el alcohol, el tabaco y los medicamentos psicotrópicos.

Esta acción, que es hoy día el objeto de un vasto consenso, permitirá captar mejor los nuevos comportamientos de multiconsumo que asocian numerosas sustancias lícitas e ilícitas en condiciones muy preocupantes para la salud pública.

Enseguida, y esto no va de suyo, este informe invita a utilizar una terminología común partiendo de datos internacionales que son el objeto de un consenso científico.

No se puede, en efecto, pretender actuar sobre un fenómeno que uno no sabe como llamar. Colocar nombres a los comportamientos ya es conjurar o distanciar los temores y adoptar una actitud pragmática más eficaz.

Al distinguir así el uso, el uso nocivo y la dependencia, se toman los hechos tal cual son y no como uno querría que fuesen. Es decir, se admite que la política de prevención no puede tener como único objetivo la abstinencia.

Cuando sabemos que un tercio de los jóvenes cuya edad va de los 15 a los 19 años ya ha consumido cannabis (marihuana), que los que consumen más cannabis son igualmente los que consumen más tabaco y más alcohol, no podemos, en efecto, contentarnos con una acción de prevención fundada en la sola prohibición.

O, aún si numerosas acciones de prevención ya captaban la realidad del consumo de los jóvenes, especialmente las políticas de reducción de riesgos desarrolladas desde hace muchos años para proteger a los usuarios de la droga de la infección por el VIH (SIDA), es la primera vez que una acción fundada en la realidad de los hechos y de los riesgos es el objeto de una definición teórica aplicada a la prevención primaria.

El paso dado es decisivo porque debiera permitir la elaboración de mensajes para los jóvenes creíbles y tanto más eficaces porque tomarán en cuenta la experiencia de consumo de aquellos a los cuales se dirigen.

Hacer a una persona capaz de comenzar a no consumir. Hacer a una persona que consume susceptible de controlar su consumo sin incurrir en riesgos. Evitar el paso del abuso a la dependencia. Tales son los objetivos realistas que debieran constituir el zócalo de una política pública de prevención coherente.

Para alcanzar estos objetivos, el Profesor Parquet propone actual a la vez sobre los factores de protección y sobre los factores de vulnerabilidad y de riesgo, lo que quiere decir apoyarse sobre las competencias positivas de los jóvenes tales como se manifiestan en la familia, en la escuela y en todos los lugares de socialización, siendo capaces, al mismo tiempo, en esos mismos lugares, de identificar y apoyar rápida y suficientemente a los jóvenes que van mal.

Para enfrentar este desafío, no basta tener buena voluntad y algunos medios: será necesario elaborar una estrategia de comunicación y de información coherente respecto del gran público, de los profesionales, de los jóvenes y de los padres. Será igualmente necesario determinar y calificar los actores de la prevención, elaborar y difundir los saber-hacer pertinentes, evaluarlos y ser capaces de modificar nuestras prácticas en función de los resultados y de las evoluciones.

Se aprecia, entonces, el camino que queda por recorrer.

En un dominio en el que los conocimientos han quedado demasiado ampliamente reservados solamente a los especialistas, es importante, en primer lugar, poner a disposición del mayor número de personas el conjunto de los saberes validados científicamente sobre los productos, los comportamientos, las leyes aplicables, al igual que sobre las políticas llevadas a cabo. Una política de prevención que no fuera comprendida por la opinión sería, en efecto, enormemente ineficaz. Es, entonces, creando una cultura común, haciendo compartir ampliamente nuestros objetivos, modificando las representaciones de la opinión pública que se hará al conjunto de la sociedad competente para sostener e intermediar las acciones de prevención.

En seguida, será necesario profesionalizar a los actores de la prevención, es decir, definir las competencias exigidas, cualesquiera sean los orígenes profesionales,

después, armonizar los contenidos de las formaciones entregadas por las escuelas y organismos diversos.

Será necesario, también, empadronar y evaluar los saber-hacer y los útiles, retener y difundir los más pertinentes sin titubear en eliminar los que no lo fueran. En un sector en el que cada ministerio, cada colectividad local, cada asociación tienen la tendencia, faltos de una política común, a elaborar y difundir sus propios útiles y a llevar a cabo acciones sectoriales, esta fase exigirá de parte del conjunto de los actores públicos y privados, transparencia y rigor.

Conduciendo de manera determinada la primera fase de este trabajo, el Profesor Parquet nos ha mostrado el camino que debiera permitir a la prevención primaria sobrepasar su etapa artesanal.

Ha aportado, así, una contribución esencial para la definición de la política pública de prevención que es urgente poner en acción.

Me esforzaré, en concertación con todos los organismos públicos y privados que contribuyen en la política de lucha contra las drogas, en proseguir en esta vía el trabajo iniciado.

Sé que ninguna política ambiciosa de prevención podrá llevarse a cabo sin el compromiso de todos los actores de terreno. Dado que compartimos los mismos objetivos, espero que sabremos inventar en conjunto nuevos modos de intervención.

Nicole MAESTRACCI  
Presidente de la Misión Interministerial  
de Lucha contra la Droga y la Toxicomanía

## Introducción

### La inquietante agravación de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas

Las conductas de consumo de sustancias psicoactivas, aunque presente desde que el hombre es hombre, son aún un enigma.

Desde los años sesenta, estas conductas han comenzado a inquietar la población, pero se ha subrayado el carácter marginal y el poco impacto sobre el funcionamiento del país.

Hoy día nos enfrentamos con un número de consumidores de sustancias psicoactivas mucho más importante que hace algunos años, sin que se sepa dar cifras con absoluta certeza acerca de la amplitud de este aumento. Las cifras invocadas hablan de una multiplicación por diez o por veinte del número de consumidores de sustancias psicoactivas desde 1970.

Si su número ha aumentado mucho, los consumidores siguen siendo, en su mayor parte, sujetos jóvenes, bajo los 35 años de edad. Sin embargo, este umbral puede variar si se toma en cuenta el hecho de que en la “carrera del toxicómano”, después de un período de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, algunos de ellos “cicatrizan” volviéndose dependientes sea del alcohol sea de medicamentos psicotrópicos.

En los últimos años han hecho aparición nuevos productos. Al respecto, en Francia, paralelamente al consumo de solventes y de crack, el consumo de medicamentos psicotrópicos y del éxtasis<sup>1</sup> es el más representativo de estas nuevas conductas. Aunque el heroínómano sigue siendo todavía el modelo de referencia, otros productos confieren a las conductas de consumo de sustancias psicoactivas características completamente diferentes. Se insiste actualmente en el aumento del consumo de medicamentos psicotrópicos y se invoca para el futuro una evolución hacia las “toxicomanías” en base a sustancias químicas de síntesis.

Las formas de la “toxicomanía” han evolucionado y los hechos muestran la importancia creciente de las conductas de uso y de uso dañino, mientras que las personas dependientes siguen siendo la referencia en cuanto a la comprensión del fenómeno y, también, en cuanto a la elaboración de acciones de tratamiento y de prevención.

La “politoxicomanía” o, mejor, el policonsumo, se ha ido banalizando sea en el cuadro de un consumo en un instante T de numerosas sustancias, sea en el cuadro de un consumo secuencial de diferentes productos. Además, si bien los consumidores inscritos en una conducta de dependencia son mayoritariamente

---

<sup>1</sup> MDMA = 3,4 metilendioxitamfetamina (N del T)

heroinómanos, se encuentra con cada vez mayor frecuencia consumidores dependientes de la cocaína o de los medicamentos psicotrópicos.

El consumo habitual de cannabis o de medicamentos psicotrópicos, tales como las codeínas y ciertos ansiolíticos e hipnóticos, se hace cada vez más frecuente y aparece aún para algunos como un uso social “normal”, habida cuenta de la frecuencia del fenómeno, a semejanza del consumo de alcohol y de tabaco. En la literatura nacional e internacional, pero también en las consultas clínicas habituales, se encuentra cada vez con mayor frecuencia usuarios de sustancias psicoactivas que “todavía no están” en una conducta de dependencia. Esta enorme población de usuarios plantea problemas diferentes de los que plantean las personas dependientes, ya que se inscriben con mayor frecuencia en el cuadro de un uso no-cívico o de un uso regulado y aparentemente controlado.

El estado sanitario del conjunto de los consumidores dependientes de sustancias psicoactivas es cada vez más catastrófico, como lo muestran los informes de actividad de los servicios especializados y las encuestas epidemiológicas. Este estado sanitario se debe, probablemente, tanto al efecto de las sustancias como a las condiciones de vida de los consumidores dependientes. La infección por el VIH (SIDA) y por el virus de la hepatitis C representa una de las preocupaciones mayores de la salud pública de nuestro país en lo que concierne a esta población particular. Pero este estado sanitario mediocre no es solamente el atributo de las poblaciones dependientes, es en gran medida la realidad de las poblaciones consumidoras en general.

Al lado de estos problemas, hay que subrayar la gravedad creciente del consumo de sustancias psicoactivas, de alcohol y de tabaco en la población femenina y, especialmente, en las mujeres embarazadas.

Los daños sociales debidos a estos consumos son cada vez más considerables, tanto cuantitativamente como cualitativamente, aún si con frecuencia los consumos no hacen más que agravar los disfuncionamientos sociales preexistentes.

## **Necesidad de poner en funcionamiento una política de prevención coherente fundada en la noción de conductas**

Las definiciones utilizadas para contabilizar los “toxicómanos”, las metodologías requeridas, las fuentes desde las cuales se han efectuado las encuestas, son heterogéneas. Es por esto que es necesario, para dar cuenta de las conductas de consumo, que las instancias científicas, el Ministerio de Salud, la Misión Intermunicipal de Lucha contra la Droga y la Toxicomanía, el Observatorio francés de drogas, recomienden la adopción de una terminología precisa fundada en criterios claramente definidos y utilizables por todos.

Si bien es cierto que en todas las épocas y en todas las civilizaciones ha habido uso de sustancias psicoactivas, cada época, cada civilización, cada cultura se caracteriza por pautas específicas de consumo de estas sustancias. Esto quiera

decir que la prevención debe estar determinada tanto por referencia a la universalidad de la conducta de consumo como por la referencia a los aspectos coyunturales de ésta.

Tenemos necesidad de una terminología clara y de conceptos rigurosamente establecidos para definir con claridad y consensuadamente el “fenómeno observable” sobre el cual deseamos actuar. Recientemente, después de los enfoques centrados en el consumo y en la diversidad de las sustancias psicoactivas consumidas, el interés se ha trasladado a la conducta misma de consumo de sustancias psicoactivas, distinguiendo ésta de las complicaciones o de los daños ligados al consumo. Este enfoque centrado sobre las conductas de consumo en cuanto tales, se ha revelado más operacional y debe retenerse. La referencia a la conducta tiene el mérito de proponer a la observación, al análisis y al estudio fenómenos observables fácilmente accesibles y definibles, sin, por lo demás, impedir la elaboración y la utilización de modelos conceptuales comprensivos muy diversos.

La distinción entre uso, uso nocivo y dependencia, adoptada especialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Asociación Americana de Psiquiatría, ha encontrado un eco favorable en muchos “especialistas en toxicomanía”. Se utiliza cada vez más por los investigadores y los intervinientes en este campo. El recurso a esta distinción ha unificado la literatura, las investigaciones y las prácticas en este dominio, mientras que antes las comparaciones eran imposibles, habida cuenta de la diversidad de las definiciones del fenómeno.

La referencia a tres conductas distintas: de uso, de uso nocivo (OMS) o abuso (APA) y de dependencia, permite a todos los actores encontrar una base común de observación en lo que concierne a las conductas de consumo de sustancias psicoactivas y da una coherencia a la diversidad de las acciones de prevención, de tratamiento, de reinserción y de rehabilitación.

## **El hombre al centro de la actividad de prevención**

La persona humana debe ser considerada como una unidad integral bio-psico-social y todas las dimensiones del hombre debe ser abordadas en las acciones de prevención. La prevención se dirige a la totalidad de la persona en sus dimensiones biológica, psicológica y social, pero también a su dimensión metafísica.

La dimensión biológica del hombre y su funcionamiento a este nivel no sabrían dar cuenta de la totalidad del hombre. Aun si es indispensable conocer lo más precisamente posible la disfunción biológica inducida por los productos para establecer las acciones de prevención pertinentes de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas, esto no es suficiente, tanto más cuando se trata aquí de una conducta.

Si uno se refiere solamente a la noción de individuo biológico, la cuestión que se plantea es: ¿como mantener la vida, la integridad física, el funcionamiento armonioso de la comunidad celular?. Sin embargo, la consideración de la dimensión biológica del hombre no debe ser más tan descuidada como en el pasado en lo que dice relación con el consumo de sustancias psicoactivas. Nuestros conoci-

mientos sobre la farmacología de las drogas y sobre la neurobiología de las conductas deben servir de fundamento a nuestras acciones de prevención y para difundir un saber válido. Se trata de bases indispensables.

La consideración de la organización psicoafectiva del consumidor y de su historia es igualmente esencial; permite captar el sentido que la persona da a sus conductas de consumo de sustancias psicoactivas y el modo en que las integra en su vida personal. Es necesario percibir lo que es anterior a los consumos, esto permite también detectar las modificaciones inducidas, en una dimensión comprensiva, y no quedarse en una diligencia puramente descriptiva.

Se debe, también, aprehender al hombre en su dimensión social y es la identificación social la que debe tenerse en cuenta. El individuo biológico está inserto no solamente en un medio de vida sino que también en un medio circundante. Este medio está regido por las "leyes de la sociedad", dependiendo del lugar, del tiempo, de la historia. Se hace por parte de la sociedad una proposición de ser social y, progresivamente, por interacción, se construye esta unidad integrativa biopsicosocial que caracteriza a la persona.

Pero, si se quiere pensar la prevención, es necesario distinguir otra característica del ser humano, su dimensión metafísica. La persona está inscrita en una búsqueda del sentido a dar a la vida, en la conquista de la autonomía y de la libertad. Para desprenderse de la inmediatez ligada a los imperativos biológicos y a las acciones del medio social, el hombre trata de conquistar su autonomía. Tomar distancia, mediante un trabajo hecho sobre sí mismo y sobre el medio, permite esta conquista de la autonomía. Esto no quiere decir que los apremios biológicos y sociales estarán menos presentes y que el hombre llegará a librarse de ellos sino que, desde ese momento, se hace posible para el hombre interpretar el mundo, elaborar un proyecto de vida reflexionado y dar sentido a la vida y a la condición humana. Esta mentalización permite la acción pero también desligarse de ella. Sólo ella conduce a la creatividad y a la toma de posición moral y metafísica.

La construcción de la persona y de su identidad se hace por la interacción entre los niveles biológicos, psicosocial y metafísico. La persona se desarrolla en el diálogo que tiene con su medio pero, también, integrando e interpretando las experiencias del pasado y los datos del presente. Así, el hombre puede pensar su futuro y dar sentido a la condición humana.

Es el tomar en cuenta esta concepción del hombre lo que permite construir una acción de salud, y más particularmente de prevención, de modo coherente, en una perspectiva humanista.

Esta acción de prevención de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas debe integrarse en la acción general de socialización que una nación debe proponer al conjunto de ciudadanos con el propósito de preservar y de desarrollar los derechos, los deberes y las necesidades de cada uno.

## **La salud según la OMS**

Nuestros antepasados concebían la salud como un equilibrio entre la naturaleza y el hombre y como una armonía entre los diferentes componentes de la naturaleza humana en una sociedad dada. Corresponde hoy día a cada uno establecer una relación sana con el medio natural y al hombre ser el organizador de esta relación. Es a partir de esta idea que se ha construido la teoría actual de la promoción de la salud.

La prevención, el tratamiento, la reinserción y la rehabilitación llegarán a su plenitud cuando se articulen entre ellas con coherencia y resueltamente centradas en la noción de salud. No tomando más las enfermedades y los disfuncionamientos conductuales como únicos objetos de preocupación sino que actuando sobre los determinantes de la salud, reduciendo las desigualdades, disminuyendo la incidencia de las patologías evitables, se pueden obtener más importantes ganancias en salud.

La mejoría de la salud de los franceses pasa a la vez por acciones sobre el habitat, la nutrición, la seguridad ambiental, la organización social, la educación, la ciudadanía. La salud tiene allí más que ganar que fijándose únicamente como objetivo la reducción de la incidencia de las enfermedades y la optimización de la atención, a pesar de que estos objetivos son necesarios. La salud no es, entonces una noción que concierne solamente al mundo médico sino que a la totalidad del funcionamiento social.

En este documento la palabra salud debe tomarse en la acepción dada por la OMS y no hace referencia al orden sanitario en una perspectiva reductora. Los aspectos biológicos, psicológicos, culturales, económicos y sociales deben ser aprehendidos en conjunto. Así, la salud será la resultante del conjunto de estas determinantes. Si se desea llevar a cabo acciones de tratamiento y de prevención, convendrá actuar sobre el conjunto de estas determinantes.

Esta concepción de la salud pone el acento sobre las competencias del sujeto para administrar su salud y el conjunto de su vida y, si es necesario, recuperar su salud. Los conceptos de educación para la salud y de educación a la salud se han adoptado enseguida. Esta diligencia centra la prevención en la promoción de las conductas beneficiosas para la salud y en la reducción de las conductas dañinas para la persona y/o los que lo rodean pero, también, más específicamente, sobre la persona para incitarla a promover y administrar su salud de manera individual y activa.

Esta concepción de la salud toma la comunidad y el conjunto de la población como objeto y socio de su acción. Afirma que conviene estimular la colaboración entre los profesionales y las comunidades para identificar, desarrollar y ofrecer prestaciones que tomen en cuenta el conjunto de los determinantes de la salud, teniendo por misión mejorar la salud de los individuos y de las comunidades. Propone un conjunto integrado de servicios que tienen por objetivo la promoción de la salud, la protección de la salud y la prevención de las enfermedades. Propone establecer lazos estrechos en el seno de los dispositivos de salud, cualquiera sea su naturaleza. Promueve la colaboración entre todos los sectores que tienen que ver con el

conjunto de los determinantes de la salud para promover la salud individual y colectiva.

La prevención tiene por meta, por una parte, proponer opciones favorables para la salud proporcionando a la población una información adecuada y, por otra parte, permitir a la población identificar las conductas beneficiosas para la salud y modificar las conductas dañinas para la salud.

La capacidad de elegir aparece como un objetivo central a desarrollar para mejorar la salud. Hacer que la persona sea capaz de administrar su salud y su vida se transforman en el objetivo prioritario.

Tomar la salud como línea conductora de las diferentes acciones de atención, de prevención y de rehabilitación da una coherencia al conjunto de las acciones. Esto permite definir tres destinatarios y coautores de la prevención. De una prevención en dirección del individuo se ha pasado a una prevención destinada a ciertas poblaciones identificadas como patológicas o en riesgo, luego a una prevención general destinada al conjunto de la población.

La OMS ha hecho clásica la distinción entre prevención primaria, secundaria y terciaria. Es necesaria una coherencia entre estos tres tipos de acciones. Pero estas tres diligencias deben inscribirse en referencia al concepto de salud que plantea la idea del desarrollo del hombre y de la sociedad como objetivo principal y único.

## **Estrategias, programas y política de prevención**

El ciudadano es el destinatario de múltiples informaciones, mensajes y acciones de prevención en las que subyacen problemáticas, temáticas y metodologías diversas. ¿Cómo hacer que el ciudadano no se vea desorganizado por estas múltiples solicitudes? ¿Cómo hacer para que se beneficie de las acciones en las cuales participa y sea capaz, entonces, de construir una acción personal coherente, beneficiosa para su salud, partiendo de la transferencia de competencias de salud adquiridas en un dominio o en otro, para que viva en armonía con su medio?.

La prevención es un eslabón esencial en las diligencias que buscan preservar y desarrollar la salud individual y colectiva, con la finalidad de permitir a cada uno inscribirse en la sociedad, encontrar en ella su lugar y obrar para el desarrollo de la sociedad.

La acción preventiva consiste en descomponer los objetivos generales en objetivos diversificados adaptados a las necesidades y expectativas de las personas, de los grupos y de la sociedad, pero también en objetivos que actúen sobre los procesos y los determinantes de la salud. La construcción de estos objetivos necesita concebir las acciones de salud en su conjunto, cualquiera que sea el objetivo particular que uno se proponga.

La coherencia entre las diferentes acciones de prevención, su continuidad, el grado de los compromisos, pero también la elaboración de las estrategias y de los programas, deben permitir elaborar una verdadera política de prevención, siempre

que se manifieste algo de una voluntad fuerte de parte de todos; así todos y no solamente los profesionales serán los autores y los actores de la prevención.

## Un nuevo enfoque

### El consenso científico internacional sobre la noción de las conductas

En Francia, bajo el término general de toxicomanía, se han amalgamado, frecuentemente, prácticas de consumo heterogéneas que engloban la naturaleza de los productos, las formas de consumo, las personas que consumen y la severidad de los problemas. El producto psicotrópico se concebía entonces como el único en el origen de los problemas, lo que ha conducido al empleo del término de “drogado”, haciendo alusión éste a la noción de intoxicación. Implícitamente, la ruptura con los consumos anteriores y la abstinencia bastaban para reinscribir a la persona en una diligencia de salud y de vida armoniosa.

Por consiguiente, la abstinencia constituía el único objetivo de la prevención y del tratamiento. La prevención primaria, ella, tenía por doble objetivo el que no se juntara la persona con el producto, de donde una acción sobre la oferta y la no iniciación del consumo, de donde una acción sobre la demanda.

Después, se han distinguido tipos de consumo en función de los efectos clínicos de las sustancias psicoactivas. Es lo que se ha llamado enfoque por el producto. Se habla así de heroinómano, de cocainómano o de alcoholismo. Pero, se han dado cuenta a continuación, a partir de los datos clínicos cada vez más numerosos, que los consumidores de sustancias psicoactivas asociaban al mismo tiempo o secuencialmente numerosos productos.

Desde esta constatación se ha forjado el término de politoxicomanía, al que nosotros preferimos el de policonsumo. El enfoque por producto se ha revelado, entonces, como demasiado reduccionista y poco operatorio.

Los conocimientos adquiridos gracias al desarrollo de las neurociencias, de las ciencias de la conducta y de la etología han permitido concebir otro enfoque definido partiendo de la conducta misma de consumo de sustancias psicoactivas y de los determinantes que se encuentran en el origen de ésta.

La comunidad científica internacional, siguiendo en esto a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a la Asociación Americana de Psiquiatría, está de acuerdo hoy día en reconocer tres conductas distintas de consumo de sustancias psicoactivas: el uso, el uso nocivo y la dependencia.

#### **El uso**

El uso se define como un consumo de sustancias psicoactivas que no conlleva ni complicación ni daño.

Esto quiere decir que se coloca como fundamento teórico la existencia de una conducta, regular o no, de consumo de sustancias psicoactivas que no acarrearía daños. Esta opinión se difunde en ciertas poblaciones y en ciertos países.

Un gran número de datos clínicos que validan esta hipótesis han sido publicados en la literatura nacional e internacional. Una definición tal implica que el uso no sabría ser considerado como relevante de una problemática patológica necesitada de tratamiento, mientras que el uso nocivo y la dependencia están obligatoriamente inscritas en las problemáticas de tratamiento sanitario y social. Como para el alcohol en Francia, esta definición lleva a pensar que puede haber un uso regulado que no conlleva necesariamente daños; esto no tiene naturalmente en cuenta los daños ligados específicamente al carácter ilícito del consumo de tales sustancias.

Esta opinión está lejos de ser compartida por todos. Esta opinión no es aceptada como tal en Francia, ni por el conjunto de la población ni por la mayoría de los expertos; ha sido el objeto de una fuerte controversia científica, política y cultural.

## **El uso nocivo**

El uso nocivo, tal como es definido por la OMS en la CIM 10<sup>2</sup> y por la Asociación Americana de Psiquiatría en la DSM IV<sup>3</sup> - llamada en ella abuso -, se caracteriza por un consumo de sustancias psicoactivas susceptible de inducir daños en los dominios somáticos, psicoafectivos o sociales, sea para el sujeto mismo sea para su medio ambiente próximo o lejano, los otros, la sociedad, pero no hace referencia al carácter lícito o ilícito del producto.

### *El abuso según la DSM IV (1994);*

- El abuso es un modo de utilización inadecuado de una sustancia, conduciendo a una alteración del funcionamiento o a un sufrimiento clínicamente significativo, y caracterizado por la presencia de al menos una de las manifestaciones siguientes en el transcurso de un periodo de doce meses:
  - utilización repetida de una sustancia que lleva a la incapacidad de cumplir con las obligaciones mayores en el trabajo, en la escuela o en la casa (por ejemplo, ausencias repetidas o mal rendimiento en el trabajo a causa de la utilización de la sustancia, exclusiones temporales o definitivas de la escuela, negligencia de los hijos o de la tareas del hogar);
  - utilización repetida de una sustancia en situaciones en las que puede ser físicamente peligroso (por ejemplo, conduciendo un vehículo o haciendo funcionar una máquina).
  - problemas judiciales repetidos relacionados con la utilización de una sustancia (por ejemplo, arrestos por conducta anormal en relación con la utilización de la sustancia);

---

<sup>2</sup> Clasificación internacional de enfermedades 10

<sup>3</sup> Clasificación de enfermedades mentales

- utilización de la sustancia a pesar de los problemas interpersonales o sociales, persistentes o recurrentes, causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, disputas con el cónyuge a propósito de las consecuencias de la intoxicación, peleas).
- Los síntomas no han alcanzado jamás, para esta clase de sustancia, los criterios de la dependencia a una sustancia.

### *El uso nocivo para la salud según la CIM 10 (1992)*

Modo de consumo de una sustancia psicoactiva que es perjudicial para la salud. Las complicaciones pueden ser físicas o psíquicas.

El diagnóstico reposa en pruebas manifiestas de que la utilización de una o de numerosas sustancias ha acarreado alteraciones psicológicas o físicas. Este modo de consumo da, a menudo, origen a críticas y tiene, frecuentemente, consecuencias sociales negativas. La desaprobación por el prójimo, o por el medio cultural, y las consecuencias sociales negativas no bastan, sin embargo, para hacer el diagnóstico. No se hace este diagnóstico cuando el sujeto presenta un síndrome de dependencia, una alteración específica ligada a la utilización del alcohol o de otras sustancias psicoactivas.

En estas definiciones, el acento se pone en el hecho de que los daños no deben reducirse a lo que se llama clásicamente los daños sanitarios.

Estos daños inducidos por el consumo de sustancias psicoactivas pueden estar ligados sea con las sustancias mismas, sea con las modalidades de consumo, sea con las comorbilidades agravadas por el consumo, sea con el contexto social o cultural.

## **La dependencia**

La definición de la dependencia establecida por la DSM IV, en 1994, integra datos de orden biológico y de orden psicológico pero también criterios de comportamiento social. Precisa, además, que la dependencia física no es indispensable para hablar de dependencia de sustancias psicoactivas.

### *La dependencia según la DSM IV (1994)*

La dependencia es un modo de utilización inapropiado de una sustancia, que acarrea un malestar o un disfuncionamiento clínicamente significativo, como lo testimonian tres (o más) de las manifestaciones siguientes, apareciendo en cualquier momento en el mismo periodo de doce meses:

- tolerancia, definida por una u otra de las manifestaciones siguientes:
  - necesidad de cantidades netamente mayores de la sustancia para obtener una intoxicación o el efecto deseado;
  - efecto netamente disminuido en caso de uso continuado de la misma sustancia;
- privación, como lo testimonia una u otra de las siguientes manifestaciones:

- síndrome de privación característico de la sustancia;
- la misma sustancia (o una sustancia emparentada) se toma con la finalidad de aliviar o evitar los síntomas de privación;
- sustancia tomada a menudo en cantidad superior o por un lapso de tiempo más largo que el que la persona se proponía;
- deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar la utilización de la sustancia;
- tiempo considerable pasado en hacer lo necesario para procurarse la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos;
- importantes actividades sociales, ocupacionales o de entretenimiento son abandonadas o reducidas en razón de la utilización de la sustancia;
- mantención del uso de la sustancia a pesar del conocimiento de la existencia de un problema físico o psicológico persistente o recurrente determinado o exacerbado por la sustancia.

Precisar:

- Con la dependencia física: signos de tolerancia o de privación (ítem 1 o 2 presente).
- Sin dependencia física: sin signos de tolerancia o de privación (ítems 1 y 2 ausentes).

Esta última precisión lleva a afirmar que la dependencia física no es absolutamente indispensable para hablar de dependencia de sustancias psicoactivas.

Esta definición permite dar cuenta de la evolución o de la diversidad en el tiempo de las conductas de dependencia. Por consiguiente, se hace posible apreciar los efectos de las acciones llevadas en este campo y no atribuir un beneficio a una acción cuando se tiene solamente una variación en el tiempo del fenómeno marcada por:

- remisión precoz completa si, durante al menos un mes pero menos de doce meses, no se ha presentado ningún criterio de dependencia o de abuso;
- remisión precoz parcial si, durante al menos un mes pero menos de doce meses, al menos un criterio de dependencia o de abuso ha estado presente (sin que los criterios completos de la dependencia hayan estado presentes);
- remisión prolongada completa si, en ningún momento durante al menos doce meses, ningún criterio de dependencia o de abuso ha estado presente;
- remisión prolongada parcial si, en ningún momento durante al menos doce meses, los criterios completos de dependencia no están presentes. Sin embargo, al menos un criterio de dependencia o de abuso ha estado presente;

- bajo tratamiento agonista de sustitución, si el sujeto recibe una medicación agonista bajo receta y que ningún criterio de dependencia o de abuso ha estado presente para esta clase de medicación por la menos el último mes;
- en medio protegido, si el sujeto está en un medio donde el acceso al alcohol o a las sustancias reglamentadas está limitado y si ningún criterio de dependencia o de abuso ha estado presente al menos el último mes. Ejemplos de este medio son las prisiones con vigilancia intensiva y prohibición de sustancias psicoactivas, las comunidades terapéuticas o las unidades cerradas en los hospitales.

La definición de dependencia establecida por la OMS, en 1992, es más sencilla pero tan utilizada como la precedente.

### *La dependencia según la OMS, CIM (1992)*

Ciertos síntomas de perturbación han persistido por lo menos por un mes o se han presentado de modo repetido durante un periodo prolongado.

Al menos tres de las manifestaciones siguientes están presentes al mismo tiempo en el curso del último año:

- deseo poderoso o compulsivo de utilizar una sustancia psicoactiva;
- dificultades para controlar la utilización de la sustancia (comienzo o interrupción del consumo al nivel de uso);
- síndrome de privación fisiológica cuando el sujeto disminuye o detiene el consumo de una sustancia psicoactiva, como lo testimonia la aparición de un síndrome de privación característico de la sustancia o la utilización de la misma sustancia (o de una sustancia emparentada) para aliviar o evitar los síntomas de privación;
- puesta en evidencia de una tolerancia a los efectos de la sustancia psicoactiva: el sujeto tiene necesidad de una cantidad más importante de la sustancia para obtener el efecto deseado;
- abandono progresivo de otras fuentes de placer o de interés en provecho de la utilización de la sustancia psicoactiva y aumento del tiempo ocupado en procurarse la sustancia o en recuperarse de sus efectos;
- mantención del consumo de la sustancia a pesar de la ocurrencia de consecuencias manifiestamente nocivas.

Estas dos definiciones plantean netamente la dependencia como una conducta psicopatológica en ruptura con el funcionamiento habitual del sujeto. Se trata de una alteración mental que debe ser considerada a través de sus características biológicas, psicológicas, sociales, culturales y éticas, como todas las alteraciones mentales.

## Tomar en cuenta las conductas de consumo del conjunto de sustancias psicoactivas

La cuestión de la peligrosidad de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas se plantea de maneras muy diversa. Puede ser atribuida a la ingeniería farmacológica: algunas sustancias aparecen a todos como provistas de una peligrosidad extrema. Se plantea entonces la cuestión de determinar la naturaleza de la peligrosidad y los métodos necesarios y confiables para evaluar su peligrosidad.

Ciertas sustancias aparecen como no teniendo potencialidades farmacológicas fuertes para inducir una conducta de dependencia pero serían susceptibles de provocar daños por su modo de consumo, por las complicaciones para su obtención y por las características del consumidor. Se insiste, entonces, en el hecho de que la peligrosidad no se debe solamente a las actividad farmacológica de las moléculas sino que está relacionada con las características del consumidor y las determinantes económicas y culturales asociadas. Habría, entonces, allí un objetivo específico de prevención.

### El uso como conducta de riesgo

Se puede afirmar que el consumo de no importa cual sustancia psicoactiva – aún el alcohol, la sustancia psicoactiva más consumida en Francia – expone a la persona a riesgos. Es por esto que conviene colocar las prácticas de consumo de sustancias psicoactivas en el cuadro de los comportamientos y conductas riesgosas.

### Las conductas adictivas

El nuevo enfoque que consiste en reagrupar las conductas de consumo de todas las sustancias psicoactivas en un solo conjunto se basa en dos argumentos:

- Todas las sustancias psicoactivas son sustancias psicotrópicas que actúan sobre uno o numerosos neuromediadores que modifican la conducta del consumidor. Los datos científicos actuales tienden a mostrar que todas las sustancias psicoactivas serían susceptibles de inducir desórdenes psicoconductuales y una dependencia psicológica y física en un plazo más o menos largo;
- La conducta de dependencia presenta las mismas características clínicas y utiliza los mismos mecanismos neurobiológicos, cualquiera sea el producto que la induce. Esta último argumento ha abierto el campo a la noción de conducta adictiva.

#### *El trastorno adictivo (Goodman, 1990)*

- imposibilidad de resistir el impulso de iniciar una conducta específica;
- tensión interna creciente antes de iniciar la conducta;
- sentimiento de placer o de alivio al emprender la conducta;
- sentimiento de pérdida del control durante la realización de la conducta;

- al menos cinco de las manifestaciones siguientes
  1. preocupaciones frecuentes por la conducta o las actividades preparatorias para su realización,
  2. frecuencia más importante de la conducta o por un periodo de tiempo más largo que el considerado,
  3. esfuerzos repetidos para reducir, controlar o detener la conducta,
  4. tiempo considerable pasado en preparar la conducta, realizarla o recuperarse de sus efectos,
  5. realización frecuente de la conducta cuando las obligaciones ocupacionales, académicas, domésticas o sociales deben llevarse a cabo,
  6. importantes actividades sociales, ocupacionales o de entretenimiento se abandonan o se reducen en razón de la conducta,
  7. mantención de la conducta a pesar del conocimiento de la exacerbación de los problemas sociales, psicológicos o físicos, persistentes o recurrentes, determinados por la conducta,
  8. tolerancia: necesidad de aumentar la intensidad o la frecuencia de la conducta para obtener el efecto deseado, o efecto disminuido si la conducta se prosigue con la misma intensidad,
  9. agitación o irritabilidad si la conducta no puede ser mantenida.
- Ciertos síntomas del trastorno han persistido por lo menos un mes o se han presentado de modo reiterado durante un largo periodo.

Aun si existen consumidores que se atienen a una sola sustancia, las encuestas epidemiológicas y los datos de la clínica muestran la existencia de personalidades que consumen una sustancia, luego otra, o con otra. El consumo de tabaco o de alcohol, que son las dos principales sustancias psicoactivas consumidas, es un indicador de la probabilidad de consumo posterior de otras sustancias, tanto más si sucede en un sujeto joven. Así, numerosos son los consumidores que se convierten con el correr del tiempo en policonsumidores de sustancias psicoactivas.

Este enfoque unificado de las conductas de consumo contribuye a tener menos en cuenta la sustancia utilizada por el consumidor, a centrar la atención sobre las conductas de consumo y a desarrollar así una concepción amplia de la prevención, más centrada en la conducta que en los productos. Esta prevención se da en adelante por objetivo modificar las conductas de consumo que presentan un riesgo para el sujeto o son susceptibles de inducir daños.

A este respecto, es interesante comparar las políticas de prevención llevadas a cabo en nuestro país en materia de consumo de alcohol y de tabaco. Se considera al alcohol como una “droga legal”, una sustancia familiar y banal, a la que los poderes públicos tratan solamente de reglamentar la oferta y las modalidades de consumo.

Los objetivos de prevención de las conductas de alcoholización no son ni el no-consumo de alcohol ni la no-iniciación de su consumo, y ésta no es en ningún caso considerada como un acto ilícito. Sólo son reprobables los consumos de alcohol que conllevan disfuncionamientos biológicos, conductuales o sociales. Los dos objetivos de la prevención en esta materia son, entonces, la gestión de los riesgos inducidos por el alcohol y la no-evolución hacia la dependencia.

La política de prevención en materia de consumo de tabaco es, desde hace algunos años, radicalmente diferente. En efecto, hoy día, los dos objetivos de la prevención del consumo de tabaco son, por una parte, impedir el inicio del consumo y llevar, por otra parte, a la totalidad de la población, los usuarios y no solamente los dependientes, a la abstinencia. La política de prevención concerniente al tabaco es una política de autoridad cuyo objetivo es el consumo cero. El mensaje insiste en el hecho de que el producto es en todos los casos peligroso mientras que el alcohol, él, no sería peligroso más que en dosis excesivas. Esta política de prevención en materia de tabaco tiene el mérito de responsabilizar a cada uno frente a la aceptación del riesgo informándolo claramente de los daños asociados a su consumo y facilitando una diligencia individual de privación y de abstinencia. Frente a estas políticas diferentes, el ciudadano destinatario de las acciones de prevención en lo relativo a los consumos de alcohol, de tabaco y de las drogas llamadas ilícitas ¿es capaz de construirse una acción coherente de salud?

### **La cuestión del estatuto legal de las sustancias psicoactivas: lo que se juega en la prevención**

Si el uso está bien caracterizado para el consumo de sustancias psicoactivas que no producen ni complicación ni daño, no corresponde una política de tratamiento sino que plantea una problemática de prevención ya que se trata de una conducta riesgosa. Y es bajo esta perspectiva que esta conducta de uso debe ser abordada en materia de prevención.

En esta hipótesis, el estatuto legal de las sustancias psicoactivas interviene para modificar la naturaleza de las acciones de prevención según se decida que ciertas sustancias psicoactivas son lícitas y otras ilícitas. ¿Cómo, si se considera solamente como una práctica riesgosa, fundamentar el carácter delictuoso de esta práctica?. La prevención de las prácticas de riesgo consiste en hacer al sujeto competente con la finalidad de impedir la ocurrencia de los riesgos, por un lado, y hacer cesar la práctica riesgosa, por otro lado. Hay allí una coherencia con las acciones llevadas a cabo en relación con otras conductas riesgosas.

Sin embargo, cuando se declara ilícita a una sustancia psicoactiva y delictual la conducta de consumo, se cambia de orden, se define el uso como una conducta delictual o desviada. Los dos objetivos que se imponen, entonces, son sancionar el delito y hacer cesar la conducta delictual. Estos objetivos no pueden ser alcanzados más que por acciones que son diferentes de aquellas utilizadas en la prevención social y sanitaria.

En cuanto al uso nocivo y a la dependencia, si se caracterizan médicamente, con mayor razón lo son legalmente. En lo que concierne a las dos conductas, si se desea hacer una diferencia entre las problemáticas sanitarias y legislativas, esto requiere de una diligencia particular, aquella que está al origen de la ley de 1970.

### **La política de reducción de los riesgos**

Si se considera el uso de sustancias psicoactivas como solamente una conducta de riesgo, ya que no identificada como enfermedad o desvío, el objetivo de la prevención primaria no se referirá a la conducta de uso de sustancias psicoactivas sino que solamente a sus consecuencias dañinas. Esto va contra la concepción de la ley de 1970 que considera ya el uso como una patología, según un razonamiento que consiste en decir que el uso va a conducir inevitablemente al uso nocivo y a la dependencia. Se ha demostrado, en la actualidad, que para un cierto número de sustancias psicoactivas y para un cierto número de consumidores, no hay inevitablemente una evolución del uso hacia el uso nocivo y, después, a la dependencia. Se ve en esto la contradicción entre los aspectos conductuales y los aspectos político-jurídicos. Si se considera el uso de las sustancias psicoactivas como no siendo un trastorno sanitario o social, el objetivo de la prevención consistirá en hacer al usuario de sustancias psicoactivas capaz de no evolucionar hacia el uso nocivo y la dependencia.

Se puede resumir así la elección en materia de prevención primaria:

- prevenir el encuentro de la persona con los productos,
- prevenir las complicaciones del uso y del uso nocivo de las sustancias psicoactivas,
- prevenir el paso del uso al uso nocivo y la dependencia.

Considerar el uso solamente como una conducta de riesgo implica entonces objetivos de prevención muy claros, pero si, por lo demás, se trata de una conducta delictual, la problemática es completamente otra.

La política de reducción de riesgos es también pertinente para las conductas de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, aún si para algunos aparece como siendo parte de una diligencia implícita de aceptación social del fenómeno.

Esta acción es incompatible con las ideas anteriormente desarrolladas pero se vuelve pertinente si uno se refiere al concepto de salud.

La interacción entre el estatuto sanitario, el estatuto social y estatuto legal de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas no deja de plantear grandes problemas. Siguiendo que se considere que hay o no interacción, los lugares recíprocos de la ley, de la ayuda y del tratamiento divergen grandemente y, como consecuencia, dan origen a problemáticas preventivas totalmente diferentes.

El hecho de declarar que un consumo de sustancias psicoactivas es ilícito o ilegal reposa, también, en el poder que una sociedad se da para limitar el derecho de sus miembros a elegir su conducta para escapar a la suerte común de las alegrías, de las penas, de las tareas y de las frustraciones. El uso de estas sustancias se percibe por la sociedad como una voluntad de escapar de la medida co-

mún, de dispensarse de la adaptación necesaria a los deberes respecto de sí mismo y respecto de la sociedad.

El consumidor de sustancias psicoactivas se aleja no solamente de sus conciudadanos pero, además, contesta o pone en duda las estrategias y los medios de defensa y de adaptación de la sociedad a la cual pertenece. Declara así que las exigencias sociales y morales no son, para él, pertinentes ni eficaces, pero también y sobretodo, que no desea tomar parte en esta sociedad, ni ser ayudado por la sociedad y sus conciudadanos, en fin, que desea vivir siguiendo sus propias normas. La sociedad lo declara desviado y rebelde, por tanto peligroso para él y los otros.

El hecho de declarar un consumo de sustancias psicoactivas ilícito estigmatiza a los consumidores no solamente como consumidores sino que también como opositores al sistema e inscribiéndose en una problemática social y cultural diferente, yendo a veces hasta el proselitismo por una “nueva sociedad”. Una neosociedad sería propuesta así para “el pueblo de los toxicómanos” en el cuadro de una cultura “toxicómana”, iniciadora de una nueva sociedad. Se instala una nueva manera de vivir, que desemboca en un comportamiento social regulado. Hay entonces una superposición de dos sociedades que interactúan.

Sin embargo, el consumo de sustancias psicoactivas se vuelve la característica de un número cada vez mayor de nuestros conciudadanos, la comunidad de consumidores de sustancias psicoactivas es cada vez menos marginalizada y las conductas de consumo como de uso tienden a convertirse en una característica del funcionamiento actual de una gran parte de la población. La distinción no se hace más ya únicamente entre consumidores y no consumidores sino que entre, por una parte, no consumidores y usuarios no dañinos y, por otro lado, aquellos que presentan una conducta de consumo dañina o una conducta de dependencia en relación con las sustancias psicoactivas.

La utilización de terapéuticas de sustitución ha dado más fuerza a esta distinción ya que, gracias a ellas, ciertos consumidores de productos estupefacientes no se ven más conferir el status de delincuente por el hecho mismo que las sustancias psicoactivas serían prescritas.

En fin, si la ley no se aplica en los hechos y por actos, o se aplica de modo incoherente, la distinción entre consumidores sin problemas y consumidores con problemas para ellos mismos y para los otros, aparece netamente.

Todo esto puede volverse incomprensible para las personas. Sin embargo, se puede hacer admitir en los objetivos de la prevención que las conductas de consumo de sustancias psicoactivas, especialmente el uso, pueden ser a la vez una conducta delictual y una conducta de riesgo. Es el “y” que será entonces el tercer objetivo de la prevención. Existen por lo demás numerosos otros comportamientos de la vida cotidiana que se definen en estos dos campos: la conducción automovilística a alta velocidad y sin respeto del código del tránsito representa una conducta riesgosa y una conducta delictual. Este dominio es tan difícil de administrar como el de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas.

A pesar de ello, el acumulado de los status hace muy difícil la construcción de una política de prevención coherente y eficaz.

El carácter ilegal del consumo posee también en sí un papel preventivo en las conductas de consumo de sustancias psicoactivas pero con la siguiente condición previa: la eficacia de esta prohibición dependerá de las capacidades del sujeto para organizar su vida en relación con las leyes, con las reglas previamente integradas en otros dominios. Esto justifica la atención prestada a los procesos educativos que acompañan el desarrollo del niño y del adolescente. Pero ¿qué pasa con aquellos que no han interiorizado las leyes, las reglas, la ley?. Entonces, se deben establecer otras acciones diversificadas ya que si no la prohibición puede revestir un papel incitador.

## **LOS GRANDES OBJETIVOS DE UNA POLITICA DE PREVENCION PRIMARIA.**

### **Promover una diligencia de salud.**

En primer lugar, se trata de desarrollar una política de prevención de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas en un proceso educativo general y, más ampliamente, en una política de salud. Es en este marco que la diversidad de las acciones pueden inscribirse de una forma coherente. La promoción de la salud y la educación para la salud son, a este respecto, opciones indispensables.

La palabra salud, recordémoslo, debe ser entendida en la acepción que le da la Organización Mundial de la Salud (OMS), la que no se refiere al orden estrictamente sanitario. En esta acepción, la salud sería la resultante de determinantes biológicas, psicológicas, culturales, económicas y sociales. Se trata, por lo tanto, en materia de prevención de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas, de poner el acento en las competencias del sujeto para recuperar la salud y, en forma general, administrar su salud y el conjunto de su vida.

El objetivo principal de la prevención de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas es el de permitir a la persona y al conjunto de población:

- proteger su salud,
- identificar y promover conductas que favorezcan su salud,
- identificar y modificar las conductas dañinas para la salud,
- desarrollar su salud en armonía con la sociedad en la que la persona está inserta,
- proteger la salud de la comunidad,
- tener la capacidad de alcanzar sus ideales personales y los de la sociedad.

Una gestión de prevención debe poder dar al individuo, así como al conjunto de la población, los medios necesarios para administrar su salud y organizar su vida. Este objetivo necesita concebir las acciones de salud en su conjunto, cualesquiera sean los objetivos particulares que uno se asigne.

En el contexto de la promoción de la salud y de la prevención de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas, nos proponemos tres opciones para la prevención primaria:

- hacer a la persona capaz de no consumir drogas ya que el consumo presenta un riesgo - lo que está preconizado para las drogas ilícitas así como para el tabaco -,

ya que dicho consumo es susceptible de provocar daños al sujeto y a su entorno así como de inducir una conducta de dependencia;

- hacer a la persona capaz de administrar el consumo sin incurrir en riesgos – es lo que también se propone para el alcohol y los medicamentos psicotrópicos: la política de reducción de riesgos;
- hacer que las conductas de consumo no evolucionen hacia la dependencia.

## Prevenir la iniciación del consumo

Durante mucho tiempo no se le asignó a la prevención primaria más que una sola misión, la de evitar el encuentro de la persona con las sustancias psicoactivas, encuentro que induciría potencialmente el inicio del consumo. Es por eso que la reducción de la oferta y la represión del tráfico fueron las acciones principales de este objetivo de prevención. Estas acciones deben mantenerse con determinación.

Pero se trata igualmente, y al mismo tiempo, de hacer de modo tal que a las personas a las cuales se les ofrecen sustancias psicoactivas tengan la capacidad de rechazarlas, de darles los recursos suficientes para rechazar. Es forzoso constatar que muchos no responden espontáneamente a esta oferta de productos. Se trata entonces de investigar cuáles son los factores a los que hay que recurrir para proteger a las personas, a la comunidad. Se trata, entonces, de preguntarse cuáles son los factores de protección en juego.

## Hacer funcionar una política de reducción de riesgos

Las encuestas epidemiológicas recientes han mostrado que existen en Francia un gran número de consumidores de sustancias psicoactivas y que este número no deja de aumentar. Para algunos de ellos, porque practican lo que se llama un uso regulado o controlado, se anticipa que no son susceptibles de incurrir en daños. Otros estudios en población general muestran también que muchos de estos consumidores de drogas se mantienen así o dejan de consumir después de un período más o menos largo de consumo. Desgraciadamente, este no es el caso para todos y algunos van a ver su conducta evolucionar hacia el uso nocivo o hacia la dependencia. Es, entonces igualmente, a aquellos a los que el simple uso les hace verdaderamente correr el riesgo de ver evolucionar su conducta, a los que debe dirigirse la prevención actuando esencialmente en dos factores de protección: la “alianza social”, es decir la capacidad para el consumidor de utilizar la ayuda que le aporta la pertenencia viva a un “grupo de apoyo”, y la capacidad de pedir ayuda y de utilizarla.

Así, la prevención de los daños en potencia representa un aspecto importante de una política de prevención de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas. Es lo que se denomina la política de reducción de riesgos.

El concepto de reducción de riesgos, o reducción de los daños, es un concepto de origen inglés: *harm reduction*. Su objetivo es obtener por una acción pragmática

una modificación parcial o total de un fenómeno de salud. El objetivo limitado que uno se propone puede obtenerse independientemente de otros objetivos que se buscan alcanzar respecto de este mismo fenómeno, esto aun si de modo contradictorio.

En Francia, la política de reducción de riesgos no se ha manifestado más que sólo por medidas orientadas a impedir el compartir el uso de las jeringas y por la utilización de terapias de sustitución. Pero es indispensable considerar bajo este concepto todas las acciones que se proponen que los daños inducidos en forma directa o indirecta por los consumidores no ocurran. Es verdaderamente una política de prevención.

En efecto, las complicaciones infecciosas y virales tales como el VIH<sup>4</sup> o la hepatitis C. son los daños más evidentes asociados al consumo de drogas inyectadas y deben, a este título, ser el objeto de acciones específicas. La conducta del que “se inyecta” presenta, al respecto, caracteres originales; debe ser objeto de una prevención para evitar, por ejemplo, la transferencia de esta conducta a las sustancias de sustitución. El catastrófico estado sanitario de los consumidores de heroína, en particular, ha sido destacado desde hace largo tiempo; asegurarles un estado de salud satisfactorio debe ser un objetivo prioritario.

Una verdadera política de reducción de riesgos debe, así, incluir:

- Una prevención de daños en los consumidores de sustancias psicoactivas, cualesquiera que sean los tipos de conducta de consumo de sustancias psicoactivas;
- Una acción sobre los determinantes de estos daños originados por conductas de consumo de sustancias psicoactivas;
- Una acción directa sobre las modalidades de consumo.

Se trata, por tanto, de un enfoque amplio de la reducción de riesgos que hace sobreponerse una política de prevención de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas y una política general de prevención.

## **Impedir la evolución del uso a la dependencia**

El no pasar del uso a la dependencia es un objetivo de prevención de imperiosa necesidad al mismo título que el que apunta a impedir el inicio del consumo. Ya que esta evolución inscribe al consumidor en una dramática carrera.

En efecto, las conductas de consumo de sustancias psicoactivas tienen un carácter evolutivo. Frente a la oferta de sustancias, hay dos eventualidades posibles para la persona: sea rechazar la oferta, sea aceptarla, lo que la lleva en este caso a un primer consumo. El objetivo de la prevención será, entonces, actuar de modo tal que después de los primeros consumos, la persona no consuma más. Ya que la evolución puede hacerse desde el primer consumo hacia un uso regular y controlado, pero también hacia un consumo que cause problemas y sea nocivo.

---

<sup>4</sup> SIDA

Evitar el paso del consumo nocivo hacia la dependencia debe, igualmente, estar incluido entre los objetivos de los programas de prevención.

Sin embargo, la evolución que va desde el primer consumo hacia uno nocivo y luego hacia la dependencia no es obligatoria y se ha constatado, bajo el efecto de las acciones de prevención y de tratamiento, un retorno a la ausencia de consumo. La escalada no es, por tanto, algo ineludible si se actúa.

Pueden hacerse objeciones a estas nuevas orientaciones de la prevención primaria. Algunos persisten en pensar que, desde que una persona ha consumido una o varias sustancias psicoactivas, deja de pertenecer al ámbito de la prevención primaria, el que ha tenido tradicionalmente como objetivo impedir la iniciación en el consumo, y no le corresponde más que acogerse al dispositivo de tratamiento, es decir, a la prevención secundaria. Aún si, desde un punto de vista legal, este consumidor comete un acto reprobable y, a este título, ve que se le confiere el status de delincuente sin que, sin embargo, esto le dé el status de enfermo. Por tanto, si nos referimos a la noción de salud, estos consumidores incurren en riesgos para su salud, representando la evolución hacia la dependencia uno de los riesgos más graves. Es por esto que nos parece legítimo de incluir de partida en la prevención primaria, la prevención de la evolución hacia la dependencia en los usuarios de sustancias psicoactivas.

### **Modificar las representaciones sociales de dicho fenómeno**

En la acción preventiva conviene precisar la concepción que se tiene del hombre y de la sociedad, conviene, por tanto, evaluar las representaciones sociales, culturales y morales del fenómeno que se desea modificar. La acción de prevención expresa los valores que se desea promover, la idea que uno se hace del hombre y de la naturaleza de la sociedad que se desea construir. La acción de prevención servirá para afirmar los valores, para promover el humanismo. Debe, entonces tener por objetivo modificar las representaciones sociales con el fin permitir de hacer evolucionar el análisis del fenómeno, las modalidades de la acción y los objetivos a obtener.

## Métodos y estrategias

### Para una política de prevención

Toda la política de salud, toda la política social, toda afirmación de los principios fundadores de una sociedad, concurren a desarrollar la promoción de la salud. Estimular las acciones de solidaridad, favorecer la participación de los ciudadanos en la vida social, darles un lugar de actores en el desarrollo, inscribirlos en una tarea, un papel, un empleo, tienen el mismo objetivo. Estas acciones deben tener como meta ayudar a las personas, especialmente a los niños y a los adolescentes, a construir sus identidades y sus autonomías, a desarrollar sus competencias, a facilitar la comunicación y las aptitudes sociales.

Esto implica que se enuncien las leyes, las reglas que la sociedad impone a todos. Desarrollar los factores de protección es un asunto de toda la sociedad, de todos sus componentes, en una perspectiva humanista y ciudadana. En muchos aspectos, estas acciones no aparecerán como acciones explícitas de prevención, son, sin embargo auténticas acciones preventivas y están entre las más eficaces. Forman parte del deber de cada cual. Somos todos actores de la prevención.

Todas estas acciones se diversificarán según que se dirijan al conjunto de la población, a un grupo o a una parte de ella, a una categoría de edad o a una persona, pero tienen todas la misma intencionalidad, la misma finalidad.

Ocurre otro tanto cuando se busca reducir los factores de vulnerabilidad: la lucha contra el fracaso escolar, la lucha contra la violencia y la marginalidad... tienen ahí su lugar. Esto se inspira del mismo gran principio: ayudar a pensar, ayudar a ser actor, ayudar a enfrentar. En el pleno sentido del término, es ayudar a construir una persona responsable en un medio dado. No se trata de palabras, se trata de una idea del hombre y de la sociedad.

La ausencia de un vínculo social priva al ciudadano de la protección que significa la integración en un tejido social. La lucha contra este factor de vulnerabilidad puede llevarse a cabo reforzando los vínculos verticales de solidaridad pero, sobre todo, los vínculos horizontales y de proximidad. La reconstrucción de los lazos sociales mediante acciones muy diversificadas, es un medio eficaz para hacer disminuir las conductas de consumo de sustancias psicoactivas, reforzando las competencias generales de las personas y de los grupos en relación con su salud.

Tenemos necesidad de una política de salud que dé todo su lugar a la prevención y con la cual estén comprometidos los ciudadanos, los grupos, la población, las asociaciones, las colectividades territoriales, el Estado.

Con este espíritu, conviene escoger de modo pertinente los apoyos que permitan comprender y dirigirse a las personas que están viviendo situaciones concretas,

captar el medio en que viven en toda su complejidad, poder identificar las fortalezas y los puntos de vulnerabilidad y actuar sobre ambos a la vez, detectar, comprender y anticipar los cambios sociales, catalizar el cambio, articular el interés general y el de la persona.

## Las determinantes y los factores en juego

Para alcanzar los tres objetivos de la prevención primaria que nos hemos fijado – hacer a la persona capaz de no consumir, hacer a la persona susceptible de administrar un consumo sin incurrir en riesgos y hacer que las conductas de consumo no evolucionen hacia la dependencia - hay que actuar sobre los determinantes y los factores susceptibles de inducir o de consolidar una conducta del consumo de sustancias psicoactivas. Cuando se habla de factores y de determinantes susceptibles de inducir una conducta, se va más allá de la noción de factor de causalidad.

Se pueden imaginar tres tipos de programas de prevención:

- sea disminuir o suprimir los factores de vulnerabilidad,
- sea reforzar los factores de protección y favorecer su eficacia,
- sea desarrollar la interacción entre factores de protección y factores de vulnerabilidad, este último programa parece más próximo de lo que caracteriza el funcionamiento del aparato psíquico. Es, igualmente, más eficaz ayudar una persona a encontrar y a tomar en cuenta al mismo tiempo sus competencias y sus vulnerabilidades.

## Identificar los determinantes y los factores

Tres tipos de factores y de determinantes deben identificarse para la elaboración de programas de prevención de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas.

Los primeros son los determinantes psicopatológicos. Los trabajos clínicos más recientes destacan que el conjunto de consumidores de sustancias psicoactivas, ya sea que estén inscritos en las conductas de uso, de uso nocivo o de dependencia, presentan con mayor frecuencia que la población total trastornos de personalidad y trastornos psicopatológicos.

En efecto, ciertos trastornos de la personalidad pueden inducir un consumo de sustancias psicoactivas, sea porque la personalidad del sujeto lo hace más vulnerable a la oferta de sustancias, sea porque esta personalidad encuentra en las sustancias con qué modificar su estado psicológico. Así es por qué el tratamiento de las patologías originales, al igual que su prevención, es indispensable para el éxito de las acciones emprendidas.

El segundo tipo de factores determinantes son los de orden ambiental, estos son numerosos y diversos y tienen una acción directa o indirecta sobre las conductas de consumo de las sustancias psicoactivas. El haber privilegiado estos determinantes y haberlos hecho las causas únicas de las “toxicomanías”, ha conducido a construir un modelo que se inscribe en el cuadro de las sociopatías.

El tercer grupo de factores está caracterizado por las modalidades de encuentro entre los factores que son del sujeto y los factores pertenecientes a su medio ambiente. Es sobre esa noción que se han construido, en el curso de los últimos años, modelos de prevención.

Identificar estos factores es una acción previa indispensable en toda acción de prevención, aún si esta identificación es delicada en la medida en que ningún factor por sí mismo es susceptible de desencadenar una conducta de consumo en el marco de una causalidad directa. Es, por lo tanto, el encuentro de este factor con la oferta del producto que hará que su potencialidad de inducir una conducta de consumo se actualice. De donde, recordémoslo, la necesidad de actuar sobre la oferta del producto y el tráfico.

Tomemos dos ejemplos. Si un adolescente tienen un cierto gusto en conformarse con la conducta, las elecciones, los valores y las formas de vida comunes a su grupo etario y si se encuentra inserto en un grupo de personas de su misma edad que no consumen, ese factor lo llevará a rechazar el ofrecimiento de sustancias psicoactivas. Al contrario, si se encuentra sumergido en un medio en el cual la mayoría de los que le rodean consumen, hay muchas posibilidades para que él mismo se convierta en consumidor.

Al contrario, si un adolescente ha desarrollado habilidades sociales importantes que se expresan en actividades y en relaciones múltiples y diversificadas, a la vez en su familia como al exterior de ésta, tiene actualmente, considerando la triviali-

dad de la oferta de sustancias psicoactivas, más posibilidades que otro de verse enfrentado al ofrecimiento de productos y de, eventualmente, convertirse en un consumidor. Ser capaz de desarrollar habilidades sociales diversificadas representa, en nuestra cultura, una garantía de éxito probable pero se ve que en estas condiciones esto puede, también, tener un efecto contrario.

Teniendo en cuenta la ausencia de lazos de causalidad entre los determinantes identificados y el desencadenamiento del consumo, la prevención tentará de modificar a la vez los determinantes y las interacciones de estos factores. Al preservar los variados lazos que unen al joven a su familia, al grupo de sus pares, a las instituciones, a la comunidad, protegiendo los referentes humanos, favoreciendo las relaciones diversificadas, acentuando los lazos transgeneracionales y los lazos con la cultura, se previenen las conductas de consumo de sustancias psicoactivas.

### **Actuar sobre los determinantes y los factores**

Para que una política de prevención de las conductas del consumo de sustancias psicoactivas sea eficaz, es esencial desarrollar y fortalecer los factores de protección. Son ellos los que están en el origen del desarrollo y de la adquisición de las competencias y habilidades psicológicas y sociales.

Dándoles a los jóvenes orientaciones sobre como actuar, se les permite adquirir autoestima y respeto por los demás, la capacidad de elegir y de ser autónomo, la capacidad de dirigir sus vidas, es decir, de poder resistir las solicitudes de diversos orígenes, la capacidad de encontrar el camino para una buena administración de su salud o, todavía más, de tomar la decisión de detener el consumo.

La valoración de los factores de protección debe inscribirse en el proceso educativo establecido, no solamente en la escuela en el marco de los proyectos del establecimiento, sino que también en los lugares donde se desarrollan las actividades y la vida extraescolar.

En el proyecto educativo total, el recuerdo de la ley, de los límites, de los deberes y, más generalmente, del ser ciudadanos permite a los jóvenes, en particular, y también al total de la población hacer más activos los factores de protección. Estos permiten responder de una forma adecuada a las proposiciones hechas por el medio ambiente, no solamente de sustancias psicoactivas sino que de todas las conductas de riesgo.

Paralelamente a la acción sobre los factores de protección, debe realizarse una acción sobre los factores de vulnerabilidad y de riesgo. Numerosas conductas permiten alertar a los actores de la prevención mucho antes de que aparezcan los primeros consumos. Por ejemplo, si para un joven el consumo es reciente, éste se convierte en un factor de vulnerabilidad.

Es la identificación de otros factores de vulnerabilidad, pero también de factores de protección, lo que permitirá evaluar la probabilidad de estabilización de los consumos y no atribuir un papel decisivo al consumo ocasional. Es, por lo tanto, la identificación, luego la acción sobre los factores y determinantes, lo que será la

garantía de la eficacia más que una acción centrada únicamente sobre la conducta de un consumo ocasional.

En resumen, actuar sobre los factores y los determinantes es buscar la disminución de los factores de vulnerabilidad y aumentar la potencia de los factores de protección. En esto consiste ayudar a las personas en la afirmación de sí mismo en el marco de actividades participativas y permitirles tener la voluntad de solicitar ayuda y recibirla. Estas acciones necesitan una reflexión colectiva construida partiendo de las necesidades y de las expectativas de las poblaciones y de los individuos pero, también, partiendo de las capacidades sociales y culturales de la población total. El beneficio producido por estas actividades es el desarrollo de alianzas socioculturales, la elaboración de ideas compartidas, de identidades sociales de referencia y el nacimiento de un fuerte sentimiento de pertenencia a la sociedad.

## Los actores de la prevención

Pueden venir de horizontes muy diversos: de los que tienen experiencia y conocimiento clínico del fenómeno pero también de aquellos cuyas competencias no están necesariamente ligadas con la experiencia del fenómeno y que han sido obtenidas en un medio profesional determinado.

Aún si nosotros debemos considerar que todos somos actores de la prevención, ciertas categorías de la sociedad tienen, en este dominio, un papel a desempeñar más importante que otras. Podemos citar entre ellas:

- Los interlocutores naturales del medio ambiente. Estos son los educadores, los actores sociales y culturales, los actores económicos y políticos, ya sea que estén a nivel del estado, de las colectividades territoriales o en el marco de sistemas asociativos o de acciones individuales. Estos interlocutores son muy importantes ya que son los actores naturales de la prevención general y los primeros relevos de la prevención específica. Su ayuda y sus acciones concurren al desarrollo de la persona, les permiten administrar su salud, alcanzar el pleno desarrollo de sus capacidades. Sus competencias, adquiridas en dominios alejados del de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas, podrán ser utilizadas en el control de estas conductas. Se trata allí de un transferencia de competencias, noción esencial para la prevención, tanto de parte de los actores como de parte del que tiene experiencia adquirida en prevención general.
- La familia tiene un gran valor estructurante del conjunto de las conductas mediante la transmisión de modelos. Desarrollar las capacidades de prevención implícitas a la familia consiste en permitirle:
  - identificar sus conductas y sus actitudes en lo concerniente a la salud,
  - identificar las necesidades de sus miembros en lo que respecta a sus vidas y a su salud,
  - apoyar a cada miembro y animar la familiar,

- identificar los funcionamientos y los disfuncionamientos, valorizarlos o hacerlos desaparecer,
- favorecer la autonomía individual de sus miembros, pero ayudarles para que se obtengan las metas comunes.
- incorporar a cada uno y a la familia en el tejido social.
- identificar las necesidades de sus miembros en lo que respecta a sus vidas y a su salud,
- El medio escolar es el lugar privilegiado para toda política de prevención, pero también y sobre todo, para la educación para la salud y la promoción de la salud. En este marco, la acción preventiva es triple:
  - una acción educativa global que apunte a desarrollar y aumentar las competencias del niño,
  - una acción de identificación con los adultos, adoptando los enseñantes conductas beneficiosas para la salud,
  - una educación para la salud en la cual el término sustancias psicoactivas aparece y adquiere sentido en medio de temáticas más amplias.

Por lo demás, se han visto las ventajas y los inconvenientes de las acciones de prevención llevadas a cabo por aquellos que están deseosos, con altruismo y buena voluntad, de participar en la prevención. No deberían ser rechazados pero deben, para que los inconvenientes no sean mayores que los beneficios, colaborar con y estar enmarcados por los especialistas de la prevención. Estos son:

- los que intervienen en programas de toxicomanías, que tienen experiencia en el acompañamiento y en el tratamiento;
- los especialistas en salud pública, que poseen las competencias de aquellos cuya misión es la de formar y educar;
- los antiguos consumidores, que pueden ayudar a la conceptualización de los proyectos de acción preventiva temática o específica, informando sobre los factores que les permitieron de modificar sus conductas.

### **Las competencias necesarias**

La prevención necesita de parte de los actores de la prevención la adquisición de los conocimientos y saber hacer pertinentes; no puede improvisarse actores de la prevención, es necesaria una formación y muy poca gente posee en Francia estas competencias. Las competencias requeridas para convertirse en actor de la prevención provienen de muchos dominios y necesitan, también, de una formación específica.

Estos competencias tienen que ver a la vez con la formación personal, la conducta del actor, los conocimientos adquiridos y su dominio y el de las herramientas de prevención.

La formación personal es indispensable debido al hecho de la implicación personal del actor en las acciones. Por lo demás, la prevención moderna necesita que los actores faciliten la expresión de las necesidades de la población, su participación en la elaboración y puesta en marcha de los programas de prevención. Finalmente, las interacciones entre los programas de prevención son deseables pero deben ser identificadas para evitar los efectos perversos y para optimizar las acciones y las evaluaciones.

Entre las competencias que se derivan de la formación personal del actor de la prevención, citemos algunos ejemplos:

- debe poder conocer y dominar sus propias representaciones y actitudes en relación con las conductas que él desea ver administrar por aquellos a los que está destinado el programa de prevención.
- debe poder ayudar a las personas y a los grupos a percibir y a expresar todo lo relativo a las conductas de que se trata.
- debe poder evaluar las necesidades y las expectativas de las personas, las competencias relativas a las conductas y las competencias generales de los sujetos para administrar su salud.
- debe poder hacer explícitas las expectativas y las necesidades para facilitar su satisfacción.
- debe poder promover las competencias espontáneas de las personas para inventar estrategias de autogestión de las conductas.
- debe poder aclarar las proposiciones formuladas en forma insuficiente por las personas o ayudar a la elaboración de nuevas propuestas sin querer imponerlas.
- debe permitir el desarrollo en los demás de la capacidad de solicitar ayuda y de usarla.
- debe poder provocar el mecanismo de apropiación por las personas de las proposiciones que se hacen.
- debe conformar sus acciones a los valores de las personas y de la sociedad en una acción respetuosa.
- debe conocer las diferentes metodologías y estrategias utilizables en el campo de la prevención.
- debe ser capaz de tomar distancia y de administrar su implicación personal.
- debe poder expresar claramente sus objetivos y justificar la elección de sus métodos.
- debe establecer las estrategias de evaluación de sus acciones.
- debe poder reubicar sus acciones en el marco de la salud y en una perspectiva humanista .

- debe poder aceptar que sus intervenciones sean cuestionadas y modificadas.

## Los saberes necesarios

Muchas otras competencias se exigen a los actores de la prevención y, particularmente, un conocimiento del fenómeno sobre el cual deben intervenir. Si deseamos aumentar la competencia de los actores de la prevención, conviene exigirles un mejor análisis de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas. Deben poseer un buen conocimiento de los diferentes aspectos y de los diferentes enfoques del fenómeno.

Es necesario conocer el conjunto de los conocimientos disponible para llevar a cabo las acciones. Los diferentes saberes proceden de fuentes de producción de conocimientos que utilizan referencias teóricas muy diversas. El problema consiste, entonces, en definir como se puede proponer el conjunto de estos saberes, con el fin de que los actores potenciales de la prevención puedan apropiárselos. Sería deseable que sean propuestos, como existe en otros países, grandes documentos de síntesis sobre los conocimientos adquiridos en Francia y en los otros países.

Por lo demás, en Francia, los diferentes saberes son poco accesibles, habida cuenta de su publicación en soportes muy fragmentarios. Conviene insistir muy particularmente sobre la necesidad de crear centros de documentación en relación con los conocimientos y las experiencias, con la finalidad de que los actos de prevención no revistan un aspecto reduccionista e ideológico.

La transmisión de los saberes y su apropiación por los actores de la prevención necesitan de un enfoque crítico. El corpus teórico al origen de la producción de estos saberes debe poder ser claramente identificado para permitir sus confrontación.

Habida cuenta de la importante suma de conocimientos de que disponemos, no es posible exigir conocimientos exhaustivos para los actores de la prevención en el terreno; en cambio, para aquellos que tienen que pensar las políticas de prevención en este dominio, esto es necesario.

Para los actores en terreno, ciertos conocimientos son indispensables; deben ser reunidos alrededor de temas transversales que reagrupan los conocimientos que provienen de disciplinas diferentes.

## **De los saberes académicos sobre el fenómeno**

- Saberes sobre la oferta de sustancias psicoactivas en su conjunto:
  - La naturaleza de los productos propuestos,
  - Las modalidades de la oferta,
  - La regulación de la oferta,
  - Las respuestas dadas a los diferentes sistemas de oferta.
- Saberes sobre las diferentes modalidades de expresión de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas: uso ocasional de pequeñas o grandes cantidades, uso regular o irregular, uso nocivo, dependencia, remisión, abstinencia, conducta de consumo de sustancias utilizadas en el marco de la sustitución, policonsumo.
- Saberes sobre la personalidad de los consumidores: modelos que dan cuenta del desarrollo de la personalidad en sus dimensiones biológica, psicológica, sociológica y cultural; nociones de los factores de vulnerabilidad, de protección, de las determinantes biológicas, psicológicas y sociales, de las determinantes psicopatológicas primarias o secundarias.
- Saberes en torno a los productos: sobre los productos mismos, las modalidades de su administración, los efectos en función de las modalidades de consumo, las modalidades del tráfico.
- Saberes sobre los efectos del medio ambiente sobre el sujeto y saberes sobre la naturaleza y el funcionamiento y el medio ambiente inmediato al sujeto (familia, grupo de pares, medio escolar, medio específico de vida...) y del medio ambiente lejano (grupo de consumidores, medio ambiente de vida habitual, ambiente de vida singularizado por el consumo).
- Saberes sobre las respuestas dadas por la sociedad a propósito del consumo de sustancias psicoactivas:
  - los aspectos legislativos y reglamentarios,
  - los aspectos culturales y morales,
  - los aspectos económicos y sociales,
  - los dispositivos sociales y de tratamiento,
  - los actores y las diferentes políticas de salud y sus objetivos.
- Saberes sobre los daños sanitarios, sociales y económicos ligados al consumo.
- Saberes sobre las prácticas de tratamiento y los dispositivos médico-sociales.

## **De los saberes sobre los modelos de prevención**

Es conveniente, por lo demás, que el actor de la prevención pueda conocer las teorías y los modelos que subyacen a las acciones de prevención, que pueda, a través de todas las acciones de prevención que lleva a cabo, ser capaz de determinar la naturaleza del modelo que utiliza, para que sepa lo que hace, en nombre de qué, cómo y por qué. Los diferentes modelos de la prevención se recuerdan en el informe “Para una política de prevención en materia de conductas de consumo de sustancias psicoactivas” , editado en la CFES en 1998.

El actor de la prevención debe poder escribir los objetivos que se propone, los métodos que emplea, los objetivos que desea alcanzar. Debe ser capaz de argumentar sobre la elección de sus objetivos y la articulación entre métodos y objetivos.

Esto implica, por lo demás, que se desarrolle en el actor de la prevención la idea de que la evaluación es necesaria, que los métodos de evaluación deben ser escogidos al momento de elaborar el programa de prevención pero, también, que conozca la diversidad de las estrategias de evaluación y sepa como desarrollarlas. En fin, algunos han sostenido que no importa qué acción, que no importa qué programa propuesto con intención de prevención, podría ser útil y dejar huella en la organización psicoafectiva y social de las personas volviéndolas así más aptas para administrar su salud. Es la intención del “preventólogo” la que desencadenaría la eficacia preventiva de una acción. Hay ahí una hipótesis optimista, ampliamente difundida en la sociedad, que afirma que es preferible hacer cualquier cosa en vez de no hacer nada. Se conocen las consecuencias inducidas por esta proposición. En efecto, las personalidades en las cuales los factores de vulnerabilidad son fuertes y los factores de protección débiles, no tienen la capacidad de integrar en una acción coherente la multiplicidad de los programas y acciones que les son propuestos.

## **De los saberes sobre los métodos de prevención**

El conocimiento de los métodos utilizables en materia de prevención es indispensables para el futuro actor de la prevención. Estos métodos serán objeto de una formación específica porque se diferencian de los métodos habitualmente utilizados en el campo de la educación en general pero, también, en el tratamiento, en la reinserción y en la rehabilitación.

## **De los saberes en materia de salud pública**

El actor de la prevención debe estar familiarizado con las acciones de la salud pública para poder inscribir su acción en esta problemática. La acción de salud pública debe servir de referencia constante a su acción de prevención. El actor de la prevención debe poder diferenciar las acciones de educación para la salud, las nociones de prevención general y las acciones de prevención temática. En el marco de una problemática de salud pública, debe ser capaz de articular las acciones de prevención en materia de consumo de sustancias psicoactivas de aquellas llevadas a cabo en otros dominios de la salud o de la intervención social por otros actores.

## **Principios generales de una acción de prevención**

### **Los principios éticos: respeto, solidaridad, participación**

El análisis de las representaciones de la “droga” y de la “toxicomanía” en el seno de la sociedad muestra bien la realidad de la angustia suscitada por las drogas, mas allá de la realidad de sus daños.

Esta angustia traduce la inquietud de una sociedad que ve a algunos de sus miembros, especialmente algunos de sus jóvenes, autorizarse modelos culturales originales, fugaz, interrogaciones que los ponen en juego y que, al final, podrían ponerlos en peligro.

Toda intervención de prevención que no comenzara por oponerse a estas representaciones simplistas, generadoras de xenofobia, de racismo anti joven y de exclusión de los consumidores de sustancias psicoactivas y de los “toxicómanos” está destinada al fracaso. Su fracaso induciría de hecho un refuerzo de la mirada negativa que se lanza sobre todas las personas a las que concierne.

Así, las acciones de salud que irían en el sentido de una normalización, de una culpabilización o de una “fetichización” de la salud (salud performance, eterna juventud) o aún más en el sentido de la marginalización de aquellos que incurren en riesgos para su salud, serían negativas en el plano social e individual.

En el plano social, la prevención no puede estar fundada más que sobre los hechos y sobre la aceptación del cuestionamiento de nuestras costumbres y de nuestras certezas.

Liberado de las representaciones sociales paralizantes y destructoras, el que interviene en la prevención no sabría, aún involuntariamente, tener actitudes que designen a su interlocutor, consumidor abusivo o dependiente, como a un objeto de reprobación o de exclusión.

Igualmente, el ejecutor no sabría presentar al “toxicómano” estigmatizando su actitud. En materia de prevención la primera palabra clave es, entonces, respeto: respeto de la persona, de sus deseos, de sus dificultades y de su itinerario.

La segunda palabra clave es solidaridad, la cual se expresa especialmente en la ejecución de la política de reducción de riesgos, del acceso al tratamiento, aquella que fundamenta las redes de intervención.

Existe una tercera palabra clave para la prevención que es la de participación, fundamento de la salud comunitaria. No es suficiente tener respeto y sentirse solidario, hay que, igualmente, en un lugar determinado, provocar la expresión de las personas, suscitar sus preguntas, hacer nacer soluciones de consenso y así incitar a una fecunda asociación.

## **Necesidad de coherencia**

El ciudadano es el destinatario de múltiples mensajes de prevención, conviene, entonces, que los objetivos y los métodos de las acciones de prevención de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas sean coherentes entre ellos con la finalidad de permitir al sujeto y a la población desarrollar competencias en salud. Una discordancia entre los objetivos y los métodos en relación con los temas abordados, tendría el efecto de confundir y sería contraproducente.

## **La evaluación**

Toda acción de educación para la salud, de promoción de la salud y de prevención debe, desde el momento de su elaboración, incluir una reflexión sobre la evaluación y los métodos y estrategias necesarios a ésta. Esta exigencia permite a cada uno dar cuenta de las acciones llevadas a cabo. Esto pasa primero por escribir los objetivos que uno se da, la argumentación de las estrategias escogidas, las razones que han presidido la elección de los métodos así como la naturaleza de los financiamientos.

Sin embargo, sería lamentable no llevar a cabo acciones de prevención si su evaluación no ha podido ser rigurosamente programada desde el comienzo. Conviene dar lugar en las estrategias de evaluación a aquello que podría suceder y que no ha sido previsto. Pues lo imprevisto manifiesta la apropiación por las personas, que lo han hecho objeto de la acción de prevención y lleva a modificar para mejorar lo que había sido inicialmente programado. Sobre todo, no hay que arriesgarse

a perder lo que puede constituir el beneficio de esta producción de la acción de prevención.

## Los medios y los requisitos necesarios

### **El estudio de las representaciones, el conocimiento de las necesidades y de las expectativas**

En las acciones de salud, conocer las necesidades y las expectativas de la población representa la primera etapa. Numerosos medios son utilizables para desarrollar lugares y modalidades de expresión individual o colectiva; estos métodos no tienen nada de específico para las conductas de consumo de sustancias psicoactivas, es la intencionalidad en su aplicación en este campo específico lo que va a caracterizarlos. Con ocasión de estas actividades, el actor de la prevención tendrá como objetivo detectar en el curso del desarrollo de la acción, la expresión de las necesidades y de las expectativas sin bloquear la dinámica específica de la acción llevada a cabo. Demos algunos ejemplos: las encuestas, los cuestionarios, las expresiones espontáneas, los testimonios de los “toxicómanos”, de los antiguos “toxicómanos”, de los adolescentes, de las familias, el contenido de los llamados telefónicos al servicio Info Drogas, el análisis antropológico del fenómeno, los lugares de escucha a los jóvenes, los lugares de acogida a los padres, los grupos de discusión, los juegos de representación de un papel, las “palabras de los adolescentes”, las expresiones teatrales, artísticas, de video, cinematográficas, las animaciones del barrio, los clubes de salud, los comités del medio ambiente social..... Esta lista no es limitativa.

### **Análisis y la consideración de la opinión**

Para que una acción educativa para la salud y de prevención sea eficaz, conviene que no esté en contradicción con el universo en el que se inscribe. Es inútil movilizar las resistencias de una población, fortalecer sus defensas, y es preferible apoyarse en las capacidades espontáneas y en las aspiraciones ya manifestadas, por lo demás.

Si se proponen a una población informaciones, acciones demasiado contradictorias con lo que sabe, piensa o siente, se manifestará una oposición que tendrá un efecto contrario al esperado. Sin embargo, a veces es necesario salir al encuentro de las representaciones y de las ideas del total de la población.

De una manera general, los objetivos que se dan las acciones de prevención, las acciones mismas y las estrategias deben ser realizables en un contexto dado. Fijarse objetivos inalcanzables, estrategias que van más allá de las capacidades y métodos no dominados, no tiene ningún sentido y no tiene más que un valor mágico y, además, desacredita la política de prevención.

Es por esto que, para construir una política de salud y, más especialmente de prevención de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas, es indispensable conocer lo que el conjunto de la sociedad piensa del fenómeno.

Ya que si se conoce mejor, el estado de la opinión pública permite precisar lo que una acción de salud debe abordar para modificar ciertas ideas ampliamente extendidas y ciertas conductas de salud. Este conocimiento posibilita por que la población acepte mejor las proposiciones que se le hacen. Permite, también, medir e informar sobre los efectos del medio ambiente ideológico en el cual viven las personas para que cada uno pueda desarrollar una posición crítica frente a estas influencias.

Se ven así juntas, en la opinión pública representaciones muy variadas: los consumidores de sustancias psicoactivas son considerados sea como marginales, sea como delincuentes, sea como enfermos, sea como víctimas.

Actualmente existe una gran heterogeneidad en las representaciones individuales y sociales de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas. Es por esto que es difícil tener un discurso reduccionista que sea consensuado y esté lejano de la realidad y de la diversidad del fenómeno observado. Sin embargo, el efecto de la actual cacofonía es desastroso y tiene mucho que ver con el hecho de que toda la población piense como ineficaces las políticas de salud en este dominio.

Del mismo modo, la distorsión entre el fenómeno y el discurso de los medios de comunicación social es, en la actualidad, una de las dimensiones más dañinas para la percepción que tiene la opinión pública de las acciones de prevención. Sería deseable que los líderes de opinión pudieran proponer informaciones válidas o, aun, que se explique lo bien fundado de estas contradicciones que testimonian de la complejidad del fenómeno.

Siendo el objetivo actuar sobre las representaciones individuales y colectivas de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas, esto implica, entonces, el análisis y el tomar en cuenta estas representaciones.

## **La responsabilización de las personas**

La responsabilización de las personas en el desarrollo de una política de prevención supone hacer a las personas autores y actrices de su prevención. Para hacer esto, se puede desarrollar:

- prácticas colectivas culturales, artísticas o deportivas, en cuanto ellas se construyan alrededor del objetivo a alcanzar una metodología rigurosa y aseguren un encuadramiento calificado. El objetivo será hacer de las personas en autores y actores de la prevención;
- prácticas más individuales, que implican el recurso a las teorías del comportamiento procedentes del dominio de la medicina, de la psicología o de las ciencias de la educación. Estas prácticas se apoyan en la implicación personal del que interviene, en su encuentro con los destinatarios de la prevención;
- prácticas que refuerzan los factores de protección para asumir elecciones y adquirir la capacidad de resistir a las proposiciones del medio ambiente;

- prácticas susceptibles de desarrollar actitudes de rechazo frente a las proposiciones dañinas, en especial en el niño. Aprender a desarrollar un conjunto de argumentos de respuesta a las solicitudes;
- prácticas que refuerzan la conformidad con la norma (grupo de pares) para favorecer la integración en los grupos de no usuarios, alrededor de centros de interés diversificados pero compartidos;
- prácticas que apuntan a hacer deseable la salud y a convencer a cada uno de su capacidad de adoptar comportamientos beneficiosos para la salud;
- prácticas que apuntan a dar una imagen positiva de los que se abstienen y una imagen negativa pero no estigmatizante de los consumidores, ya que esto podría perjudicar la búsqueda de ayuda;
- prácticas que apuntan a crear las condiciones para acciones racionales en los adolescentes (acción razonada de Ajzen y Fishbein) y estimular la toma de conciencia de los riesgos y el análisis en grupos restringidos de las ventajas e inconvenientes de tal actitud o de tal comportamiento.

### **Lugar de la información, importante pero no suficiente**

La preocupación por responder a las necesidades de información es legítima y se expresa habitualmente como siendo una de las modalidades más pertinentes en las acciones de prevención. Pero ésta no sería suficiente. Se constata, habitualmente, que el conjunto de la población, y más especialmente aquellos que están expuestos a la oferta del producto, no disponen de una información pertinente y de calidad sobre los productos y las conductas de consumo. Conviene, entonces, colocar la información como un elemento clave pero no suficiente de las políticas de prevención. Esta información debe proponerse a toda la población en una comunicación de masas, al igual que a los grupos vulnerables y a cada individuo.

Esta acción de información pasa por metodologías de comunicación diferentes en función de los objetivos que uno se da: información destinada al gran público, información para el uso de las personas vulnerables o consumidoras, información para el uso de los no consumidores.

El proponer informaciones a una persona, a un grupo o al conjunto de la sociedad debe responder a objetivos identificados. La información en sí misma aporta elementos que permitirán la apreciación de una conducta y la evaluación de lo que puede conducir a su eternización. Sin embargo, el proponer información no aporta por sí mismo garantía de la adopción de una conducta. Si bien la información es indispensable, habrá que agregarle el como transformar la conducta, es decir, hacer que la persona adhiera a la información. Esto quiere decir que toda información debe ser realzada por otro tipo de acciones. El estar informado no conduce obligadamente a la adopción, a la modificación de las conductas.

La información por sí misma no puede resumir las acciones de prevención. El proponer informaciones, pertinentes y validadas, de manera accesible al conjunto de la población y de las personas, deberá articularse con otros métodos de preven-

ción. Es por esto que preconizamos la construcción de programas de prevención que incluyan acciones de información, acciones que apuntan a aumentar las competencias de la sociedad y de las personas para administrar sus comportamientos y conductas, tanto en lo que concierne a las conductas de consumo de sustancias psicoactivas como al total de sus vidas.

## **Los apoyos**

La elección del apoyo por el actor de la prevención dependerá de numerosos factores. Se hará en función de ciertas acciones temáticas, del dominio y de la experiencia de los actores, de la población y del grupo al que se dirige, de los modelos teóricos de la prevención que se desea utilizar, de los actores reunidos, del financiamiento obtenido, de las exigencias coyunturales.

## **La ejecución de los programas de prevención**

La diversidad de los objetivos, la multiplicidad de los métodos susceptibles de ser utilizados, necesitan imperiosamente una coherencia que no puede obtenerse más que en el marco de programas concertados. Estos programas, centrados en los objetivos principales que hemos precisado, deben ser agrupados en una política de prevención de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas. Esta política misma debe ser integrada en una política general de salud. Conviene a todos los responsables políticos, administrativos y técnicos y a cada uno de los actores de salud, ubicarse bien en el marco de estas políticas concertadas.

Para que estas políticas y estos programas puedan llevarse a cabo, es un elemento primordial que la voluntad de todos los actores y sus acciones se armonicen, pero también es necesario que estas acciones se inscriban en el largo plazo y que estén a la altura de lo que está en juego. Estas políticas costosas en competencias, en personas, en tiempo y en dinero, necesitan ser pensadas de manera precisa y coherente en el marco de una política de salud pública.

## Conclusión

### En cuanto al porvenir

La cuestión que debemos plantearnos es la siguiente: ¿cuáles son los factores que contribuyen a hacer progresar el bienestar individual y social y que dan sentido a la persona y a la sociedad?. Las políticas de salud expresan valores. Son los justificativos y las guías de los que nos servimos para determinar los objetivos, los medios y las prioridades que constituyen las políticas de salud y la política de la nación.

Deben destacarse numerosos puntos importantes:

- la necesidad de una articulación, en el marco de una política de salud, de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación;
- la coherencia de la prevención en este dominio con las otras acciones de prevención, ya que el ciudadano es el destinatario del conjunto de estas acciones;
- una concepción de la prevención referida a la noción de salud proporcionada por la OMS y en concordancia con la carta de Ottawa.

Como consecuencia, la educación para la salud es una acción pertinente.

Es necesaria una base conceptual fuerte y compartida. Es por esto que la referencia a las conductas de consumo – uso, uso nocivo o abuso, dependencia – admitida por las grandes instancias internacionales, parece pertinente.

Debe considerarse a estas conductas como un todo en el marco de las conductas de consumo del conjunto de las sustancias psicoactivas, en el marco más amplio de las conductas adictivas y en el aún más vasto de las conductas de riesgo.

Estas conductas no pueden ser comprendidas más que en la integración de los factores y de las determinantes biológicas, psicológicas, sociales, culturales, legislativas y éticas. Esto permite actuar, a la vez, sobre el fenómeno mismo y también sobre cada una de sus determinantes. Esto conduce a realizar una prevención general o global que haga, por un lado, a las personas, los grupos y la sociedad, capaces de administrar su salud y su vida y , por otra parte, una prevención específica o temática más centrada sobre las mismas conductas de consumo.

A más de la imperiosa necesidad de actuar sobre la oferta del producto, esta política de prevención debe ir más allá de la clásica prevención primaria que apunta a impedir el inicio del consumo, debe también apuntar a evitar la eternización de estas conductas, el paso del uso al abuso y a la dependencia.

Además, la política de reducción de los riesgos es parte integrante de esta política de prevención.

La política de prevención se inscribe en el respeto de las personas, no debe conducir a la estigmatización del consumidor, debe ayudar a las personas en su actuar personal y motivar al conjunto de la sociedad para afirmar sus valores en una perspectiva humanista. El fin último será hacer a cada uno capaz de conducir su vida, de darle un sentido en nuestra sociedad y de contribuir al pleno desarrollo de ésta.

---

## Sumario

---

### Introducción

La inquietante agravación de las conductas de consumo de sustancias psicoactivas

Necesidad de poner en funcionamiento una política de prevención coherente fundada en la noción de comportamientos

El hombre en el centro de la acción preventiva

La salud según la OMS

Estrategias, programas y políticas de prevención

### Un nuevo enfoque

El consenso científico internacional acerca de la noción de conductas

El uso

El uso nocivo

La dependencia

Tomar en cuenta las conductas de consumo del conjunto de sustancias psicoactivas

El uso como conducta de riesgo

Las conductas adictivas

La cuestión del estatuto legal de las sustancias psicoactivas: lo que se juega en la prevención

La política de reducción de riesgos

### Los grandes objetivos de una política de prevención primaria

Promover una diligencia de salud

Prevenir la iniciación del consumo

Hacer funcionar una política de reducción de riesgos

Impedir la evolución del uso a la dependencia

Modificar las representaciones sociales de dicho fenómeno

### Métodos y estrategias

Para una política de prevención

Los determinantes y los factores en juego

---

---

Identificar los determinantes y los factores  
Actuar sobre los determinantes y los factores

### Los actores de la prevención

Las competencias necesarias  
Los saberes necesarios  
De los saberes académicos sobre el fenómeno  
De los saberes sobre los modelos de prevención  
De los saberes sobre los métodos de prevención  
De los saberes en materia de salud pública

### Principios generales de una acción de prevención

Los principios éticos: respeto, solidaridad, participación  
Necesidad de coherencia  
Evaluación

### Los medios y los requisitos necesarios

El estudio de las representaciones, el conocimiento de las necesidades y de las expectativas  
El análisis y la consideración de la opinión  
La responsabilización de las personas  
Lugar de la información, importante pero no suficiente  
Los apoyos  
La ejecución de los programas de prevención

### Conclusión: en cuanto al porvenir

---