

# ACERCA DE LA IMPOSIBILIDAD DE LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. ¿UNA INVITACIÓN A LA DISCUSIÓN EN LAS CIENCIAS SOCIALES?

## THE IMPOSSIBILITY OF PREVENTION AND PSYCHOACTIVE SUBSTANCE ABUSE. AN INVITATION TO SOCIAL SCIENCES TO THIS DISCUSSION?

David Stevens Ortegón Machado\*

SOS Children's Villages International, Colombia

Recibido: 6 de enero de 2014 - Aceptado: 10 de febrero de 2014

Forma de citar este artículo en APA:

Ortegón Machado, D. S. (julio-diciembre, 2014). Acerca de la imposibilidad de la prevención del consumo y abuso de sustancias psicoactivas. ¿Una invitación a la discusión en las ciencias sociales? *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 5(2), 390-406.

### Resumen

El presente artículo pretende inducir a una discusión crítica acerca de las nociones conceptuales de la prevención aplicadas al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas. Se realizó un recorrido teórico sobre las nociones acerca de la enfermedad y como estas preceden el concepto de prevención. De la misma se abordan aproximaciones al término de prevención y algunos de los modelos existentes, los cuales han sido bandera de las ciencias de la salud y finalmente estableciendo puntos de encuentro y desencuentro, lo cual abre un espacio necesario para que las ciencias sociales realicen sus aportaciones. Finalmente, se discute sobre la imposibilidad de la prevención bajo el marco conceptual y metodológico existente.

### Palabras clave:

prevención, consumo de sustancias psicoactivas, enfermedad, salud pública

### Abstract

This article aims to induce a critical discussion of the conceptual notions of prevention applied to the phenomenon of psychoactive substances. A theoretical course on notions about the disease was made and how are you precede the concept of prevention. Similarly the term prevention approaches are discussed and some of the existing models, which have been the projects of health sciences and finally establishing points of convergence and divergence, which opens up a space needed for the social sciences to make their contributions. Finally, there is the discussion about the impossibility of prevention under the existing conceptual and methodological framework.

### Keywords:

prevention, substance use, disease, public health

\* Psicólogo, Universidad Cooperativa de Colombia, Seccional Cali. Candidato a Magíster en Salud Pública de la Universidad del Valle. Responsable de Salud Mental en SOS Children's Villages International. Investigador social. Miembro del grupo Subjetividad y adicciones. Correo: freudavid@gmail.com

## Introducción

---

El consumo de sustancias psicoactivas ha logrado tener un lugar en la agenda pública de las autoridades sanitarias, judiciales y legislativas. A lo largo de las décadas ha cobrado diversas formas de nombrarse en tanto problema, por ejemplo, se le ha llamado consumo de drogas aludiendo a un problema político-económico, farmacodependencia como problema de la salud, y finalmente como adicciones y drogadicción en un contexto transdisciplinar que busca solución a lo que se presume es una enfermedad de la conducta (Obando Solano y Sáenz Rojas, 2000; Villalbí y Gual, 2009). Atrás quedaron, al parecer, los preceptos que subyacen al fenómeno, aquellas referencias históricas que enuncian que no es una práctica nueva entre los seres humanos debido a que en civilizaciones antiguas el uso de sustancias psicoactivas ha tenido fines terapéuticos, sagrados y festivos (Escohotado, 1998).

Encontrar una definición precisa sobre lo que es el consumo de sustancias psicoactivas no es fácil, aunque la mayoría de las referencias bibliográficas remitan casi siempre a precisar este fenómeno como la ausencia en el control de la conducta del consumo de sustancias, produciendo consecuencias no solo al individuo sino también a familias y comunidades enteras. Distintas disciplinas han identificado a lo largo de la investigación que las sustancias psicoactivas poseen elementos en su naturaleza que les posibilitan actuar sobre procesos cerebrales, influyendo en la motivación, el pensamiento, el estado de ánimo y la experimentación del placer. Seguramente este ha sido uno de los argumentos para definir y constituir en las adicciones el aforismo de que son enfermedades crónicas que afectan principalmente estructuras y funciones del sistema nervioso (National Institute on Drug Abuse, 2008; Babor et al., 2010; Secretaría de Salud de Juárez, 2012; López, 2006).

Partiendo desde una mirada de la salud, específicamente desde la salud pública, la dependencia a las sustancias psicoactivas es entendida como enfermedad (Medina-Mora et al., 2001; Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera, 2013), la cual posee diferencias entre los tipos de sustancias, los riesgos y los determinantes sociales en salud. En la actualidad, el uso y abuso de sustancias psicoactivas se ha convertido en un foco de atención para las autoridades sanitarias, en cuyo escenario se concibe al consumo abusivo de sustancias psicoactivas como un problema de salud pública (Ley ordinaria 1566 de 2012). Los principales efectos sociales en salud que trae este fenómeno se han relacionado con la mortalidad, asociadas al narcotráfico y a la sobredosis, enfermedades transmisibles (VIH), afectación de la salud mental, altos costos económicos para la atención, difícil acceso a los tratamientos en Colombia y la afectación principalmente a grupos poblacionales vulnerables (OPS, 2009).

Pese a las dificultades en el establecimiento y consolidación de fuentes y sistemas de información confiables para la medición de la prevalencia e incidencia del evento en el país, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia de 2013 muestra que los indicadores sobre el consumo de sustancias psicoactivas continúan en un frenético ascenso. El informe mostró un aumento significativo en el uso de las sustancias ilícitas, pasando de 8,8% en 2008 a 12,2% en 2013. Lo interesante de la cifra es que a medida que pasan los años el consumo de sustancias psicoactivas sigue en aumento a pesar de que simultáneamente la percepción del riesgo también aumenta de forma considerable; según el informe para el año 2013 la percepción del riesgo se mantuvo en el intervalo del 80% al 95% (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2014).

Quizás por lo anterior, algunos expertos, autoridades y representantes del Estado colombiano se preguntan: ¿qué ha pasado con la prevención? Años atrás se conocieron estrategias y proyectos dirigidos a la prevención del fenómeno, de hecho con metas específicas, como aumentar la edad en que el sujeto inicie el consumo. Desde el año 2006 y reafirmado en el 2012 se promueve la prevención como el lineamiento estratégico para la reducción de la demanda de drogas, empero, se insiste, los indicadores continúan en aumento (Ley Ordinaria 1566 de 2012; Ministerio de la Protección Social, 2007).

El presente artículo pretende inducir a una discusión crítica acerca de las nociones conceptuales de la prevención aplicados al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, atravesando por un recorrido teórico sobre la historia natural de la enfermedad, aproximaciones al término de prevención y algunos de los modelos existentes, los cuales han sido bandera de las ciencias de la salud y finalmente estableciendo puntos de encuentro y desencuentro a lo que se presume puede ser un error de perspectiva epistemológica.

### **A propósito de teorías sobre la enfermedad**

A lo largo del siglo XIX coexistieron diversas teorías que intentaban explicar el origen de las enfermedades, sin duda una de ellas, reconocida por su renombre fue la teoría miasmática, la cual formuló que las principales y únicas causas de la enfermedad eran resultado de un conjunto de emisiones fétidas y aguas impuras (miasmas) provenientes del suelo, esta fue una apuesta científica que logró instalarse entre destacados científicos y autoridades sanitarias (Latham, 1850). Sin embargo, esta teoría fue perdiendo vigencia y crédulos a raíz de los hallazgos provenientes de los estudios de Profesor John Snow y su trabajo sobre el cólera, levantando a través del mapa geográfico las bases teóricas, metodológicas de la epidemiología (Snow, 1855).

Posteriormente fue introducido en las ciencias de la salud el concepto historia natural de la enfermedad (Burnet & White, 1972) que define el curso que tiene una enfermedad a lo largo del tiempo, concepto de gran importancia para la medicina preventiva. A la historia natural de la enfermedad se le lograron distinguir las etapas pre patogénicas y patogénica (Villar Aguirre, 2011); en la primera etapa del proceso se le reconoce por la ausencia de síntomas y en la segunda etapa por la aparición de los mismos. De esta forma se logró identificar un proceso que se inicia en un individuo al exponerse a una serie de factores de riesgo (período pre-patogénico), que puede desencadenar la aparición de la enfermedad subclínica y clínica (Salleras, 1994). Con este nuevo modelo introducen nuevas perspectivas sobre las nociones de la enfermedad y las maneras de prevenirlas, de hecho hubo un predominio del concepto ecológico de la causalidad de las enfermedades relacionadas a un agente, un huésped y medio ambiente. La relación de estos tres elementos se denominó como la tríada ecológica o epidemiológica (Leavell & Clark, 1953; 1958).

La tríada ecológica pone en relación a un agente, un huésped y un ambiente, y su desequilibrio causa enfermedades. De este modo, el ambiente es todo aquello que existe fuera del organismo vivo; es el medio biológico y social en el cual el organismo vive y todos los factores con que se reacciona; aquí se incluye una serie multi-factores: desde los físicos hasta los psicosociales. El huésped es definido como el ser vivo que permite el alojamiento, subsistencia y desarrollo de un agente causal de enfermedad. Finalmente al agente se le denomina a todo poder, principio o sustancia capaz de actuar en el organismo y ser nocivo (Leavell & Clark, 1965). Este modelo fue importante porque permitió formular una propuesta de prevención (esta se desarrollará más adelante) de la enfermedad basada en la intervención de los factores de riesgo que se encuentran en cada elemento de la tríada ecológica y los cuales probablemente desencadenan el supuesto desequilibrio.

Ahora bien, al aproximarse a un concepto general de la prevención es inevitable toparse con los conocimientos y nociones relacionados con las ciencias de la salud, específicamente en el más alto nivel de intervención que es la salud pública, lo que implica pensar intervenciones para garantizar la salud de toda población (Villar Aguirre, 2011). De este modo, se entiende que los orígenes de la concepción de la prevención están íntimamente relacionados con los modelos anteriormente descritos. La prevención ha sido considerada entonces una de las funciones básicas de la salud pública y esta a su vez es transversal dentro de las funciones esenciales de la salud pública (Ruiz, 1999).

A la hora de formular un constructo teórico sobre la prevención es preciso partir de este paradigma de las ciencias de la salud y la concepción de la enfermedad. Una definición considerada de las más amplias es la desarrollada por la Canadian Medical Association: “The periodic health examination. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination” (1979, citado en Salleras, 1994), al proponer entender por prevención “Cualquier medida que permita reducir la probabilidad de apari-

ción de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión” (Salleras, 1994, p. 8). En este sentido, no se trataba únicamente de evitar la ocurrencia de la afección sino también, una vez aparecida la enfermedad, detener su avance.

Sin embargo, la mayoría de modelos y concepciones sobre la prevención convergen en algo: conocer la historia de la enfermedad permite identificar los factores de riesgo asociados a la misma, lo cual invita de manera directa a la modificación de los mismos como estrategia principal para evitar que emerja la afección. Es decir, al final de cuentas la prevención, sin importar su modelo, implica aislar los factores de riesgo que se ponen en juego en la tríada ecológica. Al mismo tiempo se debe contar con que los factores de riesgo no son variables que causen el daño en sí, más bien son “Ciertas variables asociadas con la probabilidad del desarrollo de una enfermedad, pero que no son suficientes para provocarlas” (Villar Aguirre, 2011, p. 240). De ahí la importancia de la comprensión de la incertidumbre con la que se debe contar a la hora de considerar los factores de riesgo y/o variables que influyen en una afección y al mismo tiempo establecer estrategias e intervenciones preventivas para la misma, así como también entender que algunos factores de riesgo pueden ser inmutables y otros susceptibles de cambio (Carrada-Bravo, 2000).

En este orden de ideas, al considerar el trayecto que tienen las ciencias de la salud en relación a la noción de enfermedad, pasando de una teoría miasmática hasta pasar a lo concebido por la historia natural de la enfermedad, la causalidad, la multicausalidad y la identificación de una tríada ecológica, es como Leavell & Clark (1958) identificaron algunas nociones sobre la prevención de la enfermedad. Pero fue que Gerald Caplan en su *Principles of Preventive Psychiatry* de 1964 quien planteó el modelo de la prevención por niveles. Este es altamente reconocido en el campo de la salud y las ciencias sociales; ha sido utilizado indiscriminadamente en la formulación de diversas estrategias de prevención de asuntos de salud y de tipo social. Este modelo es aquel que define unos niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria (Caplan, 1964; Leavell & Clark, 1953; 1958; 1965).

El anterior modelo sobre prevención ha permitido la aplicación del concepto de niveles debido a que está estrechamente relacionado y parte de que todas las enfermedades tienen su historia natural (Salleras, 1994). Esto indica la existencia de periodos a los cuales es posible aplicarles formas o medidas de tipo preventivas (Leavell & Clark, 1958). Sin embargo, cabe resaltar que los expertos en epidemiología, salud pública y medicina preventiva no tienen acuerdos claros frente a los límites precisos y definidos entre cada nivel.

De esta forma, la *prevención primaria* tiene como objetivo reducir la probabilidad de aparición de sus enfermedades; en términos epidemiológicos se trata de reducir la incidencia ejecutando acciones en el período pre-patogénico de la historia natural de la enfermedad. Bajo esta lógica, la

*prevención secundaria* entra en acción solo cuando la primaria ha fracasado o simplemente no se ha realizado; en este caso, las acciones preventivas se realizan cuando está presente la enfermedad y la única posibilidad preventiva es la interrupción de su progresión mediante el tratamiento precoz y oportuno en la etapa pre-sintomática. Ahora bien, cuando las lesiones patológicas son irreversibles, la enfermedad está establecida y hay estado crónico, interviene la *prevención terciaria*, cuyo objetivo es retrasar el curso de la enfermedad y atenuar las incapacidades cuando existan (Carrada-Bravo, 2000; Caplan, 1964; Hogarth, 1975; Leavell & Clark, 1958; Porta, 2014; Salleras, 1994; Stokes III, Noren, & Shindell, 1982; Villar Aguirre, 2011).

A pesar de los aparentes adelantos en la concepción de un modelo de prevención a través de niveles, un nuevo modelo y terminología se viene imponiendo en la medicina preventiva, sobre todo por los nuevos conocimientos sobre las enfermedades, como las crónicas e infecciosas, reconociendo el origen multifactorial y los largos períodos de latencia, lo que conllevó al reconocimiento de otras formas de aplicación de la prevención (Carrada-Bravo, 2000). De esta manera, Gordon Jr. (1983) propone que las medidas de tipo preventivas adoptadas a sujetos asintomáticos no sean clasificadas con niveles primarios ni secundarios, más bien, considerar los grupos poblacionales a los que se les deba aplicar de forma efectiva. En esta lógica, se propone agrupar las estrategias de prevención en tres tipos: universales, selectivas e indicadas (Gordon Jr., 1983).

En términos concretos se puede entender que la prevención de tipo universal es aquella aplicada a toda la población. Se ha reconocido que los beneficios sobrepasan tanto los riesgos y los costes en todas las personas. Por lo general estas medidas pueden adoptarse en su mayor parte sin asistencia profesional. Por otro lado, la prevención de tipo selectiva es aplicable en personas pertenecientes a grupos de población distinguibles por su edad, sexo, ocupación u otras características; aquí se presupone que el riesgo de padecer la enfermedad en cuestión es superior al de la población general, por lo tanto son considerados como grupos de riesgo (Becoña Iglesias, s.f.). Finalmente, la prevención indicada está dirigida a grupos específicos en los que se ha demostrado el alto riesgo o la presencia del evento o enfermedad, es decir, estos grupos poblacionales presentan un riesgo lo suficientemente alto como para requerir la intervención (Gordon Jr, 1983; Jané-Llopis, 2004; Mrazek & Haggerty, 1994).

### **Limitaciones**

De esta manera, hasta el momento se han descrito aspectos claves a nivel conceptual acerca de la prevención y sus orígenes epistemológicos en las ciencias de la salud a partir del concepto de historia natural de la enfermedad (Leavell & Clark, 1958). Sin embargo, este modelo resulta insuficiente para abordar la prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas e incluso de la enfermedad en general.

El primer argumento a plantear aquí es la necesidad actual de la reformulación de la naturaleza de la enfermedad en sí misma, en donde se ha demostrado, en primera medida, las carencias empíricas explicativas del modelo monocausal, que en el algún momento fue dominante y que en la actualidad resulta insostenible (Laurell, 1982). En segunda medida, el modelo multicausal, del cual se presume como el enfoque hegemónico en la actualidad, también presenta insuficiencias, la más importante quizás es su conceptualización agnóstica (Cassel, 1974; MacMahon y Pugh, 1975), al intentar explicar la enfermedad partiendo de la suposición de que es imposible conocer la esencia de las cosas (Breilh, 2008). Si se considera que la enfermedad es un proceso de orden social, partir de la imposibilidad de la esencia de las cosas implica centrar cualquier factor como un agente potencial para producir la enfermedad. De esta manera, la tendencia se orientará a la identificación, clasificación de factores de riesgo y no en la naturaleza de la misma. Otra limitación es su visión determinista y reduccionista de la realidad compleja, a la que reduce a una serie de factores, los cuales son difusos en calidad y su peso en la causalidad en ocasiones no es significativo. En la causalidad, lo social y lo biológico no se definen y se abordan como instancias aisladas, entendidos como los factores de riesgo (Laurell, 1982). De esta forma, al investigar fenómenos con elementos sociales en su naturaleza, como el consumo de sustancias psicoactivas, el modelo no permitirá revelar con profundidad aquello que no es tangible, aspectos sociales y subjetivos para los cuales no existen pruebas paramétricas y no paramétricas; así, es necesario ampliar el objeto de la medicina preventiva y de la epidemiología, reconstruyendo el mismo, introduciendo nuevas posibilidades teóricas, metodológicas y prácticas para generar mayor evidencia empírica en un tema tan sensible como el consumo de sustancias (Laurell, 1982).

Otro elemento central que permite discutir este modelo de la historia natural de la enfermedad es precisamente la lógica propuesta con la tríada ecológica: agente, huésped y ambiente. Es muy difícil explicar el origen del consumo de sustancias psicoactivas únicamente a partir del efecto de la actuación de un agente, que en este caso son las sustancias psicoactivas y como se pretendió a lo largo de la historia de la prevención, mitigación y superación del problema. Este fenómeno es complejo y con seguridad su dinámica no se puede explicitar de tal manera y no actúa únicamente como producto de un agente biofísico químico en la generación de la adicción. Por tal razón, se debe aceptar que bajo este contexto no existe o no se tiene especificidad etiológica y tampoco su recuperación obedece a la mecánica de dosis-respuesta (Cassel, 1974; Laurell, 1982). De manera que de investigar un fenómeno como el consumo de sustancias psicoactivas a partir de la causalidad en relación a ser un conjunto de patologías, se retornaría nuevamente a un periodo de la cavernas, explicando e interviniendo partiendo de los miasmas, biologizando por completo a la sociedad (Cassel, 1974).

Intentando profundizar, se plantea aquí que los problemas conceptuales del término prevención son más complejos de lo que se cree, por ejemplo, prevenir es un verbo polisémico, es decir, puede encerrar distintos matices en sí mismo: por una parte implica conocer con anticipación lo que puede enfermar, por otra parte, implica alertar a tiempo y desde luego su significado se relaciona con evitar algo. Posiblemente, esta ambigüedad en el concepto es la que ha determinado la vigencia actual del mismo, siendo desgastado, sobre-dimensionado o incluso en desuso (Vega Fuente, 2006). El asunto de la prevención en el consumo de sustancias psicoactivas no se puede reducir a una tarea informativa, así esté bien diseñada, menos estableciendo medidas represivas y restrictivas.

Un buen ejemplo de lo anterior se puede observar en las estrategias de tipo educativas en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la cual además de estar en la cúspide de la pirámide de impacto de intervenciones en salud pública, es decir, su impacto es mínimo, basa sus técnicas en difusas nociones de la educación (Frieden, 2010). A partir de estrategias educativas se ha intentado sensibilizar, atemorizar y advertir al sujeto sobre la peligrosidad de las sustancias, como si estas fueran un agente etiológico de la adicción pero además una sustancia terrorífica capaz de hacer sucumbir al sujeto de forma mágica. Sin embargo, la labor educativa se ve en contradicción al observar la prohibición como elemento central de un programa preventivo (Vega Fuente, 2005), cuando es evidente que la educación pretende otras cosas: formar en el sujeto una postura crítica frente a las elecciones o caminos a tomar (Vega Fuente, 2006).

Replantear la prevención en el tema implica por lo menos tres cosas: la primera analizar y evaluar prácticas preventivas hoy en marcha; segundo, estudiar los aportes desde distintas disciplinas y ciencias, las cuales pueden abrir nuevas bifurcaciones en el fenómeno, no para complicarlo sino para ampliarlo; tercero y más importante, definir cuál es el problema, lo que se quiere prevenir; los asuntos preventivos también dependen del contexto social. En Colombia ¿qué se quiere prevenir?, ¿las políticas actuales a qué problemas le apuntan? Estos cuestionamientos deben resolverse debido a que el denominado problema de las drogas está cargado no sólo de contradicciones, sino también de intereses de orden político, de hecho, ya casi se cumplen 10 años desde la formulación e implementación de la Política Nacional de Reducción del consumo de sustancias psicoactivas, entonces, es fundamental evaluar la política y reformularla a partir de las nuevas condiciones socio-culturales. De esta manera, bajo el modelo de las ciencias de la salud, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas sólo tendrá sentido en un marco de promoción de la salud y desde esta concepción, no puede hablarse de salud sin garantizar determinantes sociales como educación, paz, vivienda, justicia social, etc. (WHO, 1978; WHO, 1986; Wilkinson & Marmot, 2003; Vega Fuente, 2006).

Otro elemento a discutirle a estos modelos donde yacen los conceptos actuales sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas es su visión de sujeto. A primera vista pareciese no existir una noción sobre el individuo en tanto su subjetividad, sin embargo, siempre ha estado ahí, la de ser un simple *huésped*, un ente que aloja y multiplica patologías; el individuo ha sido considerado incluso como “ser pasivo e indefenso ante la perniciosa sustancia” (Vega Fuente, 2006, p. 350). Su visión de sujeto es tan pasivo que se cree en la actualidad que sólo hay dos maneras de relacionarse con este tipo de sustancias: su abstinencia o consumo, como si estas tuvieran personalidad. Hay estudios provenientes de la psicología, el psicoanálisis y otras disciplinas (Agudelo, Álvarez, Castañeda, Osorio y Salazar, 2013) que han logrado profundizar en la dinámica subjetiva del consumidor de sustancias, tal vez no como una respuesta etiológica, pero sí dándole un lugar al sujeto ante el fenómeno social, económico, legal, cultural, etc. De esta manera, se han identificado otros avances que pueden ser tenidos en cuenta, como esa vivencia de satisfacción del adicto, las características en la constitución de relaciones objetales y también el trayecto de la vivencia del sujeto en ese universo de goce frenético.

Por otro lado, el intentar una aproximación a la idea de imposibilidad de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas implica parafrasear algunas posibles razones por las cuales la prevención ha fracasado. Un primer punto es que este fracaso tiene raíces profundas, más allá de los programas y técnicas utilizadas, el problema principal puede estar en lo que se ha comprendido sobre el mal llamado problemas de las drogas, su comprensión en el país es limitada, no es guiada por las evidencias científicas, mas sí por intereses de tipo económico y político, por tal razón apoyarse en un falso planteamiento de la acción preventiva lleva sin duda a un fracaso (Vega Fuente, 2006).

Vega Fuente (2006) enuncia otras razones del fracaso de la prevención, entre ellas, es que el Estado, como Institución garante de la salud de su población, ha fracasado en la mejora del nivel de calidad de vida de los ciudadanos, lo cual está relacionado con el coste económico que esto implica. Otra razón es teórica, el autor plantea que los modelos teóricos explicativos son limitados a la hora de pretender generar una línea predictiva y manipulativa de la realidad social, lo cual es, a lo sumo, complejo (Martínez Fernández, 2007). Esta limitación teórica se debe a no considerar que las teorías cambian y emergen otras cuando surgen nuevas prioridades o problemas, las bases culturales se transforman y, sobre todo, porque siempre habrán excepciones que quedan por fuera de toda explicación de anteriores teorías (Kuhn, 1975). Otros elementos asociados al fracaso son, obviamente, las carencias existentes en los programas actuales, los cuales no son evaluados (Sanabria Ramos, 2001), no hay un lineamiento estratégico de coordinación entre la red pública asistencial y sobre todo la insuficiente integración social y laboral que tienen estos programas, tanto de prevención como de tratamiento (Vega Fuente, 2006).

## A manera de conclusión

De esta forma se llega a un punto importante: ¿cuál puede ser el lugar de las ciencias sociales en las consideraciones para el abordaje de la prevención del consumo de drogas? Pues bueno, ha de entenderse que la prevención y, sobre todo, la salud no obedece a un asunto meramente individual; esto debe situarse en el plano poblacional. De esta forma, el abordaje de un fenómeno como estos, deja de ser objeto exclusivo del profesional médico-científico y deberá darle paso a aquellas posturas, teóricas y métodos que permitirían situar al individuo y sus relaciones (Martínez Fernández, 2007; Romeo Cepero, 2007).

La posibilidad de un lugar para las ciencias sociales la justifica la opción de *desdramatizar* el fenómeno, haciendo un análisis más tranquilo, pero con la profundidad requerida, esto sólo lo permite una perspectiva social y así lograr una aproximación global de su complejidad. Vega Fuente (2006) sugiere que la sociedad no se enfrenta a un problema de salud en sí mismo, sino a un fenómeno social, que reside en muchos de sus componentes e interacción en la cultura, lo que también dificulta su comprensión, dado que será un fenómeno cambiante y los modelos teóricos serán aproximaciones temporales con un nivel de incertidumbre inherente.

Otras autoras (Rodríguez Méndez y Echemendía Tocabens, 2011) plantean de forma directa que es estrictamente necesaria la participación de las ciencias sociales en la construcción epistemológica, ontológica y metodológica de la comprensión, así como en la definición de la prevención de la enfermedad. Este requerimiento se hace necesario para incorporar conocimiento sobre la subjetividad de disciplinas como la psicología, la sociología y la pedagogía. De no incorporar al sujeto a los diferentes grupos humanos y comunidad en el cuidado de su propia salud, el fracaso de la medicina preventiva es inminente (Rodríguez Méndez y Echemendía Tocabens, 2011).

A las ciencias bio-médicas habrá entonces que recordarles sus orígenes, cuando Neumann (1847, citado por Rosen, 1984) planteaba que “la ciencia médica, en su núcleo más interno y esencial, es una ciencia social” (Rosen, 1984, p. 214). O cuando Virchow (1862, citado por Rosen, 1984) planteó que “La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en grande” (Rosen, 1984, p. 213). Lo que hoy se conoce como el sector salud no puede actuar solo, en especial porque la gran parte de los determinantes de la salud están fuera del objeto de conocimiento, por tal razón desde hace varias décadas se insiste en implementar un enfoque intersectorial (Rojas Ochoa, 2004; Rosen, 1984). Lo mencionado anteriormente, revela nuevamente la necesidad de las contribuciones de las ciencias sociales en el campo, aportando nuevas formas de entendimiento a partir del diseño de

estudios e intervenciones que posibiliten la construcción de una política pública más elaborada sobre el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, que sea definida como una política de Estado, diseñada a través del consenso de todos (Rojas Ochoa, 2004).

En términos generales, las ciencias sociales han realizado contribuciones interesantes al campo de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y otros fenómenos del sector salud. Desde la *Declaración de Alma-ata* en 1978 ya se exigía la intervención de las ciencias sociales en la investigación, en la construcción de políticas públicas y en la toma de decisiones. Las principales contribuciones, no solo de la Psicología sino también de las ciencias sociales, han tenido lugar en la concepción de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Bunton & Macdonald, 2002), profundizando en elementos importantes de enlace entre la cognición, el afecto, la conducta y la enfermedad, mediante los cuales se han explorado varios problemas de salud, de carácter individual, así como fenómenos del orden de la Salud Pública, planteando aplicaciones para la modificación de hábitos, estilos de vida, la prevención de enfermedades crónicas y el control de adicciones (Arrivillaga-Quintero, 2009). Sin embargo, la gran mayoría de aportes de las ciencias sociales han sido impulsados mediante la educación para la salud.

Específicamente en el campo de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, las contribuciones han estado orientadas a la percepción del riesgo y lograr el control del comportamiento, en donde la primera ha sido considerada como una variable importante para iniciar y mantener el consumo (García del Castillo, 2012). Aunque se debe considerar lo planteado con anterioridad en este artículo donde se abordó el asunto de las cifras del evento en Colombia, evidenciando que en el 2013 el consumo de drogas aumentó pese a que la percepción del riesgo tuvo porcentajes sumamente altos, lo cual permite, por lo menos, dudar en que todos los esfuerzos deben concentrarse sobre esta variable en el campo de la prevención. Pese a todas estas contribuciones, es necesario mencionar que el consumo de sustancias psicoactivas ha dejado de ser un problema individual y de la familia; en la actualidad es considerado un problema emergente de la salud pública y por lo tanto, exige intervenciones de alto nivel. Frieden (2010) afirma que las intervenciones basadas en educación en salud son de mínimo impacto; deben considerarse más bien acciones que busquen la equidad en salud, la reducción de brechas de desigualdades injustas, innecesarias y evitables (Saforcada, de Lellis y Mozobancyk, 2010). De esta forma, las ciencias sociales, bajo el marco de la salud pública, tendrán no menos de tres retos: el primero, ubicar a la Medicina en la estructura social; segundo, analizar el lugar de la estructura social en la producción de la enfermedad (aspecto que es tratado de forma mecánica por la epidemiología) y, tercero, aportar elementos para la formación de los profesionales de la salud, especialmente el médico (García, 2008).

Finalmente, hablar acerca de la imposibilidad de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas supone pensar cinco aspectos abordados a lo largo del artículo. El primero tiene que ver con la ausencia de cuerpo teórico propio, lo cual ha generado ambigüedades en el concepto mismo de la prevención entre diversas disciplinas y ciencias. El segundo tiene relación con el primero y es que, al no tener claridades conceptuales, emergen las nociones hegemónicas de las ciencias de la salud, suscribiendo las acciones bajo los parámetros de la enfermedad y determinación de la realidad. Un tercer elemento es, indudablemente, las cifras; en Colombia desde el 2008 vienen aumentando la prevalencia e incidencia, es decir, se está lejos del control. Cuarto, la visión del sujeto que se ha construido; ahí también hay ambigüedades al considerarlo un enfermo, un delincuente e incluso una víctima del sistema capitalista que fomenta el consumismo. El quinto elemento refiere a la discusión de las contribuciones de las ciencias sociales a la prevención, la mayoría de estas están orientadas en acciones de educación para la salud, las cuales son consideradas de bajo impacto debido a que es un fenómeno tan complejo, que debe ser considerado de carácter poblacional.

## Referencias

- Agudelo, J. N., Álvarez, A., Castañeda, D., Osorio, J. y Salazar, Y. (2013). Algunas consideraciones en el abordaje de las toxicomanías. En M. E. Díaz Rico, C. Galeano Bautista, C. A. Mejía Zuluaga y W. A. Riascos Sánchez, (comps.), *Psicología en contexto. Retos y desafíos para los investigadores* (pp. 137-142). Cali: Bonaventuriana. Recuperado de <http://www.editorialbonaventuriana.edu.co/libros/lvirtuales/psicologia-contexto/index.html>
- Arrivillaga-Quintero, M. (enero-abril, 2009). Psicología y salud pública: tensiones, encuentros y desafíos. *Universitas Psychologica*, 8(1), 137-148. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/407>
- Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., ... Strang, J. (2010). *La política de drogas y el bien público*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de [http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/planesnacionales/docs/La%20politica%20de%20drogas%20y%20el%20bien%20publico.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/docs/La%20politica%20de%20drogas%20y%20el%20bien%20publico.pdf)
- Becoña Iglesias, E. (s.f.). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf>
- Breilh, J. (1981). *Epidemiología: economía, medicina y política*. Quito: Sespas.

- Bunton R. & Macdonald, G. (2002). *Health Promotion: Disciplines, Diversity, and Developments*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Routledge.
- Burnet, MF, & White, D. O. (1972). *Natural History of Infectious Disease*. 4<sup>th</sup> ed. New York: Cambridge University Press. Recuperado de <http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=ifQ3AAAAIAAJ&oi=fnd&pg=PR9&dq=natural+history+of+infectious+disease&ots=Fi-NCZIH64&sig=CmpLV3VHhV9eiL5ezbHcQOSXCuk#v=onepage&q=natural%20history%20of%20infectious%20disease&f=false>
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. Oxford: Basic Books.
- Carrada-Bravo, T. (enero-marzo, 2000). Prevención de las enfermedades en la práctica clínica. Avances recientes y perspectivas. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 13(1), 51-62. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2000/in001i.pdf>
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and “stress”: Theoretical formulation. *International Journal of Health Services*, 4(3), 471-482. doi: 10.2190/WF7X-Y1L0-BFKH-9QU2
- Escohotado, A. E. (1998). *Historia de las drogas 2*. Madrid: Alianza.
- Frieden, T. R. (April, 2010). A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *American Journal of Public Health*, 100(4), 590-595. doi: 10.2105/AJPH.2009.185652
- García del Castillo, J. A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. [Editorial]. *Salud y drogas*, 12(2), 133-151. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/839/83924965001.pdf>
- García, J. C. (octubre-diciembre, 2008). Las ciencias sociales en medicina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000400018&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000400018&script=sci_arttext)
- Gordon Jr, R. S. (March-April, 1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107-109. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/pdf/pubhealthrep00112-0005.pdf>
- Hogarth, J. (1975). *Glossary of Health Care Terminology*. Copenhagen: World Health Organization. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9290201231.pdf>

- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(89), 67-77. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n89/v24n1a05.pdf>
- Kuhn, T. (1975). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Latham, R. G. (1850). *The Works of Thomas Sydenham, MD. Vol. 2*. London: The Sydenham Society. Recuperado de <https://archive.org/details/worksofthomassyd02sydeiala>
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, (19) 1-11. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1953). *Textbook of Preventive Medicine*. New York: McGraw-Hill.
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1958). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach*. New York: McGraw-Hill.
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Blakiston, McGraw-Hill.
- Ley Ordinaria 1566 de 2012. § El Congreso de Colombia (2012). Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley156631072012.pdf>
- López, C. (mayo, 2006). La adicción a sustancias químicas: ¿puede ser efectivo un abordaje psicoanalítico? *Psykhé*, 15(1), 67-77. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000100006>
- MacMahon, B. y Pugh, T. F. (1975). *Principios y métodos de epidemiología*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Martínez Fernández, V. A. (2007). Hacia un nuevo marco estratégico de comunicación para la salud: el fracaso de los programas de prevención. *FISEC-Estrategias*, 3(6), 3-17. Recuperado de [http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/9/313/fisec06\\_m3pp3\\_17.pdf](http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/9/313/fisec06_m3pp3_17.pdf)
- Medina-Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. y Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24(4), 3-19. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam014b.pdf>

- Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J. y Natera, G. (enero-febrero, 2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública de México*, 55(1), 67-73. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a10.pdf>
- Ministerio de Justicia y del Derecho y Observatorio de Drogas de Colombia. (2014). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013. Informe Final*. Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio de Drogas de Colombia. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf)
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Resumen ejecutivo*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de [http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica\\_nacional\\_consumo.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf)
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington: National Academy of Sciences.
- National Institute on Drug Abuse. (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción*. Recuperado de [http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa\\_spanish.pdf](http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf)
- Obando Solano, P. y Sáenz Rojas, M. A. (2000). Percepción, consumo y factores asociados con el fenómeno droga en población escolar de Heredia, Costa Rica. *Adicciones*, 12(1), 127-135. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/obando.pdf>
- OPS. (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe. Un enfoque de salud pública*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia\\_drogas\\_web.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf)
- Porta, M. (Ed.). (2014). *A Dictionary of Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Rodríguez Méndez, M. y Echemendía Tocabens, B. (enero-abril, 2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(1), 135-150. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032011000100015&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032011000100015&script=sci_arttext)
- Rojas Ochoa, F. (julio-septiembre, 2004). El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(3). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000300008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000300008&script=sci_arttext)

- Romeo Cepero, D. V. (julio-septiembre, 2007). Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(3). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252007000300013&script=sci\\_arttext#autor](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252007000300013&script=sci_arttext#autor)
- Rosen, G. (1984). Análisis histórico del concepto medicina social. En E. Lesky, *Medicina social. Estudios y testimonios históricos* (pp. 211-271). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ruiz, L. (1999). Funciones esenciales de la salud pública. En Ministerio de Salud Pública. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Dirección Médica. Universidad Central del Ecuador. Escuela de Salud Pública. Red de Formación de Recursos Humanos de Postgrado en Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud (Eds.), *Salud Pública, Educación y Reforma: memorias del Seminario Taller Funciones Esenciales de la Salud Pública: Retos para el Desarrollo de los Recursos Humanos frente a la Reforma Sectorial* (pp. 9-42). Quito: CEPAR, Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud.
- Saforcada, E., de Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Salleras, L. (1994). La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Medicina Clínica*, 102(1), 5-12. Recuperado de <http://lbe.uab.es/vm/sp/old/docs/salud-publica/medicina-preventiva.pdf>
- Sanabria Ramos, G. (enero-junio, 2001). ¿Hemos avanzado en la evaluación de la comunicación en salud? *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(1), 5-10. Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27\\_1\\_01/spu01101.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_1_01/spu01101.htm)
- Secretaría de Salud de Juárez. (2012). *Actualidades en adicciones. Vol. 3: Avances en los métodos diagnósticos y terapéuticos de las adicciones*. México: Secretaría de Salud de Juárez. Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/libro3.pdf>
- Snow, J. (1855). *On the Mode of Communication of Cholera*. 2<sup>nd</sup> ed. London: John Churchill. Recuperado de <http://www.ph.ucla.edu/epi/snow/snowbook.html>
- Stokes III, J., Noren, J., & Shindell, S. (1982). Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine. *Journal of Community Health*, 8(1), 33-41. doi: 10.1007/BF01324395
- The periodic health examination. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. (1979). *Canadian Medical Association Journal*, 121(9), 1193–1254. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1704686/>

- Vega Fuente, A. (2005). La tutoría ante el consumo problemático de drogas: apuntes para educar en la adolescencia. En A. Rivera Otero y M. Pérez Solís, (Coords.), *La orientación escolar en centros educativos* (pp. 139-180). Madrid: Min. Educación y Ciencia. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1420395>
- Vega Fuente, A. (2006). El fracaso de la prevención: entre el presente y el futuro. *Revista española de drogodependencias*, 31(3-4), 345-370. Recuperado de: [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v31n3-4\\_8.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v31n3-4_8.pdf)
- Villalbí, J. R. y Gual, A. (2009). Las políticas preventivas del consumo de sustancias adictivas y la responsabilidad de los profesionales. *Adicciones*, 21(1), 5-8. Recuperado de <http://www.re-dalyc.org/pdf/2891/289122882001.pdf>
- Villar Aguirre, M. (octubre-diciembre, 2011). Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&nrm=iso)
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978*. Recuperado de: [http://www.who.int/publications/alma-ata\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/publications/alma-ata_declaration_en.pdf?ua=1)
- WHO. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Recuperado de [http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=12&lang=es](http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_content&view=article&id=5:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=12&lang=es)
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. 2<sup>nd</sup> ed. Copenhagen: World Health Organization. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)