Globethics Repository



Individuos, sustancias e intervenciones en las campañas públicas de la SEDRONAR [Individuals, substances and interventions in public campaigns of SEDRONAR]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Levin, Luciano
Publisher	ISO-CYTE
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-01 17:19:07
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215917

Individuos, sustancias e intervenciones en las campañas públicas de la SEDRONAR

Luciano Levin
Instituto de Estudios Sociales sobre la Ciencia y la Tecnología (IEC) –
Universidad Nacional de Quilmes (UNQ)
lulevin@fibertel.com.ar

Resumen:

En este trabajo nos proponemos analizar los folletos emitidos por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, SEDRONAR desde 1989, año de su creación hasta el año 2005. El análisis de estos folletos conlleva la inspección analítica de discursos, imágenes y otros elementos del diseño que requieren un marco conceptual amplio. Para ello utilizamos el aparato conceptual de la Teoría Crítica del Discurso, la teoría de las representaciones sociales y los modelos de entender la problemática de las drogas desarrollados por Helen Nowlis. Se analizan las concepciones volcadas en estos folletos en base a tres dimensiones: cómo son concebidas las sustancias, cómo son concebidos los usuarios y cómo son concebidos los modos de intervención.

Palabras claves: Adicción, SEDRONAR, drogas, representaciones sociales

Abstract:

Individuals, substances and interventions in public campaigns of SEDRONAR

In this work we analyse the brochures emitted by SEDRONAR between 1989, year of his creation, and 2005. The analysis of these brochures implies the analytic inspection of the images, discourses and other elements of the design

which requires a wide analytical framework. We use the conceptual apparatus of the Critical Analysis of Discourses, the Theory of Social Representations and the models to understand the addictions problem builded by Helen Nowlis. We analyzed the conceptions in these brochures based on three dimensions: substances, users and interventions.

Keywords: Addiction, SEDRONAR, drugs, social Representations

Fecha de recepción: junio 2010
Versión final: noviembre 2010

Introducción

Adicción ha venido a definir tanto una enfermedad como un síntoma. Una conducta individual como un modo colectivo. Una rareza de ciertos grupos sociales como un flagelo ampliamente extendido. Una dependencia, una habituación, un síndrome (de abstinencia), una manía (toxicomanía), un ismo (alcoholismo), un "ansia", una necesidad de algo físico, químico, biológico o comportamental. Se habla de adicción a sustancias, al juego, al peligro, a la televisión, al poder, a cosas tan específicas como el timbre de una voz, o tan generales como la comida.

La conducta adictiva ha sido etiquetada de diferentes maneras que se reflejan de forma diversa tanto en los discursos públicos y en la comunicación pública de las políticas de drogas.
En este trabajo nos proponemos analizar los folletos emitidos por la Secretaría para la Programación de la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, SEDRONAR. El análisis de estos folletos conlleva la inspección analítica de discursos, imágenes y otros elementos del diseño gráfico que requieren un marco conceptual amplio. Para ello utilizamos el aparato conceptual de la Teoría Crítica del Discurso, la teoría de las representaciones sociales y los modelos de entender la problemática de las drogas desarrollados por Helen Nowlis.

Marco teórico

La conducta adictiva ha sido etiquetada de diferentes maneras que tienen, al menos desde el siglo XIX, algo en común: todas ellas consideran al consumo de drogas como una conducta desviada, es decir, una categoría de condenación y juicio negativo construida y aplicada con éxito a algunos miembros de la sociedad por parte de otros (Conrad & Schneider, 1980; Gusfield, 1975). Esta categoría de condenación no es más que un etiquetado. Dependiendo de quién o quienes sean los gestores de un etiquetado particular y de las connotaciones específicas de ese etiquetado (su significado en un tiempo y lugar concreto), las consecuencias políticas pueden ser totalmente diferentes. Las dos formas más importantes de conductas desviadas han sido definidas por Talcott Parsons. El crimen y la enfermedad. Esto se debe, según Parsons, a que estas categorías comprometen la estabilidad del sistema social del modo en que él lo concebía (Parsons, 1951). Desde el momento en que estas sustancias son prohibidas al mismo tiempo que la conducta adictiva es definida como una enfermedad, se convierte en el paradigma de la "conducta desviada", puesto que conlleva las dos características parsonianas centrales al mismo tiempo. Aunque las respuestas a uno y otro modo de desviación

son diferentes, en la problemática del adicto, las formas en que se intenta controlar socialmente este problema están indisolublemente mezcladas.

Para Parsons el "rol de enfermo" conlleva una serie de responsabilidades y derechos. Uno de estos derechos indica que un individuo no debe ser señalado como responsable de su estado enfermo. Sin embargo, cuando un adicto es conceptualizado como un delincuente (porque consume, vende, o comparte una sustancia ilegal), se lo considera directamente responsable de esta conducta.

Muchos autores han señalado las consecuencias políticas de distintas formas de llamar a un problema. Joseph Gusfield, por ejemplo, ha mostrado convincentemente cómo en los Estados Unidos, la Unión de Mujeres Cristianas contra el Alcoholismo etiquetó, hacia finales del siglo XIX, el consumo de alcohol como una conducta desviada, y cómo esto jugó un papel central en su prohibición posterior. Estas mujeres eran parte del protestantismo rural dominante que, por ese entonces, vio amenazada su forma de vida por la oleada inmigrantes católicos que venían a trabajar en las fábricas de las ciudades emergentes. El conflicto subyacente era entre dos modos de vida. La lucha a favor de la prohibición del alcohol fue, según Gusfield, un símbolo de este conflicto (Gusfield, 1975).

Conrad & Schneider han señalado que ha habido un desplazamiento histórico del significado de las conductas desviadas desde aquellos relacionados con los valores morales y políticos tales como "maldad" o "delincuencia" hacia otros cuyo contenido es médico o científico, como "enfermedad" (Conrad, 1992; Conrad & Schneider, 1980). En este sentido, podemos inscribir a la adicción a drogas en este tipo de conductas donde la versión moderna que descriminaliza al adicto y lo considera una víctima, ya sea de su enfermedad o del contexto social, y donde se ha reemplazado al castigo y al encierro por diferentes tipos de tratamientos no son más que nuevas formas de etiquetar conductas desviadas que implican nuevas formas de intervención y control. Sin embargo, la definición de la adicción como enfermedad no es unívoca.

La adicción es considerada actualmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre las enfermedades llamadas del "tercer estadio". Esto es, aquellas enfermedades que han alcanzado proporciones epidémicas como resultado de los cambios en las condiciones sociales de las familias y las comunidades, como el desempleo, las migraciones, etc. (OMS, 1980). Esto indica que actualmente se encuentra entre las preocupaciones de primer nivel a escala internacional en temas de salud, junto con el SIDA y los problemas más acuciantes asociados a la desnutrición y a la higiene. Y son estas preocupaciones las que requieren la intervención de los foros internacionales.

A lo largo de la mayor parte del siglo XX, las políticas nacionales en materias de drogas –y la Argentina en particular – tanto en los aspectos relacionados con la fiscalización como aquellos que regulan la prevención y los tratamientos, no pueden dejar de considerar el panorama internacional más amplio. La mayoría de los países han ido suscribiendo a diferentes convenciones que impusieron el cumplimiento de normas y la aceptación de sus definiciones. De este modo, muchas veces las conductas y las sustancias son conocidas mediante nombres que se definen en ámbitos internacionales con poca o ninguna intervención del ámbito local.

Es por eso, en parte, que tratar a una persona adicta ha sido, hasta épocas recientes, una preocupación secundaria, supeditada a las preocupaciones de control y castigo, pues eran éstos los modos de intervención que venían incorporados en las definiciones internacionales.

Esta multiplicidad de formas de entender la cuestión de las adicciones ha sido estudiada por Helen Nowlis en 1975 y muestran claramente cómo se ha ido redefiniendo la adicción a lo largo del tiempo. Nowlis ha identificados –al menos – 4 modelos o formas de pensar la cuestión de las adicciones (Nowlis, 1975). Estos modelos operan en varios niveles e intentan reunir las formas en que diferentes sociedades, en diferentes momentos históricos, han calificado el problema del uso de drogas. Las diferentes formas en que estas cuestiones son calificadas, sobredeterminan los modos en que se interviene en la realidad. Estas concepciones acerca del complejo fenómeno que constituyen las adicciones pueden ser rastreadas en una multiplicidad de formas. Aquí, presentamos un estudio que intenta observarlas desde la perspectiva de la actividad pública, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR, 2005) en sus funciones de prevención (Decretos 479/1990 y 649/1991), a través de las campañas públicas de información sobre las adicciones en sus formatos de folletos impresos.

La multiplicidad de formas de entender la cuestión de las adicciones ha sido estudiada por Helen Nowlis en 1975 y muestran claramente cómo se ha ido redefiniendo la adicción.

Nowlis señala cuatro modelos o formas de pensar esta cuestión que han sido utilizados a lo largo del siglo XX. El modelo Ético-Jurídico, el modelo Médico-Sanitario, el Psico-Social y finalmente el Socio-Cultural. Estos modelos fueron apareciendo en forma sucesiva aunque la aparición de un nuevo modelo, no implique la ruptura con el anterior.

Modelo Ético-Jurídico (1): Toma a las sustancias ilícitas como referente organizador enfatizando las medidas legales y penales. La legalidad de una sustancia sigue patrones políticos y no científicos. El consumidor de drogas es conceptualizado como un **delincuente** en una concepción de todo/nada. La prevención se centra en el ámbito educacional confiando en que la **información** despertará sentimientos negativos hacia las drogas. En cuanto al tratamiento es inexistente dentro de este marco puesto que los delincuentes (consumidores) no

son tratados, sino encarcelados. Este modelo opera a nivel estrictamente individual. El abstencionismo es un subproducto del aislamiento del criminal de la sociedad. La lógica es de sistema de dos partes droga-delincuente que se orienta a controlar ambas.

Modelo Médico-Sanitario (2): Para este modelo el problema sigue siendo la sustancia, pero no ya en un marco de legalidad, sino que es conceptualizada como un **"agente infeccioso"** y por lo tanto, los usuarios son **"enfermos"**. Ahora sí aparece la necesidad de un tratamiento y de una prevención puesto que hay que **curar y prevenir** una enfermedad. La enfermedad es la ***adicción*** y el enfermo es un *adicto.* No obstante no hay una conceptualización clara de *adicción,* puesto que es suficiente el contacto con un agente infeccioso para "enfermarse". Bajo esta perspectiva, las sustancias adictivas son clasificadas según su potencial adictivo, de donde viene la clasificación entre **drogas duras y blandas**. Por otro lado, se hace énfasis en su utilización sin prescripción médica, extendiendo así la caracterización hacia los usuarios tanto de drogas ilegales como de drogas legales sin receta. Las acciones preventivas se centran en torno a la necesidad de informar acerca de *los peligros de la droga*. El tratamiento está dominado por el **paradigma abstencionista** (aislamiento del agente infeccioso) puesto que hay que **desinfectar** (desintoxicar) mediado, ya no por la sanción (prisión) sino por la información atemorizante.

Modelo Psico-Social (3): Este modelo, en cambio se centra en el **sujeto como "entidad psicológica inmersa en lo social"** y en las necesidades que lo llevan al abuso de sustancias. Se contempla por primera vez el *tipo de vínculo* que se establece entre el sujeto y la sustancia. Este modelo actúa en el nivel micro y meso social. También se encuadra en el paradigma de la "curación". Sin embargo, ésta apunta a una enfermedad "social" manifestada en lo individual. Se introduce el concepto de ***prevención inespecífica*** como una serie de medidas indirectamente relacionadas con la drogadependencia pero que contribuyen a la promoción de la salud. Dentro de este modelo el tratamiento adscribe también al abstencionismo, pero trata al individuo en su dimensión psicosocial para intentar curarlo. **La adicción es un desorden de la actividad psicológica del individuo**.

Modelo Socio-Cultural (4): El énfasis de este modelo esta puesto en el contexto social. Los consumidores de drogas son vistos como **excluidos** y la **adicción es un síntoma de una enfermedad social**. En cuanto a la prevención, se enfatiza la necesidad de **inclusión** de los individuos en el contexto social general. En cuanto a los tratamientos, aparecen las comunidades terapéuticas, se encara la prevención de forma orgánica con las condiciones sociales.

En resumen, a lo largo del siglo XX se ha pasado sucesivamente de condenar a los adictos por criminales, luego por enfermos (cuya enfermedad fue primero física, luego psíquica y más tarde neurológica) y finalmente como víctimas. Estas definiciones y redefiniciones fueron permitiendo que se desplegaran diferentes estrategias de tratamientos. La primera de ellas, por supuesto es el no-tratamiento. Un criminal no necesita ser tratado, sino encerrado y castigado. Un enfermo, por el contrario, será tratado de acuerdo al tipo y magnitud de la enfermedad que posea (como sea que la enfermedad esté definida).

Dentro del análisis sociológico del discurso, nuestro enfoque particular se centra en el que se ha denominado Análisis Crítico del Discurso (ACD). El ACD es:

> "(...) un grupo transdisciplinario de herramientas teóricas y analíticas que investigan las relaciones entre los textos (escritos, hablados, multimodales), las prácticas discursivas (eventos comunicativos) y prácticas sociales (amplios procesos de la sociedad)" (Rogers, 2009:36)

El ACD distingue tres dominios de la vida social que se constituyen en el discurso: Identidades, Relaciones Sociales y Representaciones (Fairclough & Wodak, 1997). Un concepto central para el ACD es la relación entre discurso e ideología. Para el ACD, las ideologías:

> "[...] se relacionan con los sistemas de ideas, especialmente con las ideas sociales, políticas y religiosas que comparten un grupo o movimiento. Ideas que constituyen la base de unas creencias más específicas sobre el mundo y que guían su interpretación de los acontecimientos, al tiempo que condicionan las prácticas sociales." (Van Dijk, 2003: 92)

De acuerdo con este autor, las ideologías, como sistemas de ideas, dan sentido al mundo (desde el punto de vista del grupo) pero también fundamentan las prácticas sociales aunque no se confundan con éstas. El ACD también considera que los discursos constituyen una de las prácticas condicionadas por las ideologías e influyen en la forma de adquirirlas, aprenderlas o modificarlas.

El ACD identifica, en la naturaleza de las ideologías, un esquema básico que permite a un determinado grupo social caracterizar la información con que se identifican y categorizan sus miembros, como los criterios de pertinencia, actividades, objetivos, normas, relaciones con los demás, recursos, etc. (Van Dijk, 2003)

Finalmente, utilizamos la noción de Representación Social (RS), para dar cuenta del modo en que es concebido el problema por esta institución y, por consiguiente, la idea que se transmite a la sociedad.

Según señala Denise Jodelet (Jodelet, 1986) las RS pueden presentarse bajo una diversidad de formas entre las cuales se encuentran:

1- Imágenes
2- Sistemas de referencia
3- Categorías de clasificación
4- Teorías
5- Todo lo anterior junto.

Utilizar esta categoría conceptual en el caso de las adicciones viene revestida de una carga adicional, puesto que las RS se sitúan en el punto en donde se intersectan los psicológico y lo social. Este punto de encuentro es particularmente significativo en el caso de las adicciones puesto que las mismas pueden ser interpretadas como una problemática que surge desde lo social, pero que se manifiesta tanto en lo social como en lo individual (Ehrenberg, 1994). Así las Representaciones Sociales serían una herramienta muy útil puesto que tendrían la capacidad de "ver" la problemática en el mismo nivel en el que opera.

Metodología

Este estudio intenta analizar las representaciones que promovió SEDRONAR, tratando de observar cómo es que se han modificado (si lo han hecho) las concepciones acerca del tema con las diferentes gestiones. El estudio es de naturaleza cuantitativa y abarca el período comprendido entre los años 1989 (año de creación de la Secretaría) y 2005 y comprende los folletos emitidos por las siguientes gestiones:

1989-1995: Juan Alberto Lestelle.
1995-1996: Gustavo Adolfo Green.
1996-1998: Julio César Aráoz.
1998-1999: Eduardo Pablo Amadeo
2000-2001: Lorenzo Juan Cortese
2001-2004: Wilbur Ricardo Grimson

2004-presente: José Ramón Granero

Para poder evaluar las diferentes representaciones sociales presentes en cada folleto, hemos construido tres categorías conceptuales, a saber:

- Individuo: aquel que consume la sustancia y hacia quien van dirigidos, principalmente, los folletos.
- Sustancia: aquella sustancia sobre la cual versan los folletos.
- Intervención: toda acción vinculada a modificar la realidad presente ya sea a través de la prevención, del tratamiento, de la información, etc.

Cada modelo identificado por Helen Nowlis hace foco en un aspecto de la realidad diferente que puede ser la sustancia, el individuo, el tipo de vínculo entre éste y la sustancia en el contexto social general. Lo que se hará, entonces es observar estas tres categorías según los modelos según los cuales ha sido conceptualizada la temática identificándolos a través del análisis crítico del discurso.

Los conceptos aquí resumidos se pueden esquematizar como sigue:

	Conceptualización. Característica central	**Modelos**
Individuo	Delincuente	1
	Enfermo, adicto (físico)	2
	Enfermo, adicto (mental)	3
	Excluido, víctima social	4

Sustancia	Ilícita	1
	Agente Infectocontagioso	2
	Potencial Adictivo.	3
	Multiplicidad de sustancias. Sustancias y exclusión.	4

Intervención	Prevención: Miedo Tratamiento: Encarcelamiento	1
	Prevención: Efectos nocivos. Tratamiento: Desintoxicación	2
	Prevención: Prevención inespecífica. Tratamiento: Psicológico/Grupos	3
	Prevención: Inclusión social, reducción de daños	4

	Tratamientos: Comunidades Terapéuticas, dispositivos varios.	

Lo que nos brinda una grilla útil para caracterizar los folletos según:

Tabla: Caracterización de las categorías de análisis

Modelo	1	2	3	4
Individuo	Delincuente	Enfermo, adicto (físico)	Enfermo, adicto (mental)	Excluido, víctima social
Sustancia	Ilícita	Agente Infeccioso	potencial adictivo	Múltiples
Intervención	Encarcelamiento	Desintoxicación	Psicológico/Prev. Inespecífica	Múltiple

Se analizaron 27 folletos correspondientes al período 1989-2005 que arrojaron los siguientes resultados:

Tabla: Resumen del análisis de los resultados

Texto orientativo	Año	Individuo	Sustancia	Intervención	Campaña
Sol sin drogas	1989-1995	3	2	3	Sol sin Droga
Prevención de las adicciones	1989-1995	4	3	3	Sol sin Droga
Qué es la cocaína?	1989-1995	3	3	2	Sol sin Droga
Qué es la droga?	1989-1995	3	4	3	Sol sin Droga
La situación	1989-1995	4	2	1	Sol sin Droga
Qué es el uso indebido de drogas?	1989-1995	3	3	3	Sol sin Droga
No siempre el petróleo fue una preocupación	1989-1995	3	4	3	Sol sin Droga
Si tu historia en este momento	1989-1995	3	2	2	Sol sin Droga
Sol sin drogas	1992	3	4	2	Sol sin Droga
Sol sin drogas	1990	3	2	2	Sol sin Droga
Usar drogas no ayuda	1995	3	3	3	Sol sin Droga
Signos de alarma por el consumo de drogas	1995	3	3	3	Sol sin Droga
Drogas...para qué?	1996	3	3	3	Fleco y Male
Existen muchos tipos de drogas	2000	2	4	2	s/c

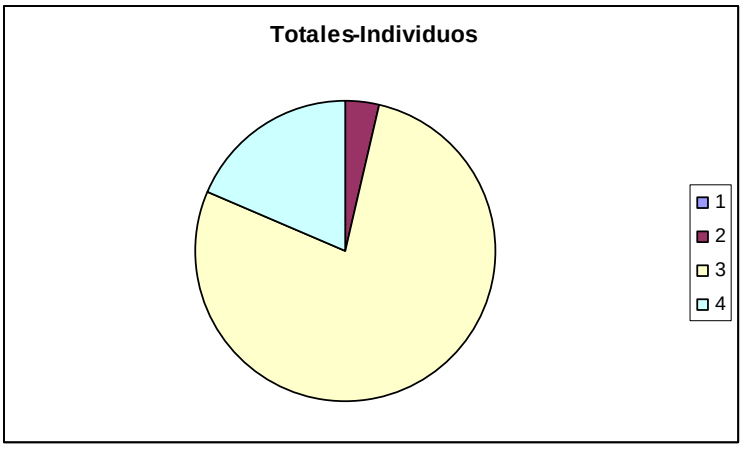
Existe gran variedad de drogas	2000	3	4	3	s/c
Existe gran variedad de drogas	2000	4	4	3	s/c
Clasificación	2000	3	4	3	s/c
Hay muchas clases de drogas	2000	3	4	3	s/c
Las drogas en el deporte	2000	4	4	3	s/c
Cual es tu meta?	2000	3	3	3	s/c
Disfrutá de tu verano	2004	3	3	3	Hablemos
Hablemos de drogas, VIH Sida	2004	3	3	3	Hablemos
Hablemos de drogas, VIH sida y de riesgos	2004	3	3	3	Hablemos
Qué son las drogas?	2005	3	4	3	Hablemos
Hablemos	2005	4	4	3	Hablemos

En la tabla se presentan los resultados de la clasificación de los folletos impresos por SEDRONAR entre 1989 y 2005. Cuando se ha podido conocer el año exacto, se señala, en caso contrario se señala el período en el que se imprimió, correspondiente a una misma dirección.

Presentación de resultados

Totales: Como se puede observar en las figuras, en las tres categorías predomina el modelo 3 (Psico-social). No obstante hay marcadas diferencias en la utilización del resto de los modelos.

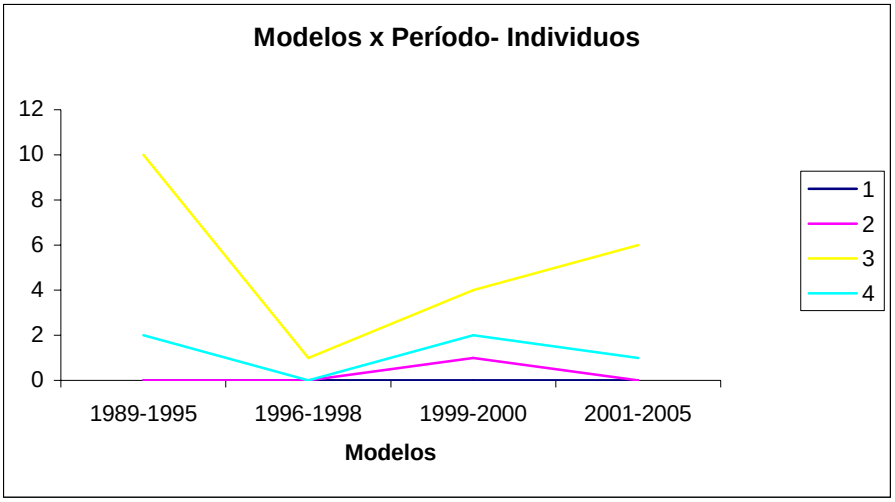
Gráfico I
Total de los gráficos analizados, clasificados según como se conceptualiza a los individuos usuarios de drogas



Los folletos reflejan que la concepción médica, aquella que concibe a los adictos como enfermos, es la que prima desde la secretaría. Este trabajo no permite interpretar, dentro de esta concepción, de qué tipo de enfermedad se trata, si es una enfermedad psicológica, un problema neurobiológico, o un padecimiento social.

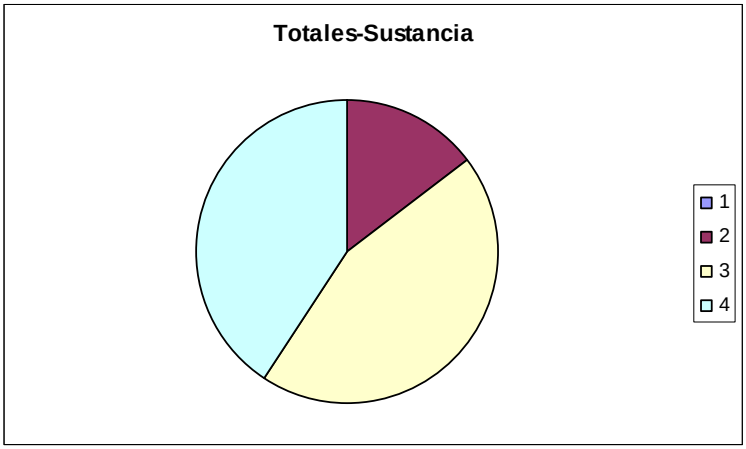
Si observamos cómo se conceptualizó a los individuos en el tiempo, no vemos cambios significativos. Más allá de períodos más activos respecto de la comunicación institucional, las concepciones han sido homogéneas.

Gráfico II
Conceptualización de los individuos a lo largo del tiempo



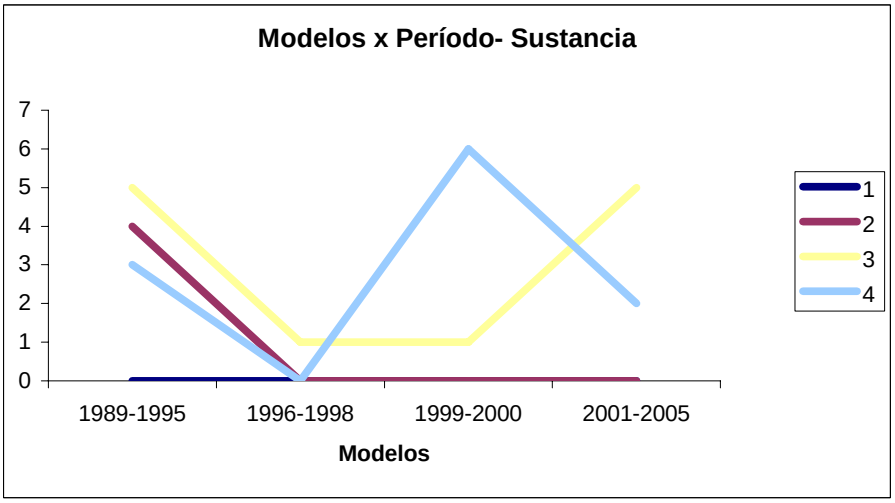
Cuando prestamos atención a cómo son conceptualizadas las sustancias, la distribución no es tan homogénea. Casi en partes iguales, las sustancias fueron conceptualizadas de acuerdo a su potencial adictivo (Modelo 3) o a la posibilidad de "contagio" social de su uso (modelo 2).

Gráfico III
Conceptualizacíon de las sustancias, de acuerdo a cada modelo.



Si observamos lo que sucede con la conceptualización de las sustancias a lo largo del tiempo, observamos que en el período 1998-2000 hubo una modificación significativa respecto a la situación anterior y posterior, que por otro lado, no se evidencia en relación a la forma de conceptualizar a los usuarios (al menos no tan claramente). Si bien en el mismo período hubo un acercamiento entre la cantidad de folletos que concebían a los usuarios según el Modelo 4, cuando miramos las sustancias esta situación se modifica completamente. Durante el bienio 1998-2000 se distribuyeron 6 folletos (el 20% del total) que concebían a las sustancias de forma compleja, sin encasillarlas ni en su potencial adictivo, ni en su capacidad de "contagio" ni en su estatus legal.

Gráfico IV
Conceptualización de las sustancias a lo largo del tiempo.



Cuando prestamos atención a las intervenciones, ya sean tratamientos o intervenciones orientadas a ala prevención, observamos un alto porcentaje de prevalencia del Modelo 3 con una pequeña proporción del modelo 2.

Gráfico V
Conceptualización de las intervenciones, de acuerdo a cada modelo

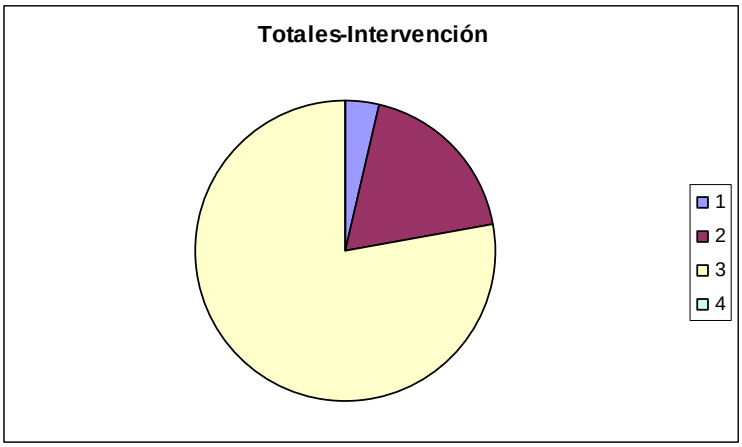
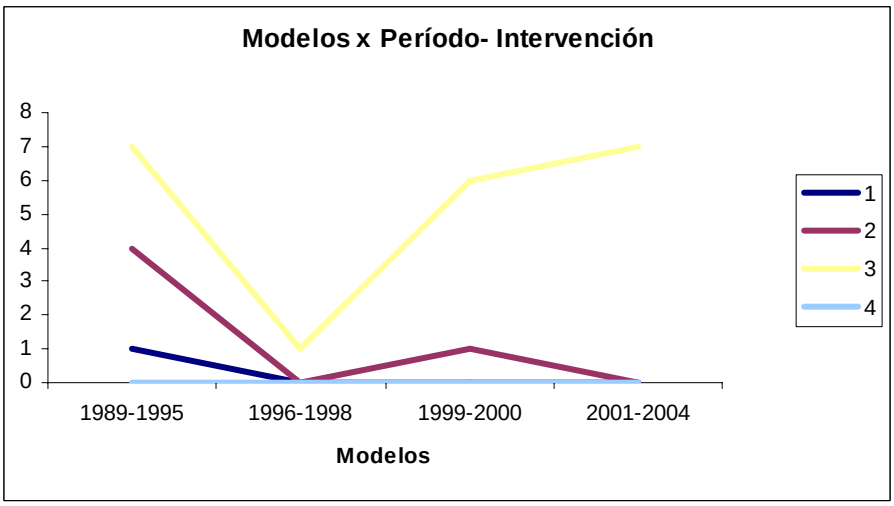
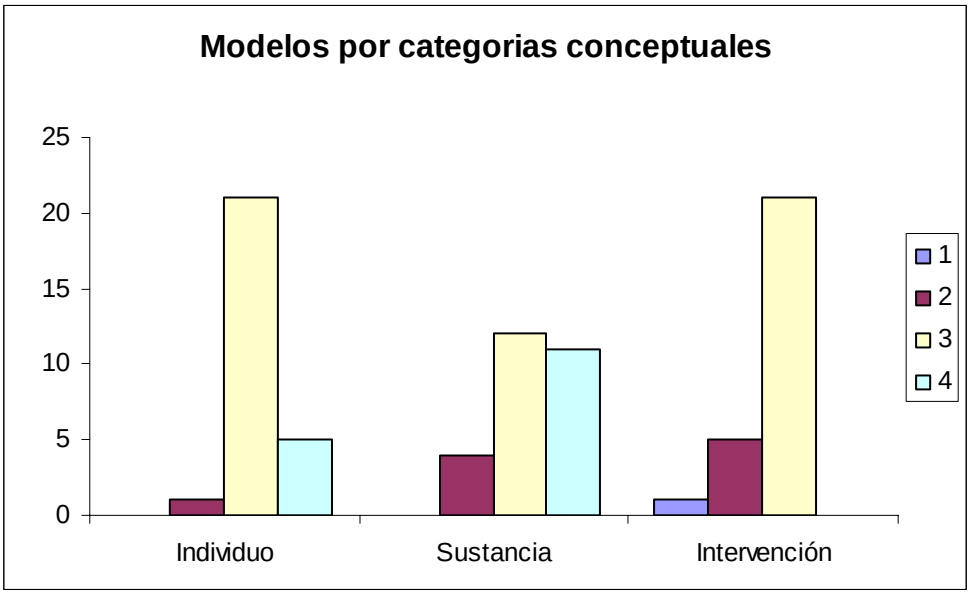


Gráfico VI
Conceptualización de las intervenciones a lo largo del tiempo.



Cuando comparamos las categorías respecto de los modelos con que fueron entendidas, nuevamente vemos el desfasaje.

Gráfico VII
Comparación de categorías conceptuales y modelos



Efectivamente, comprobamos que es el modelo 3 el que se expresa con mayor fuerza en casi todos los períodos. Pero hay una serie de rasgos que conviene destacar.

1. Parece existir una mayor hibridación de modelos en los primeros tiempos de la Secretaría. En el período 1989-1995 observamos la convivencia de al menos tres modelos no sólo en diferentes categorías, sino dentro de la misma, lo que indica que no había en esa institución una conceptualización clara de lo que significa una droga ni de cómo hay que intervenir. Parece haber más consenso respecto de los individuos.
2. Se puede observar una homogeneización de concepciones a medida que avanza el tiempo. En los últimos años, parece haber una concepción muy clara de cómo intervenir (de acuerdo al modelo 3) a la vez que la figura se va desplazando hacia los modelos más actuales (3 y 4).
3. Es notable la ausencia del modelo 4 en la categoría “Intervención”.

Conclusiones

Del análisis de los datos interpretados bajo las categorías construidas y de los modelos conceptuales señalados se puede decir que:

1. Existe una diversidad de formas de entender tanto a los usuarios de drogas, como a las drogas mismas y al modo en que se debe intervenir.
2. Esa multiplicidad, sin embargo, no es coherente con los modelos conceptuales que han sido identificados según los cuáles se comprende e interviene el fenómeno de la droga. Así, por ejemplo, en el mismo folleto se conceptualiza a la sustancia según el paradigma Médico-Sanitario, mientras se entiende al individuo según el paradigma Socio-Cultural y se propone una Intervención que se corresponde con el modelo Ético-Jurídico.
3. La ausencia del modelo 4 en la forma en que conceptualiza la Intervención nos habla de la dificultad que tienen aquellos que han avanzado en esta conceptualización, de implementarla. Pareciera ser que este modelo funcionará más bien a nivel teórico y descriptivo de los individuos y las sustancias que a un nivel real de intervención concreta.
4. La mayor diversidad de concepciones se da en torno a la sustancia. La respuesta a la pregunta ¿qué es la droga? muestra aquí una dificultad. Pareciera que existe una tendencia a clasificar más fácilmente a los individuos, puesto que el modo de conceptualizarlos es más uniforme.
5. Finalmente podemos destacar que a pesar de los desfasajes observados, se ha podido identificar un proceso de homogeneización y unificación de conceptos a lo largo del tiempo.

Bibliografía

- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology, 18*, 209-232.
- Conrad, P., & Schneider, J. (1980). *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Ehrenberg, A. (1994). *Individuos bajo Influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fairclough, N., & Wodak, R. (1997). Critical Discourse Analysis. En T. Van Dijk (Ed.), *Discourse as social interaccion* (pp. 258-284). London: SAGE.
- Gusfield, J. (1975). The (F)Utility of Knowledge? The Relation of Social Science to Public Policy Towerd Drugs. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences, 417*, 1-15.
- Jodelet, D. (1986). La Representación Social. Fenómenos, conceptos, y teoría. In S. Moscovici (Ed.), *Psicología Social* (pp. 469-494). Madrid: Paidós.
- Nowlis, H. (1975). *La verdad sobre la droga: la droga y la educación*. Paris: UNESCO.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1980). *Salud para Todos en el año 2000*. Obtenido de http://www.who.int/whr/2000/es/index.html
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico [SEDRONAR]. (2005). *Imaginarios sociales y prácticas de consumo de alcohol en adolescentes de escuelas de nivel medio*. Buenos Aires: SEDRONAR.
- Van Dijk, T. (2003). *Ideología y discurso: una introducción multidisciplinaria*. Buenos Aires: Ariel.

Notas

Este trabajo ha sido realizado como parte de la investigación doctoral, mediante una beca de doctorado financiada por la ANPCYT. Este trabajo no presenta conflictos de interés.