

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	2
ESTIGMA ESTEREOTIPO Y PREJUICIO	4
Estigma, Estereotipo, Prejuicio y Discriminación	4
Tipología y formas de estereotipos: aplicaciones concretas en drogodependencia	6
Medios de comunicación: implicaciones directas en el proceso de estigmatización	8
Actuaciones políticas y control social, : ¿origen o legitimación de la valoración social?	10
LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL OTRO: IDENTIDAD EN DROGODEPENDIENTES Y ENFERMOS DE SIDA	13
La representación social negativa. Estereotipos y prejuicios en drogodependientes	14
La representación social negativa como origen de la identidad deformada	15
Drogodependencia y Cultura. Drogas legales y drogas ilegales: El alcohol como ejemplo de lo legal y su representación social positiva	18
Drogodependencia y SIDA, un abordaje desde la dimensión simbólica	22
BIBLIOGRAFÍA	26

INTRODUCCIÓN

H

oy en día, no cabe duda, que uno de los mayores problemas a los que se enfrenta la sociedad es el complejo problema del binomio drogodependencias–VIH/SIDA. Ambos fenómenos guardan características y peculiaridades muy semejantes, por lo que frecuentemente, tanto la adicción a determinadas drogas, especialmente las administradas por vía parenteral, como la enfermedad del SIDA, son mal considerados como causa y consecuencia, es decir, lo uno provoca lo otro.

El discurso SIDA–drogas, es una parte importante del desarrollo de respuestas sociales, en las que la ambivalencia moral se ha articulado como mecanismo de defensa y de reproducción social (LAMO DE ESPINOSA,1989), circunstancia que tiene que ver con la perpetuación de desigualdades y la consolidación de un determinado sistema de control social, más preocupado en eso que han denominado *seguridad*, que en la propia *libertad* (ROMANÍ, 1991:64).

Adoptando una postura crítica de observación y reflexión, podemos apreciar como en el inconsciente social, aunque en muchas ocasiones puede verse de forma implícita e incluso verbalizada por los actores sociales, existe un entramado complejo de significaciones y patrones previos que operan en un nivel preconscious y que se encarga de filtrar la realidad por un colador compartido por el conjunto de la sociedad. Es por tanto, la realidad que surge, una deformación y distorsión del propio fenómeno.

Este trabajo pretende realizar un abordaje de cómo la sociedad elabora, produce y reproduce procesos estigmatizadores que desencadenan en prejuicios, preconceitos e ideas previas, que, de forma general, son tomadas como referencia de análisis.

En un principio se plantea una base teórica de cómo se originan los estereotipos y que factores los construyen y condicionan, nos centraremos especialmente en el papel que juegan los medios de comunicación y la relación entre normativa legislativa y actitud. Todo ello quedará meridianamente ejemplificado en dos casos concretos: drogodependencias y SIDA.

Un segundo bloque girará entorno al ámbito de las toxicomanías y el SIDA. En él se tratarán temas como las representaciones sociales, la construcción cultural de lo que es definido como droga y de la noción del propio Sujeto de Referencia Social, la dimensión simbólica y la relación entre estructura social y drogodependencia, con la consiguiente diferenciación entre las clases bajas, frecuentemente asociadas al consumo de heroína por vía parenteral, y las clases altas, donde predomina mayoritariamente el uso de cocaína por vía inhalada.

ESTIGMA, ESTEREOTIPO Y PREJUICIO

• Estigma, Estereotipo, Prejuicio y Discriminación.

La elaboración, construcción y reproducción de argumentos estigmatizadores no es algo propio de sociedades y épocas concretas. Estos procesos se deben considerar como un fenómeno universal y consustancial a la propia esencia humana, ya que se dan allí donde existan relaciones humanas; su manejo, así pues, *es un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce dondequiera existan normas de identidad* (GOFFMAN, 1989:152). Se trata, por lo tanto, de una construcción cultural de las sociedades, una elaboración basada en creencias que tratan sobre los grupos que en ésta se desarrollan. Su contenido gira entorno a lo característico o diferencial de un grupo (HUICI,1996:170-6). La idea central para su elaboración está en la diferencia: sólo lo diferente puede ser objeto de una concepción estereotipada, y por lo tanto, no hay estereotipos sin un grupo social de referencia. Atendiendo a lo propuesto por Durkheim acerca de las representaciones sociales, los estereotipos son *sociales en su origen, en su referente u objeto (un grupo social) y son compartidos*. (HUICI,1996: 179).

La construcción de un estigma suele realizarse para poner en contraposición la existencia de un grupo ajeno al considerado como verdadero, por lo tanto debe hacer referencia a elementos diferentes, elementos propios de ese grupo objeto de estigma que lo hacen profundamente distinto; es por ello que el estigma sea *utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador* (GOFFMAN,1989:13).

Varios autores señalan la estrecha relación que existe entre estereotipo, prejuicio y discriminación (YZERBYT y SHADRON,1996; HUICI, 1996). Para un análisis en profundidad vamos a utilizar las aportaciones de Carmen HUICI.

Esta autora nos resalta que el modo de abordar la relación entre estereotipo y prejuicio depende del concepto de actitud que se adopte. La clave para entender los estereotipos reside en lo puramente cognitivo por lo que éstos son entendidos como *el conjunto de creencias acerca de los atributos asignados al grupo* (HUICI,1996), *son la expresión y racionalización de un prejuicio*, éstos se ubican en la memoria de los individuos (YZERBYT y SHADRON,1996:115). Los prejuicios, por su parte, operan en un nivel relacionado con lo afectivo, definiéndose como *el afecto o la evaluación negativa del grupo* (HUICI,1996). Por último, la

discriminación se relaciona directamente con lo conductual, sería *la conducta de falta de igualdad en el tratamiento otorgado a las personas en virtud de su pertenencia al grupo o categoría en cuestión* (HUICI,1996).

Los estereotipos según HUICI *suponen una forma de economía y la simplificación en la percepción de la realidad*, por lo tanto, son construcciones y generalizaciones que conforman tipos de grupos a los que se le atribuyen una serie de características inherentes a la propia cultura del grupo (HUICI,1996: 179 y ss).

El origen del concepto lo encontramos en la obra de Lippman *Public Opinión* (YZERBYT y SHADRON, 1996; HUICI,1996). Esta supone la primera conceptualización de los estereotipos en las Ciencias Sociales, entendiendo éstos como *cuadros en la cabeza* que nos dice aspectos de la realidad sin ser necesariamente observados: *nos hablan del mundo antes de verlo [...] en la mayoría de los casos no es que veamos primero y luego definimos, sino que definimos primero y luego vemos* (HUICI,1996: 180). Es mediante esa postura construida a priori como podemos entender al otro que es encasillado en relación a una categoría (YZERBYT y SHADRON, 1996:115). Sería el propio medio social el que establece las premisas para categorizar a las personas.

La sociedad crea cajones estancos donde se insertan los individuos. La interacción *face to face* y el intercambio social rutinario están basados en un *self* construido social e intersubjetivamente. *Son medios preestablecidos que nos permiten tratar con otros previstos sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial*, por lo que al encontrarnos con una persona, y atendiendo a las primeras apariencias, tendemos a asignarle una categoría que nos valdrá para descifrar su identidad social (GOFFMAN, 1989:11). En ese momento se comienza a elaborar la *activación de la categorización Yo–Nosotros–Ellos* (MORIN,1996:206).

• **Tipología y formas de estereotipos: aplicaciones concretas en drogodependencia.**

Tomando como base la tipología de estereotipos expuesta por GOFFMAN (1989:14) podemos distinguir tres tipos muy diferentes:

- En primer lugar, las *abominaciones del cuerpo*, que estarían compuestas por las distintas deformaciones del cuerpo.
- Luego los *defectos del carácter del individuo* que son percibidos como *ausencia de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas o deshonestidad*. Tales conductas son propias de perturbaciones mentales, repulsiones, adicciones a drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas.
- Por último, existen los *estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, susceptible de ser transmitido por herencia y contaminado por igual a todos los miembros de una familia*.

Esta tipología nos va servir para sentar las bases y situarnos desde el segundo tipo, dónde centraremos especialmente la atención en el ámbito de las

drogodependencias, intentando desarrollar a la luz de TOUZÉ y ROSSI (2001) las aplicaciones expuestas por GOFFMAN.

TOUZÉ y ROSSI desarrollan cuatro tipos distintos de estereotipos:

- El primero se basa en el *propio concepto de droga*. Éste es uno de los temas centrales a la hora de abordar los estereotipos en drogodependencia. En un principio, debemos considerar qué entendemos por droga y cuáles son todas sus dimensiones, especialmente las culturales y simbólicas. Es

importante tener en cuenta que es la sociedad la que determina qué sustancia es droga y cuál no lo es, por lo tanto, la lógica sociocultural es la que impera por encima de la científica. Hoy en día, en el mundo occidental, se identifica claramente las drogas ilegales como extremadamente peligrosas, (cannabis, cocaína y opiáceos), mientras que son consideradas menos relevantes las drogas como el tabaco, el alcohol o los psicofármacos por lo que la carga negativa de la representación social es menor. Éstas son ejemplos claros de drogas sociales comúnmente aceptadas y legitimadas.

- Un segundo tipo es el considerado por TOUZÉ y ROSSI como *fetichismo de la sustancia*, la droga se identifica como un *ente mágico*, se le asignan poderes y capacidades contaminantes, se la explica como algo externo a la sociedad que amenaza a la población sana. Las drogodependencias son explicadas como algo ajeno a la sociedad, identificadas como una enfermedad, ya que de esa forma se ofrece una explicación más tranquilizadora a la sociedad. Esta es actualmente la postura reinante, atribuyéndose las causas a factores externos entendidos como agentes patógenos, por lo tanto, los esfuerzos giran en torno a la identificación, aislamiento y destrucción de la patología. Es por ello que en el lenguaje médico-asistencial se usen términos como luchar contra la lacra del siglo XX, combatir la enfermedad del SIDA, etc. Este lenguaje nos recuerda más a una terminología bélica-militar que al tratamiento de una de las manifestaciones de la sociedad (SONTAG, 1996: 66 y 97).
- El tercer estereotipo identifica a la droga como una expresión de una *actitud individual o colectiva de oposición a la sociedad*. A lo largo de la historia se ha identificado al drogodependiente como un hombre joven, heroinómano, que no acepta las normas sociales y que para correr con los gastos derivados del consumo de drogas se ve envuelto en situaciones de delincuencia (MARCONI, 1997: 65).
- Por último remitimos a un cuarto estereotipo que se centra en la *imagen del usuario de drogas*. El drogodependiente es considerado como una persona despreocupada con respecto a su propia salud, se entiende que la droga lo condujo a la *degeneración física, psíquica, moral y va rumbo indefectiblemente a la muerte* (NEUMAN, 2001).

- **Medios de comunicación: implicaciones directas en el proceso de estigmatización.**

Los medios de comunicación son hoy en día una verdadera fuente de poder. En muchas ocasiones, que no pocas, quedan alineados entorno a centros específicos de poder (partidos políticos, sindicatos u otras entidades que de manera institucionalizada y formalizada desarrollen dicha tarea) (ALEMANY y ROSSELL, 1981). Es notorio como la realidad queda distorsionada, cuando menos, por un sesgo ideológico.

Esta circunstancia queda meridianamente reflejada en fenómenos como las drogodependencias o el SIDA, donde apreciamos como la información ha sido tratada desde una vertiente sensacionalista (MARCONI, 1997: 66; PÉREZ MADERA, 2000; ALEMANY Y ROSSELL, 1981), se ha creado una imagen diabólica tanto de los drogodependientes como de la propia enfermedad del SIDA, que ha contribuido a ser caldo de cultivo de una serie de actitudes basadas en el egoísmo, insolidaridad y rechazo (PRATS, 1997: 17).

La construcción sociocultural de las drogas se elaboró en la conciencia social a través del protagonismo de los medios de comunicación, donde la realidad de la droga se expresaba en estereotipos sociales o deformaciones distorsionadas de la realidad (RODRIGUEZ CABRERO, 2001; NEUMAN, 2001). Los medios de comunicación se encargan de difundir informaciones muy contrarias a los verdaderos acontecimientos, el equivocado tratamiento ha colaborado a extender el problema más que a prevenirlo (GAMELLA, 1990: 27). A poco que ojeemos la prensa diaria, observamos, como en la mayoría de los casos, las noticias sobre drogodependientes se relacionan con actos violentos, robos, muerte, etc... *se ofrece una visión negra que oscurece una realidad social más amplia*. (PÉREZ MADERA, 2000). Las reiteradas repeticiones de informaciones negativas, han acabado por propagar una concepción estereotipada del SIDA (SÁNCHEZ, ROMO, PÁEZ, 1996: 189).

Siguiendo a Gabriela ALEMANY y Teresa ROSSELL *las actitudes de una población sobre el comportamiento de una parte de la misma no se basan nunca en un conocimiento objetivo, ni tan sólo aproximado del fenómeno, si éste no forma parte del bagaje cultural de dicha población y, por tanto, no se ha experimentado ni vivido*. Las actitudes son consecuencias de *fantasías y temores que surgen frente a algo desconocido que no se comprende fácilmente, sobre todo, cuando además atentan contra los valores, las ideas o normas que prevalecen en esa sociedad concreta*. Anteriormente hemos mencionado el estereotipo que identifica al drogodependiente como *hombre-joven-heroinómano-delincuente*, esta visión contribuye a generar en la población *emociones viscerales-miedo/rechazo-*, (MARCONI,1997:66). Los medios de comunicación han conectado con dichas emociones, por lo que se ha creado un clima de temor y desconfianza ante el fenómeno social de las drogas y el SIDA (ALEMANY y ROSSELL,1981; MARCONI,1997: 66).

• Actuaciones políticas y control social, : ¿origen o legitimación de la valoración social?

Ante cualquier fenómeno social contemporáneo, podemos observar la existencia de una estrecha relación entre la normativa jurídica y las actitudes que la sociedad elabora. Aún no sabemos que se produce antes; ¿Es la ley la que crea una actitud?, o bien, ¿son las actitudes mayoritarias de la sociedad, las que hacen que necesariamente queden reguladas sus preocupaciones?. Siguiendo lo esgrimido por ALEMANY y ROSSELL, podemos afirmar que *frente a determinado fenómeno que afecta a una población, existe una correlación directa entre las actitudes de ésta y las leyes y recursos sociales*. Igualmente, los recursos sociales quedarán aprobados y legitimados por la sociedad. *Las leyes y los programas o servicios en un país son el exponente de la ideología dominante político-técnica. [...] Estas mismas leyes o servicios, generan determinadas actitudes en la población, especialmente en aquellos sectores que no tienen fácil acceso a un conocimiento más amplio del problema* (ALEMANY y ROSSELL, 1981).

Esta misma idea es planteada por otros autores que consideran que *las representaciones y creencias que una sociedad tiene de un fenómeno están fuertemente condicionadas por el tipo de respuestas institucionales y, simultáneamente, los mecanismos sociales que ponen en juego para intentar controlarlo son coherentes con la percepción social dominante* (TOUZÉ y ROSSI, 2001). *El proceso de valoración social de las conductas acaba expresándose siempre en forma de usos, costumbres, leyes y normas*, las conductas consideradas por la sociedad como ilícitas o incorrectas, acaban por tipificarse como hechos delictivos, y por lo tanto, se sanciona fuertemente al infractor (RODRIGUEZ CABRERO, 2001). *La alarma social justificará la reacción social a través de la cual actuará el Estado* (ROMANÍ, 1999:153). *No cabe duda que existe una percepción negativa y culpabilizante, en muchos casos, sobre dichas problemáticas. En este sentido, las respuestas judiciales y/o penales que se han articulado alrededor de las mismas han favorecido la referida perspectiva*. (PÉREZ MADERA 2000). *Las sociedades legislan queriendo interpretar la actitud social existente hacia las drogas, prohibiendo o penalizando las que no han integrado y tipificado una serie de medidas para controlar los posibles daños que se puedan derivar del consumo de las que están legalizadas* (TORRENS, 1995:9).

Siguiendo los trabajos de G. TOUZÉ, y D. ROSSI (2001), para un buen análisis del problema droga es necesario prestar atención a dos dimensiones: *la percepción social y los mecanismos de control*. La percepción social está asentada en concepciones estereotipadas carentes de una objetividad sobre el fenómeno.

Carlos González Zorrilla (citado en TOUZÉ, y ROSSI, 2001) describe una evolución en las actitudes e imágenes de la opinión pública española, asociada a modificaciones en las medidas de control implementadas. En ella pueden reconocerse diversas etapas:

- En una primera fase, el usuario de drogas es caracterizado como un *enemigo político*. El consumo de drogas es interpretado como una acción de rebeldía que cuestiona el orden social establecido. Esta percepción legitima la emergencia de una respuesta penal: *la cárcel se impone como mecanismo de control*.
- El consumo de drogas comienza a asociarse a colectivos de jóvenes que habitan las zonas marginales de las urbes, sus conductas se consideran desviadas. *La representación predominante es la de peligroso para la seguridad pública*. La respuesta se basa en la reeducación y recuperación social; funciones que han de

cumplirse en hospitales psiquiátricos o carcelarios, sistemas que se pone en funcionamiento para llevar a cabo las funciones de reparación.

- La percepción social diferencia entre el *traficante–delincuente* y el *usuario–enfermo*. Para el primero, se articula una respuesta puramente penal, mientras que para el segundo, se impone la intervención terapéutica.
- Carlos González Zorrilla plantea que en la actualidad estamos asistiendo a una modificación de esta imagen social del usuario de drogas. A éste se le considera *culpable de diseminar el VIH/SIDA*.

De esta forma, obtenemos a una persona enferma que se torna peligrosa para la Salud Pública, siendo las medidas adoptadas de defensa social (de ahí las numerosas metáforas militares anteriormente comentadas). Por lo tanto, la tendencia actual gira entorno al desarrollo de políticas punitivas y sancionadoras, estrategias de control social duro, como la cárcel, y blando, en el caso de los centros asistenciales (TOUZÉ y ROSSI, 2001).

Por último, vamos a reproducir dos declaraciones, realizadas por ministros argentinos entorno a la cuestión de las drogas y el SIDA. En ellas apreciamos como los prejuicios y estereotipos que colaboran en la construcción de las representaciones sociales del SIDA y las drogas, afectan al propio discurso de políticos y funcionarios de diversas áreas.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL OTRO: IDENTIDAD EN DROGODEPENDIENTES Y ENFERMOS DE SIDA.

• **La representación social negativa. Estereotipos y prejuicios en drogodependientes.**

El campo de las drogas es uno de los ámbitos de la vida social que más están sujetos a estigmatizaciones y prejuicios; tal y como señala Durkheim sabemos que cuando se identifica un determinado tipo de actividad como infamante, *no es tanto para incidir en los cambios de comportamiento de aquellos que están más involucrados en aquella actividad, sino para controlarlos mejor, aislándolos del resto de la población, a la que, al mismo tiempo, se quiere preservar de la contaminación de dicho grupo.* (Citado en ROMANÍ, 1999:153).

Este fenómeno está fuertemente enraizado en un proceso de representación social negativa. Por tanto, *no se trata de una comprensión científica sino más bien, de una construcción subjetiva de mundo social* (MOLINA, CARRIÓN, GALLEGU, 1995: 24). Las representaciones sociales del problema droga no tienen por que corresponderse con las características objetivas del fenómeno en sí. Pero, *en los fenómenos sociales, tan importante es lo que en realidad pasa, como lo que la gente cree que pasa. Para la gran mayoría de la población, incluidos los propios usuarios de drogas, el problema se define y las respuestas se diseñan a partir de una serie de preconceptos y estereotipos.* (TOUZÉ y ROSSI, 2001).

Las representaciones sociales nos permiten una visión global más coherente y tranquilizadora por el mismo hecho de ser compartida (MOLINA, CARRIÓN, GALLEGU, 1995: 24); éstas nos sirven para comprender los mecanismos que intervienen en los procesos de estigmatización social y para interpretar la construcción social del llamado problema droga (TOUZÉ y ROSSI, 2001).

Las leyes de la representación social son universales. No es suficiente determinar objetivamente todos los parámetros del fenómeno, debemos clarificar la existencia de una serie de elementos que operan en lo puramente afectivo, como los prejuicios, estereotipos, preconceptos y toda índole de mecanismos inconscientes, de este modo podremos dar un primer paso hacia una mejor comprensión del problema de la drogodependencia, sin olvidar que éste no es un conflicto individuo–sustancia, sino un problema que afecta tanto a los propios implicados más directos, como a los demás miembros de la sociedad. (MOLINA, CARRIÓN, GALLEGU, 1995: 25).

Atendiendo a TOUZÉ y ROSSI los efectos a nivel de contenido de las representaciones son de tres tipos:

- Distorsiones: Todos los atributos del objeto representado están presente, pero se acentúan o merman de manera específica, es el caso de la representación de la droga, que torna imposible reconocer la diversidad de sustancias con diferentes efectos y los modelos de consumo perfectamente diferenciado.
- Suplementación: Se trata de conferir a la sustancia tóxica atributos que no le pertenecen, capacidades de producir desviación sin advertir que ésta es producto de que fueran declaradas fuera de la norma y no viceversa.
- Reducción o rebaja: Supresión de atributos perteneciente al objeto, resulta en la mayor parte de los casos del efecto represivo de las normas sociales. El drogodependiente es considerado como un individuo que ha perdido toda capacidad de control. Adviértase la potencia de esta representación como justificativa del actuar sobre los otros.

• **La representación social negativa como origen de la identidad deformada.**

La imagen popular del drogodependiente se construye en la opinión pública a partir de los movimientos contraculturales de los años 60 (ALEMANY y ROSSELL, 1981:10), en esta década se construye en el imaginario social una visión del drogodependiente deteriorada, siendo a partir de la criminalización del problema droga cuando se elaboran las condiciones para que el consumo de droga se convierta en un hecho conflictivo a nivel social (ROMANÍ, 1999:154). Esta identificación se funde en un contexto marcado por la marginación y fragmentación social (RODRIGUEZ CABRERO, 2001), *se tiende a asumir una relación entre uso de drogas, estatus de minoría y pobreza* (STERK-ELIFSON 1996:63). La actual percepción social sobre el fenómeno de la drogodependencia favorece la vulnerabilidad de las personas que padecen dicha problemática, por lo que si no se toman las medidas de protección necesarias, se llegará a formar parte de la zona de exclusión. (PÉREZ MADERA, 2000).

El origen de la identificación negativa de los drogodependientes reside en la dicotomización entre el ciudadano normal y formal y el sujeto marginal, al primero se le atribuye todo lo bueno y se le perdonan pequeños deslices (como puede ser el tráfico de drogas o la prescripción abusiva de fármacos), porque forman parte del sistema social, por otro lado, *al sujeto marginal*, en este caso el drogadicto, se le atribuye todo lo malo sin concedérsele ningún valor positivo (ALEMANY y ROSSELL, 1981:10).

El siguiente paso, una vez construida la identificación del drogodependiente en el imaginario social, es la operativización de una actitud basada en la *segregación y castigo* como elemento clave del temor que supone la *posibilidad de contagio y difusión* (ALEMANY y ROSSELL, 1981:10). Dicho miedo produce dos tipos de exclusión: una hacia *la periferia marginal*, proyectando una actitud de rechazo y agresión hacia el drogodependiente, y otra que, *genera prácticas de rencor hacia fuera, hacia los integrados que disponen de condiciones de vida de mayor calidad y a los que se supone desinteresados tanto de los problemas de la droga, como de los problemas de la vida urbana* (RODRÍGUEZ CABRERO, 2001).

Por lo tanto, es la propia sociedad la que define a las colectivos desviados, alejándolos de las personas normales. Ante este hecho *el grupo tiende a cohesionarse en función del rechazo social, a protegerse y acentuar su comportamiento, lo que provoca una mayor represión, ampliándose de este modo la espiral de la desviación* (ALEMANY y ROSSELL, 1981:11).

Un aspecto fundamental a la hora de abordar la representación social del denominado problema droga, es atender a las diferentes interpretaciones de un mismo hecho, dependiendo de la clase social que ocupe el sujeto. En este sentido giran los trabajos de STERK-ELIFSON (1996:63-76), valgan algunas conclusiones bastante concluyentes:

- Las drogas principalmente usadas por la clase media son vistas como "*drogas buenas que son usadas de manera correcta*", por ejemplo, fumar marihuana y esnifar cocaína. El uso de drogas se califica de bueno porque juega un papel menos central en las vidas de los consumidores de clase media, que el que juega en las vidas de los consumidores pobres. Los buenos consumidores son miembros que

contribuyen a la sociedad, los consumidores malos son principalmente alienados de la sociedad. En la identificación estigmatizada *quedan al margen los adictos de la zona social integrada, cuya visibilidad social es prácticamente nula* (RODRÍGUEZ CABRERO, 2001) .

- Las drogas y vías de administración más prevalentes entre los consumidores de clase baja, quedan asociadas a la idea de destrucción de familias y comunidades; en consecuencia, estos hábitos de droga se etiquetan de "malos", por ejemplo, inyectarse y fumar cocaína y heroína.

Por otro lado, e incidiendo en lo expuesto por STERK-ELIFSON, es importante incidir en cómo el sentido del juicio social varía dependiendo de la droga consumida y de las características sociales del propio consumidor.

El consumo de opiáceos, especialmente de heroína, es una de las conductas más radicalmente rechazadas hoy en nuestra cultura, se entiende que su uso reiterado *deteriora la personalidad, restringe la libertad e inhabilita para el trabajo productivo y el cumplimiento de los deberes sociales y humanos*. Por ello, la dependencia a estas sustancias se entiende como arriesgada y desaconsejable; pero a poco que analicemos otros consumidores de otras sustancias (pensemos en la cocaína como droga principal de la alta clase social), observamos como ambos estimulantes guardan características cuando menos similares, pero nuestra sociedad no juzga a los segundos de forma tan dura como a los consumidores de opiáceos, quizás *porque su imagen social es menos agresiva o dañina. Esto, unido a la estigmatización asociada al uso de heroína, explica que la primera actitud ante el fenómeno de dependencia a las sustancias opiáceos haya sido de condena y rechazo*. El heroinómano a acabado por ser juzgado con severidad, al ser considerado culpable, de una situación que amenaza al conjunto de la sociedad, de ahí que *las dos únicas alternativas que se le ofrecían eran, o bien la reintegración al cuerpo social mediante el abandono de la conducta dependiente, o bien su expulsión de la comunidad social y humana, relegándole a la condición de marginado o paria social*. (www.lanzadera.com/infodro.es 2001)

- **Drogodependencia y Cultura. Drogas legales y drogas ilegales: El alcohol como ejemplo de lo legal y su representación social positiva.**

El consumo de las drogas sólo puede entenderse si se estudia el contexto social y cultural en el que vive el consumidor, [...] la aceptación de las drogas varía mucho de una cultura a otra (TORRENS, 1995:9).

A lo largo de la historia, las distintas sociedades han ido desarrollando una serie de códigos de valores y actitudes hacia las drogas, en algunos casos aceptando e integrando las que le son propias, el alcohol y el tabaco serían ejemplos de las sociedades occidentales, y en otros rechazando las que le son

ajenas, como el opio en la nuestra. Obviamente, *el consumo de drogas que forman parte de la cultura de una sociedad es contemplado con una actitud mucho más tolerante que el de las que le puedan ser extrañas o desconocidas* (TORRENS, 1995:9). A todo ello debemos añadir que existe en la sociedad una *falta de información y de conocimiento sobre las sustancias que crean dependencia o toxicomanía* (ALEMANY y ROSSELL, 1981:8).

Hoy en día existe un amplio consenso por parte de una serie de autores al considerar determinadas sustancias tóxicas, especialmente el alcohol, tabaco o fármacos, como drogas legales, al gozar de una aceptación amplia. Igualmente se señala cómo éstas, están sujetas a contextos socioculturales donde la cultura establece la legalidad o ilegalidad de una droga, un claro ejemplo de ello sería el caso del alcohol que es ampliamente aceptado en las sociedades occidentales, *mientras que es rotundamente condenado y prohibido en las culturas musulmanas en las que, por el contrario, se suele tolerar la marihuana* (TORRENS, 1995:2), o, al no considerarse *toxicómano al que ingiere excesiva cantidad de tabaco o fármacos y sí al que fuma marihuana o consume LSD* (ALEMANY y ROSSELL, 1981:8).

En torno a esta cuestión todas las sociedades desarrollan reglas y normas para el consumo de drogas: se definen los usos y conductas que son aceptables, las sustancias que son moderadamente permitidas, y cuales están absolutamente prohibidas (TORRENS, 1995:2).

El normalizado uso de las drogas que una cultura considere como permitidas y legales hace que *se conozcan los límites de tolerancia física, así como la tolerancia y la valoración por parte de los demás (se acepta y valora el ponerse alegre pero se rechaza la borrachera)* (ALEMANY y ROSSELL, 1981:8).

Es importante señalar la dualidad que existe entorno al consumo de drogas y la aceptación o rechazo, dependiendo de la legalidad o ilegalidad de la sustancia. Por un lado, el consumo de drogas socialmente aceptadas, permite que se consiga la aceptación e integración a la sociedad, a sus normas y mecanismos, mientras, en el caso de las drogas ilegales *no sólo existe un desconocimiento como en el caso de las legales, sino que además se le atribuye a la droga significaciones o mitos para reforzar o justificar la actitud de rechazo*, ocurre el fenómeno contrario, *se rechaza a la persona –consumidor*, relegándola a ámbitos de marginación y exclusión. *La actitud hacia las drogas ilegales está basada en la ideología de personas que nunca han consumido este tipo de drogas, pero que, generalmente, son adictos a otras sustancias legales* (ALEMANY y ROSSELL, 1981:8).

El consumo de las drogas institucionalizadas suele coincidir con los intereses de la ideología dominante. En materia económica, supone un importante apoyo a las grandes industrias alcohólicas y farmacéuticas, en el terreno ideológico refuerza los valores de la sociedad de consumo, la productividad, competitividad, etc. y a nivel popular, su uso está incorporado en la población y no es fácilmente sustituible (ALEMANY y ROSSELL, 1981:8).

Ante esta situación es normal que el imaginario social represente una concepción ideológica de la droga en la que el problema social y económico del alcoholismo, verdadero problema de las drogodependencias en España, quedaba minusvalorado (RODRÍGUEZ CABRERO, 2001). De igual forma, observamos como el campo de las drogas es una de las zonas de la vida social que más se encuentran estigmatizadas, pero esta estigmatización, al ser contextual, puede tener diversos grados o simplemente no darse, todo depende del nivel microsocial: *así, en un ambiente contracultural, un fumador de marihuana quizás no esté estigmatizado y, en cambio, considerando también diversos contextos, en alguno de ellos, un alcohólico puede estar estigmatizado* (ROMANÍ, 1999:153).

Otro aspecto importante que incide en la estigmatización o no de un consumidor de drogas, es el factor histórico y temporal en el que se encuentre una determinada sociedad (MOLINA, CARRIÓN y GALLEGU, 1995:13)

En muchas ocasiones es *la cultura y el status social los que actúan como incitador o como moderador de consumo de ciertas drogas*, en algunas etapas de la vida (la juventud, sobre todo), en algunos lugares (bares y centros sociales), *por ciertas profesiones (forzados profesionalmente a un consumo de alcohol y tabaco como trabajadoras de barras americanas o forzados profesionalmente a dejar de fumar al menos en la jornada laboral) o la presión del grupo social para el consumo de porros, cocaína u otras drogas en ciertos ambientes de profesionales liberales, jóvenes yuppies o presos y prostitutas* (MOLINA, CARRIÓN y GALLEGU, 1995:14).

Por último, vamos a ver como el consumo del alcohol, aparte de estar fomentado por los medios de comunicación, la autoridad social y el sistema sanitario en general, (ALEMANY y ROSSELL, 1981:8), está motivado por *las creencias y actitudes que los adolescentes y jóvenes poseen en torno al alcohol*, éstas están basadas en una *atribución de efectos positivos, y al mismo tiempo de una percepción lejana de los efectos negativos*, todo ello va a provocar el consumo social de alcohol, *un consumo entre amigos, durante el fin de semana y en un contexto facilitador de las relaciones sociales entre iguales. Los efectos ciertos e inmediatos de facilitación social, el efecto psicoactivo de placer y evasión refuerza la idea de consumo como forma de*

sociabilidad positiva y contrasta con la escasa probabilidad de los efectos negativos. De esta forma se construye la representación social positiva del alcohol que nos acercan a un modelo social de consumo de alcohol (www.idea_preencion.com. 2001).

En relación a las creencias y actitudes que la población tiene de los consumidores de drogas, y atendiendo al último estudio realizado por EDIS bajo el encargo del Comisionado para la Droga, podemos observar como en la región andaluza a la hora de calificar a los consumidores de heroína y cocaína se utiliza el calificativo de enfermo, mientras, cada vez es más generalizado, identificar al consumidor de alcohol como normal (NAVARRO y GÓMEZ, 1999: 160).

CALIFICATIVO	ALCOHOL	HEROÍNA	COCAÍNA
Normal	40'8	2'5	3'2
Enfermo	44'2	71'2	67'2
Pasota	3	4'1	4'7
Vicioso	11'5	17'9	21'5
Delincuente	0'5	4'3	3'4
TOTAL	100	100	100

CALIFICATIVO PARA LOS QUE TOMAN ALCOHOL	1992	1994	1996	1998
Normal	19'8	24	27'8	40'8
Enfermo	53'3	52'9	51'3	44'2
Pasota	3'8	4'3	3'7	3
Vicioso	21'7	18	17	11'5
Delincuente	1'4	0'8	0'2	0'5
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: NAVARRO y GÓMEZ, 1999: 160

• Drogodependencia y SIDA, un abordaje desde la dimensión simbólica.

La enfermedad del SIDA fue descubierta por Michel Gottlieb en 1981, desde ese momento se inician numerosos estudios e investigaciones de una enfermedad que ha causado un profundo impacto científico, sanitario, social, cultural y económico (Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería, 1994:13).

El SIDA y las drogodependencias han constituido el fenómeno social más importante de la segunda mitad del siglo XX. Al igual que las grandes pestes del pasado la indefensión de la sociedad frente a esta enfermedad ha provocado una respuesta de incompreensión y miedo (FALGUERAS, 1995:50; COMBY y DEVOS, 1996:236; PRATS,1997:17; SONTAG, 1996:112; ROMANÍ, 1991:63).

El SIDA *ha estado asociado a grupos sociales que aparecen como diferentes en relación a pautas de normalidad socioculturales* (ROMANÍ, 1991:65). Es conveniente tener en cuenta que tanto los comportamientos considerados normales como la propia *percepción del riesgo se ven medidos por los intereses dominantes y el conjunto de valores y creencias imperantes. El riesgo se evalúa siempre desde un sistema de creencias y actitudes, es una construcción cultural* (GAMELLA, ÁLVAREZ ROLDÁN, 1999:244). Por todo ello la afección de colectivos vistos como excluidos, peligrosos y desviados de las normas comunes, especialmente homosexuales, heroinómanos y prostitutas (ROMANÍ, 1991:68–69), y su carácter de

enfermedad transmitida por unas determinadas prácticas de riesgo (relaciones sexuales y uso compartido de materiales inyectables) hace que se cree el mito del castigo (FALGUERAS, 1995:50; MORÍN,1996:205; ROMANÍ, 1991:68–69; SÁNCHEZ, ROMO, PÁEZ, 1996:189; SONTAG, 1996:112).

Siguiendo lo expuesto por ROMANÍ podemos concretar el mito del castigo mediante el siguiente esquema:

Fuente: Adaptación de ROMANÍ (1991: 68).

Por lo tanto, las actitudes hacia las personas seropositivas o enfermas de SIDA parece basarse en la siguiente lógica: cuanto más se juzga que una persona es responsable de su situación más se la desvaloriza (COMBY y DEVOS, 1996:234).

Las actitudes de rechazo van unidas a explicaciones que priorizan en la responsabilidad de los propios individuos, *en el caso del SIDA, comparativamente por ejemplo con el cáncer, la responsabilidad individual está más presente: los individuos tienden a pensar que las personas son responsables de su infección. Y se observa una desvalorización del individuo contagiado, en comparación con el cáncer en el que la responsabilidad individual es menos importante* (COMBY y DEVOS, 1996:236), de esta forma se constata que, *las personas infectadas por consumo de drogas por vía intravenosa se les considera más responsables de su infección que a las contagiadas por transfusión sanguínea* (COMBY y DEVOS, 1996:240).

Son muchos los autores que ponen de manifiesto las fuertes repercusiones sociales que tienen las enfermedades contagiosas, el SIDA entre ellas, y es evidente que las reacciones sociales se suelen perpetuar a lo largo de la historia. Desde la Edad Media hasta nuestros días han imperado argumentos personalistas y naturalistas, entendiendo por personalistas *un tipo de cultura en que la enfermedad se debía a un agente externo (humano, divino o sobrenatural) y en que la persona enferma era vista como objeto de una agresión o de castigo. En los sistemas naturalistas, la enfermedad se explica en términos impersonales, como si los elementos que componen el cuerpo se encontraran en una situación de desorden y esta turbación fuese explicable solamente en términos naturales* (PRATS,1997:15–16).

Un aspecto importante que debemos tener en cuenta, a la hora de abordar la dimensión simbólica del fenómeno droga–SIDA, es el término *Sujeto de Referencia Social*, ampliamente estudiado por BODÓN y HURTADO (1997). Estos autores señalan como habitualmente el drogodependiente se suele identificar con la expresión soy adicto. Ésta es una respuesta anticipada por la vía de la *Identificación Bruta al Significante*, esto es: *un sujeto identificado a un significante en posición de objeto, con el fin de volver consistente al Otro*. Esta identificación (soy drogadicto, soy alcohólico), es a un significante que le viene del discurso médico–legal.

Este Sujeto de la Referencia Social es *un sujeto históricamente determinado por los ideales y la moral de una época. [...] El Soy adicto se ubica, por un lado, en relación a la ley del Código Penal como delincuente; y por otro lado, en relación a la semiología médica, como enfermo* (BODÓN y HURTADO,1997).

Al igual que en cualquier otro ámbito de la sociedad, en este terreno existe una fuerte dualización en torno a marcadores de identificación (consumidores de drogas versus no consumidores y enfermos de SIDA versus no afectados). Todo ello genera un sistema complejo de identidad, por un lado el Ellos, formado por los colectivos estigmatizados, y por otro, el Nosotros, los no consumidores, o al menos, no visibles ni molestos. *El posicionamiento más general consiste en mantener la distancia en el sentido de control del espacio personal y la activación de la categorización Yo–Nosotros–Ellos* (MORÍN, 1996:206).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEMANY BARRIS, G. y ROSSELL POCH, T.: Actitudes sociales ante el consumo de drogas. En *Revista de Trabajo Social*. nº 82. Barcelona. pp.7–11 1981.

BODÓN, J. y HURTADO, G.: La identificación masiva al significante Soy Adicto del Sujeto de la Referencia Social. En *Las patologías del consumo*. www.lanzadera.com/infodro.es 2001.

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA.: *SIDA. Un concepto en evolución. Guía de autoapoyo para el profesional sanitario*. Zaragoza. p.13 1994.

COMBY, L. y DEVOS, T.: Atribución de responsabilidad y discriminaciones. En *El desafío social del SIDA*. Basabe, N. Páez, D. Usieto, R y Paicheler H. Fundamentos, Madrid. pp.234-240 1996.

COMELLES, J.M^a. y MARTNEZ, A.: *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Eudema, Madrid 1993.

ESCALERA REYES, J.: *Sociabilidad y relaciones de poder*. En <http://www.fices.unsl.edu.ar/kairos/k6-02.htm> 2001

FALGUERAS, L.: *Vivir con el SIDA. Prevención, consejos y orientación*. Colimbo, Barcelona. p. 50, 1995.

FERNÁNDEZ GALIANO, D.: La lucha contra las enfermedades infecciosas. En *Ética y Biología*, nº 53. Madrid. pp 121-151, 1981.

FOSTER, G.M. y ANDERSON, B.: *Medical Antropology*. Ed. Wilwy, Nueva York, 1978. Citado en PRATS, J.: Criterios para plantearse una acción didáctica ante un fenómeno social de gran trascendencia: el caso del proyecto Sida. Saber ayuda. En *Aplicaciones didácticas del programa Sida. Saber ayuda*, fundación La Caixa, Barcelona, pp.15-17, 1997.

GAMELLA, J.F.: *La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia*. Popular, Madrid. p.27, 1990.

GAMELLA, J.F. y ÁLVAREZ ROLDÁN, A.: *Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles*. Ariel, Barcelona. pp.242-244, 1999.

GOFFMAN, E.: *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires. 1989.

HUICI, C.: Estereotipos. En *Psicología Social y Trabajo Social* MORALES, J.F. y HUICI, C. Cap. XI. Mc Graw-Hill, Madrid 1996.

LAMO DE ESPINOSA, E.: *Delitos sin victima. Orden social y ambivalencia moral*. Alianza, Madrid 1989. En ROMANÍ, O.: SIDA y drogas. De la sobreestigmatización a la racionalización del problema en *Antropología de la Medicina*, vol. XL, nº 942, pp. 63-74. 1991.

MARCONI, M.E.: *La discriminación psico-social de pacientes toxicómanos portadores de VIH y enfermos de SIDA*. Ponencia en Cursos de Formación en Toxicomanías para personal Sanitario. Unión Sindical Obrera y Plan Nacional sobre Drogas, Madrid 1997.

MOLINA MOLINA, B. CARRIÓN RAMÍREZ, A. L. GALLEGUO DÍAZ, J.J.: *Cuaderno de orientación para Asistente Sociales*. Junta de Andalucía. Conserjería de Salud y Servicios Sociales. Comisionado para la Droga, Sevilla. pp.24 y ss. 1995.

MONTAGNIER, L.: *SIDA. Los hechos, la esperanza*. Fundación La Caixa, Barcelona. p.3, 1993.

MORIN, M.: Representaciones sociales y prevención del SIDA en *El desafío social del SIDA*. Basabe, N. Páez, D. Usieto, R y Paicheler H. Fundamentos, Madrid. 1996.

MOSCOVICI, S. *La Psychanalyse, son image et son public*. París, PUF. 1961.

NAVARRO BOTELLA, J. y GÓMEZ GÓNZALEZ, E.: *Los andaluces ante las drogas VI*. Junta de Andalucía, Sevilla, pp. 160. 1999.

NEUMAN, E.: *Enfoque criminológico. La legalización de las drogas: una visión latinoamericana*. En www.lanzadera.com/infodro.es. 2001.

PÉREZ MADERA, D.: Factores sociales que incrementan la vulnerabilidad de personas con patología dual. En *Patología Dual*. Cap. V. Agencia Antidroga, Madrid. 2000.

PRATS, J.: Criterios para plantearse una acción didáctica ante un fenómeno social de gran trascendencia: el caso del proyecto Sida. Saber ayuda. En *Aplicaciones didácticas del programa Sida. Saber ayuda*, fundación La Caixa, Barcelona, pp.15–17. 1997.

RODRÍGUEZ CABRERO, G.: *Drogo dependencia y exclusión social desde la reflexión sociológica*. En www.lanzadera.com/infodro/htm. 2001

ROMANÍ, O.: SIDA y drogas. De la sobreestigmatización a la racionalización del problema en *Antropología de la Medicina*, vol. XL, nº 942, pp. 63–74. 1991.

ROMANÍ, O.: *Las Drogas. Sueños y razones*. Ariel, Barcelona. pp.153–154. 1999.

SÁNCHEZ, F. ROMO, I. PÁEZ, D.: Aportaciones del concepto de prototipo en la investigación sobre SIDA. Implicaciones y limitaciones en *El desafío social del SIDA*. Basabe, N. Páez, D. Usieto, R y Paicheler H. Fundamentos, Madrid. 1997.

SONTAG, S.: *La enfermedad y sus metáforas y el SIDA y sus metáforas*. Taurus, Madrid. 1996.

STERK–ELIFSON, C.: Just for fun?: Cocaine use among middle–class women. En *Journal of Drug Issues*. nº 26. pp.63–76. 1996.

TORRENS, M.: *Convivir con drogas. Todo sobre todas las drogas*. Colimbo, Barcelona. 1995.

TOUZÉ, G. Y ROSSI, D.: *La construcción social del problema droga. Representaciones sociales de las drogas*. En www.lanzadera.com/infodro/htm. 2001.

www.idea_prevenccion.com. *Un modelo de evaluación de tipologías en toxicomanías*. 2001.

www.lanzadera.com/infodro.es *Aspectos éticos de los Programas de Sustitución para dependientes de Opiáceos*. 2001.

YZERBYT, V. y SHADRON, G.: Estereotipos y juicio social Cap.VII. En *Estereotipos, discriminación y relaciones entre grupo*. BOURHIS. R. Mc Graw–Hill, Madrid. 1996.

Muchas de las imágenes culturales sobre el SIDA y los sidosos tienen un claro antecedente en el paradigma de a droga y el drogadicto (ROMANÍ, 1991:66).

Este será uno de los temas que a lo largo del trabajo será desarrollado con mayor amplitud, especialmente se tratarán temas como la relación jurídica–normativa y las actitudes sociales, las representaciones sociales, la construcción droga legal y droga ilegal y la conformación del alcohol en una droga plenamente legitimada por el conjunto de la sociedad.

Entiéndase por poder la capacidad de unos individuos o grupos para influir, determinar, condicionar u obligar

el comportamiento y el pensamiento de otros individuos o grupos. (ESCALERA, 2000)

ALEMANY BARRIS, G. y ROSSELL POCH, T.: Actitudes sociales ante el consumo de drogas. En *Revista de Trabajo Social*. nº 82. Barcelona. 1981. pp.7-11

Entiéndase por representación social *un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquica gracias a la cual los hombres hacen inteligible la realidad física y social, y se integran en un grupo o una relación cotidiana de intercambio* (MOSCOVICI, 1961), *se trataría de un elemento cardial para integrar los datos nuevos que se presenten en un sistema de referencia, es como el lugar de encuentro social, el punto de acuerdo según el cual la realidad social adquiere un sentido, un orden y una finalidad* (MOLINA, CARRIÓN, GALLEGO, 1995: 24).

En el imaginario social opera una visión de los drogodependientes como: *Jóvenes descamisados, melnudos, sucios, con actitud indiferente y que no participan en las normas convencionales, no aspiran a un puesto en la sociedad* (ALEMANY y ROSSELL, 1981:10). *Jóvenes, informales y desarraigados* (ROMANÍ, 1999:153). *Jóvenes, minorías étnicas, inmigrantes, extranjeros y grupos marginales* (RODRÍGUEZ CABRERO, 2001). *Minorías urbanas e individuos pobres cuyas vidas se caracterizan por múltiples problemas sociales que además de la adicción a las drogas incluyen crimen, violencia, embarazo de adolescentes, y desempleo* (STERK-ELIFSON 1996:63-76). *Al drogadicto se le atribuyen tendencias reprimidas que toda persona posee y no se atreve a reconocer. Básicamente serían la liberación de la conducta instintiva y la trasgresión de la norma y de los valores sociales: puede vivir sin trabajar, puede hacer el amor sin casarse o comprometerse, puede desplazarse de un lugar a otro...* (ALEMANY y ROSSELL, 1981:10).

Vulnerabilidad entendida por Robert Castell como *el enfriamiento del vínculo social que precede a su ruptura* (citado en PÉREZ MADERA, 2000)

Ver ROMANÍ, 1991:65; 1999:154; TOUZÉ y ROSSI, 2001.

TORRENS, 1995:9; ALEMANY y ROSSELL, 1981:8; RODRIGUEZ CABRERO, 2001; ROMANÍ, 1999:153; MOLINA, CARRIÓN, GALLEGO, 1995: 13; www.idea_prevencion.com. 2001.

En España estuvo mal visto el consumo de tabaco, sobre todo entre las mujeres, hasta este siglo, y estamos viendo como en la actualidad, tras los cambios sociales y culturales recientes, por una parte, desde hace diez-quince años es más frecuente su consumo entre mujeres, y, por otra, desde hace uno-dos años, se está convirtiendo de nuevo en un consumo mal visto y hasta castigado y perseguido, tanto en varones como mujeres, con lo que, otra vez en la historia, los fumadores están siendo obligados a sentirse drogodependientes y el hábito de fumar, valorado como toxicomanía. (MOLINA, CARRIÓN y GALLEGO, 1995:13)

En la misma línea se expresan SÁNCHEZ, ROMO y PÁEZ (1996:189) al señalar que se hace una *evaluación moral negativa de homosexuales y heterosexuales promiscuos atribuyéndoseles mayor culpa, enfado y responsabilidad individual por estar infectados por el VIH.*

FERNÁNDEZ GALIANO, D.: La lucha contra las enfermedades infecciosas. En *Ética y Biología*, nº 53. Madrid. pp 121-151. 1981.

COMELLES, J.Mª. y MARTNEZ, A.: *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Eudema, Madrid. 1993.

FOSTER, G.M. y ANDERSON, B.: *Medical Antropology*. Ed. Wilwy, Nueva York, 1978. Citado en PRATS, J.: Criterios para plantearse una acción didáctica ante un fenómeno social de gran trascendencia: el caso del proyecto Sida. Saber ayuda. En *Aplicaciones didácticas del programa Sida. Saber ayuda*, fundación La Caixa, Barcelona, pp.15-17. 1997.

Claro que el comportamiento de uno y otro grupo es distinto, ya que los homosexuales están cambiando sus hábitos lo que podría significar que allí el mal no se extienda, mientras que entre los drogadictos esto no ocurre por el *sentimiento de autodestrucción* que lleva implícito.

Barrios Arrechea, Ministro de Salud. *Diario clarín, El SIDA en Argentina hoy*, 9/04/89. pp. 8 y 9.

La masa de consumidores drogodependientes se convierte en una verdadera *subclase de zombies destinados a sobrevivir a costa de la seguridad social...*; en la comunidad de los zombies es por lo menos ingenuo hablar de derechos individuales.

Rodolfo Barra, Ministro de Justicia. *Diario Clarín*, 4/11/94, pág. 19.

PROBLEMATIZACIÓN DE

CIERTAS CONDUCTAS

SE PERCIBEN COMO UNA AMBIVALENTE CARGA DE ATRACCIÓN-CONTAMINACIÓN

ALARMA SOCIAL

ESTIGMATIZACIÓN

MARGINACIÓN

CASTIGO