

Touzé, Graciela

## Saberes y prácticas sobre drogas

El caso de la pasta base de cocaína.

Intercambios. Buenos Aires. 2006.

El uso de drogas se presenta como una trama compleja de representaciones y prácticas en donde se articulan procesos sociales, económicos, políticos, ideológicos y culturales. Se constituye en un problema cuyos efectos implican el refuerzo de procesos de normatización y disciplinamiento social y, consecuentemente, de estigmatización y discriminación de grupos sociales. Esto se expresa en una política con una dirección claramente criminalizadora que define la actitud social frente a los afectados y contribuye a construir el tipo de comportamiento adoptado por dicha población. A los usuarios de drogas se los inscribe socialmente en un proceso que entrecruza dos lógicas: la sanitaria, de cura, y la punitiva, de control.

La percepción social dominante encadena conceptualmente droga-sida-delito-inseguridad ciudadana y legitima mecanismos coercitivos de control encarados tanto desde el Estado (represión penal) como inscriptos en la vida cotidiana formando parte de las *representaciones sociales*.<sup>1</sup> Encuentran así justificación prácticas discriminatorias y estigmatizantes claramente violatorias de los derechos de las personas. En este caso, de los usuarios de drogas.

### 1.1. Medicalización y control

Durante el siglo veinte, un número cada vez mayor de situaciones que antes no eran definidas como "problemas médicos" han ingresado en su jurisdicción. Ivan Illich (1978) calificó este fenómeno como "medicalización de la vida". Este proceso de medicalización tiene consecuencias en las formas de definir, interpretar y tratar/resolver los hechos de los que se ocupa.

Si bien esto remite a un amplio espectro de acontecimientos, tales como el embarazo y el parto, las normas de crianza de los niños, etc., nos centraremos en la *medicalización de la anormalidad*, es decir en "la definición y la etiquetación del comportamiento anormal como problema médico, como enferme-

---

1 Por representación social entendemos la articulación entre los modos de percibir, categorizar y significar (dar sentido). Estas abarcan el conjunto de nociones, categorizaciones y prescripciones que dan sentido y modelan las características de las prácticas sociales (Grimberg, 1995).

dad, que obliga a la clase médica a aportar algún tipo de tratamiento" (Conrad, 1982: 130). Simultáneamente, se observa una creciente utilización de la medicina como agente de control social.

Un análisis del concepto de medicalización requiere referirnos a dos conceptos: la construcción social de la enfermedad y la relación entre enfermedad y anormalidad. Podemos reconocer diversos enfoques en la conceptualización de la enfermedad: el concepto positivista, que define a la enfermedad como proceso biológico, que afecta el buen funcionamiento del organismo; la posición cultural relativista, para la que una condición es enfermedad sólo si así es reconocida y definida por la cultura, y el enfoque construccionista, para el que "las enfermedades son juicios que los seres humanos emiten en relación con condiciones que existen en el mundo natural" (Conrad, 1982: 134). Esta última concepción integra lo simbólico a otros procesos y entiende que la *construcción social de la enfermedad* implica procesos sociales subjetivos y categorizaciones cognitivas y normativas. Desde este enfoque, Conrad trabaja con las designaciones de la enfermedad como juicio social y negativo. "De ello se desprende lógicamente que tanto la diagnosis –como clasificaciones sistematizadas– como los tratamientos se fundamentan en estos juicios sociales; no se puede separarlos" (Conrad, 1982: 136).

Por otra parte, las relaciones existentes entre *enfermedad* y *anormalidad* ya fueron señaladas por Parsons (1984: 441): "La enfermedad tiene que ser definida –en uno de sus aspectos principales– como una forma de conducta desviada". Para este autor, inscripto en la orientación positivista, la desviación es real, existe en la experiencia objetiva y remite al comportamiento que se encuentra por fuera del sistema normativo (enfermedad y criminalidad). Por lo tanto, interesa preguntarse por las causas de la conducta anormal. Contrariamente, el interaccionismo considera a la desviación como una definición social: nociones como bueno/malo, correcto/incorrecto, sano/enfermo son relativas y socialmente construidas en el marco de relaciones de poder. De allí que para la perspectiva interaccionista, el interés se centra en los procesos de construcción de tales definiciones y en las consecuencias del etiquetamiento tanto para los "desviados" como para los autores de esas atribuciones.

Diversas áreas y prácticas sociales han sido definidas de diferente manera en cada momento histórico. Estas definiciones implicaron la designación de distintos agentes de control. Volviendo entonces al planteo inicial –la medicalización de la anormalidad–, las definiciones médicas de la conducta desviada aumentaron en forma creciente en las modernas sociedades industriales. "A las conductas desviadas, antes definidas como inmorales, pecaminosas o criminales, se les han dado significados médicos. Algunos dicen que la rehabilitación ha reemplazado al castigo, pero en muchos casos los tratamientos médicos se han convertido en nuevas formas de castigo y control social" (Conrad y Schneider, 1985: 1).<sup>2</sup>

Es así que prácticas sociales designadas como desviación en distintos momentos históricos fueron conceptualizadas y, por ende, controladas por distintas agencias. Se advierte un pasaje que, partiendo de la definición de la desviación como pecado, controlado por la Iglesia, recategorizó ciertas prácticas como delito, que pasó a ser controlado por el Derecho, y luego como patología, sobre la que tiene autoridad la Medicina. Este pasaje conlleva la transformación de la noción de intencionalidad/culpabilidad en la de no intencionalidad/inimputabilidad y el cambio de un paradigma punitivo a uno rehabilitador. Como señala Freidson (1978: 249): "El derecho trata con actos de desviación imputada por los que el actor es hecho responsable y por los que debe pagar, en tanto que la Medicina se ocupa de la desviación imputada por la que no se considera que el actor es responsable y que es 'tratada' más que 'castigada'". Este pasaje está influido por procesos ideológicos de secularización y de humanitarismo, junto con procesos socioeconómicos, ligados al papel del Estado y a su función regulatoria. Estos cambios en la definición del comportamiento anormal, de sus sanciones y agentes de control son conflictivos y en cada momento histórico pueden coexistir distintas agencias encargadas del control de ciertas prácticas, como resulta evidente en el caso particular del uso de drogas ilícitas (Touzé, 2001).

Para que este proceso de medicalización se produzca, Freidson (1978) indica una serie de condiciones.

- Un comportamiento debe ser socialmente definido como anormal.
- Debe ser socialmente definido como problema por un grupo de poder.
- Las formas previas de control social deben ser consideradas insuficientes o inaceptables.
- La institución médica debe estar de alguna manera preparada para hacerse cargo de dicho comportamiento.
- Deben existir algunos datos orgánicos sobre la fuente del problema.
- La clase médica debe aceptar que el comportamiento anormal entra en su jurisdicción.

El mismo autor señala que la medicalización de la anormalidad tiene una serie de consecuencias, tales como:

- Expansión de la jurisdicción de la medicina, sin tener en cuenta su capacidad para ocuparse adecuadamente de un problema. Esto se asocia al crecimiento de la industria farmacéutica y a la interconexión entre medicina y gobierno.
- Oscurecimiento de la preeminencia del orden moral por el vocabulario tecnológico-científico de la medicina.
- Profesionalización de los problemas humanos y sociales y delegación en los expertos de su atención, con su consecuente despolitización.
- Utilización de métodos poderosos y a veces irreversibles para tratar el comportamiento anormal, que generalmente sirven de apoyo al *statu quo*.
- Individualización de las dificultades humanas y minimización de su naturaleza social.

## 1.2. De práctica social a delito-enfermedad

Estos conceptos resultan útiles para analizar la *práctica social*<sup>3</sup> del consumo de sustancias psicoactivas como ejemplo del proceso de medicalización.

Cualquier tratado de farmacología da cuenta de la enorme variedad de psicofármacos naturales y sintéticos disponibles en la actualidad. Esto no debe hacer olvidar la complejidad del tema desde el punto de vista temporal y espacial. Salvo las comunidades que viven en zonas árticas, desprovistas de vegetación, no hay un solo grupo humano que no haya hecho uso de alguno de ellos desde tiempos inmemoriales hasta la actualidad.

Ahora bien, "los consumos ritualizados no se consideran 'problemas'. Su uso no se define como abuso y el abuso eventual es considerado como un accidente" (Ralet, 2000: 43). Así, en las culturas helénicas el vino era considerado el espíritu de Dionisios; para el cristianismo es la sangre de Cristo; para un quechua de los Andes la hoja de coca es un don sagrado de la Pacha Mama. Tradicionalmente, las sustancias psicoactivas han jugado el doble rol de "facilitadores del vínculo social" (ilustrado por el milagro de la transformación del agua en vino en las bodas de Canaá) y de "vehículos hacia lo sagrado" (ilustrado por la transformación del vino en sangre de Cristo).

Tal como plantea Oriol Romani (1992: 261), "los usos de drogas son un fenómeno universal, mientras que la existencia de la drogodependencia como fenómeno social es característico de las sociedades urbano-industriales". Esto hace al asunto de las drogas un fenómeno plural en sí; se da en una pluralidad de tiempos, en una variedad de lugares y por medio de diversas sustancias.

Al respecto, Antonio Escohotado señala (1989: 24): "Tras milenios de uso festivo, terapéutico y sacramental, los vehículos de ebriedad se convirtieron en una destacada empresa científica, que empezó incomodando a la religión y acabó encolerizando al derecho, mientras comprometía a la economía y tentaba al arte".

Este párrafo sintetiza el pasaje en la conceptualización de una práctica que, integrada socialmente durante siglos, pasó a ser definida como desvío y controlada sucesiva y conflictivamente por diversas agencias. El "problema droga" se constituyó como tal en la modernidad. Fue en el tránsito de la modernidad que la tradición y lo divino dejaron de ser los valores dominantes que daban sentido a la existencia, que se produjeron rupturas en las formas de regulación colectiva que pusieron en cuestión la estabilidad de los lazos sociales y permitieron el desarrollo y la valoración de la subjetividad individual. Aparecía la burguesía como clase; el comercio se institucionalizaba bajo las leyes del mercado que fue desplazando el poderío de los Estados. Junto con la emergencia de la subjetividad, diversas prácticas se privatizaron. Surgió el YO de la moder-

nidad, vinculado al derecho de la persona y a los vínculos contractuales. Se constituyó la familia moderna como familia nuclear; los ámbitos de lo doméstico y lo privado se delimitaron con mayor fuerza. En este movimiento también cambió la representación del cuerpo, la apropiación del sujeto de su propio cuerpo.

El uso de drogas fue perdiendo su sentido de facilitador del vínculo social o de vehículo hacia lo sagrado y se convirtió en una práctica privada que refería a la predilección por un producto. "En el siglo XIX aparecen los 'exploradores de drogas exóticas', curiosos por las drogas extranjeras, como el gran psiquiatra Moreau de Tour, que inició al *haschisch*, traído por el ejército de Napoleón de la campaña en Egipto, a un gran número de personas, entre ellos a Téphile Gauthier y Charles Baudelaire. De práctica religiosa o distracción social el uso de una droga se convierte en una experiencia artística y psicológica" (Ralet, 2000: 44).

La práctica del uso de drogas comenzó a ser definida como anormal y como problema recién en la segunda mitad del siglo XIX.<sup>4</sup> Este proceso histórico se inició con la emergencia de una voluntad de los Estados de intervenir en estos consumos. A fines del siglo XIX, se acuñó el término *toxicomanía*, para designar a aquellos que abusaban de drogas no tradicionales en Occidente. De la referencia a un producto de predilección, se pasó a la descripción de una desviación: el abuso, forzosamente perverso, de un producto tóxico. Como señalan Castel y Coppel (1994: 222): "Para las sociedades occidentales, sólo a partir del siglo XIX la toxicomanía plantea un problema social. Momento que se puede formalizar de la siguiente manera: cuando una sociedad no puede ya conformarse con movilizar sus regulaciones tradicionales para enmarcar el consumo de los productos. Este momento no puede simplemente pensarse en la lógica del abuso o del exceso, sino en la de la ruptura".

Podemos ubicar el origen de esta definición en un nivel estrictamente sociopolítico y fue en los EE.UU. donde con mayor claridad se advirtió la "empresa moral" encarada por los grupos de poder anglosajones. Escohotado (1989) ha señalado la necesidad de poner de manifiesto las diferentes perspectivas que intervinieron en la génesis del *prohibicionismo*.

En primer lugar destaca el retorno, especialmente vigoroso en el mundo anglosajón, del elemento religioso tradicional que había sufrido un retroceso tras las revoluciones laicas del siglo XVIII. Esta actitud se tradujo en una demonización de los fármacos (el alcohol en primer lugar) considerados plagas impuras que amenazaban a la sociedad.

Por otra parte, las tensiones sociales, producto del proceso de proletarianización e industrialización y la consecuente concentración urbana, provocaron

4 No nos detendremos, por considerar que excede los límites de este trabajo, a analizar dos situaciones históricas que preanunciaron este pasaje a la "anormalidad": la persecución a los cultos báquicos, ligados al consumo de alcohol, en el Bajo Imperio Romano y la "caza de brujas" en el medioevo, con su asociación al uso de sustancias psicoactivas. Ver Escohotado, 1989.

que comenzaran a aceptarse, por un lado, algunas formas de ebriedad como "desviación" admitida en ciertos grupos y, por otro, la implementación de formas de control orientadas hacia sectores marginados. Esta perspectiva refiere a la relación existente, por ejemplo, entre la condena de la marihuana y el ingreso masivo de migrantes mexicanos a los EE.UU. Lo mismo sucedía con el opio asociado a la población china, pobre e industrial, pero exigente en materia de salarios. "Al vincularse los hábitos farmacológicos con características étnicas y sociales va fortaleciéndose un comportamiento etnocéntrico que acabará distinguiendo entre drogas de razas 'pueriles' y razas 'civilizadas'" (Escohotado, 1989: 116).

Un tercer elemento que intervino en la génesis del prohibicionismo se asocia al proceso de medicalización analizado en el apartado anterior. La evolución del estamento médico y su asunción de competencias, antes reservadas al eclesiástico, preparaba al futuro profesional médico como celoso guardián del bienestar general, desde una perspectiva autoritario paternal.

Una frase de Benjamín Rush, fundador de la psiquiatría y uno de los firmantes de la Declaración de Independencia de los EE.UU., ilustra acabadamente esta evolución: "En lo sucesivo será asunto del médico salvar a la humanidad del vicio tanto como hasta ahora lo fue del sacerdote. Concibamos a los seres humanos como pacientes en un hospital; cuanto más se resistan a nuestros esfuerzos por servirlos más necesitarán nuestros servicios" (Citado en Szasz, 1981: 185).

Otro factor se relaciona con la progresiva expansión administrativa del Estado a partir de la segunda mitad del siglo XIX, que lo condujo a una asunción de funciones y servicios antes reservados a la sociedad civil que devendría en el Estado de Bienestar. La asistencia estatal (a los alcohólicos entre otros) legitimó así formas de control en momentos en que la explosiva relación entre capital y trabajo amenazaba al orden establecido.

Por último, el conflicto chino-inglés respecto del opio, que generó nuevos estereotipos y pautas coloniales. El imperio chino estuvo dominado hasta principios del siglo XX por conquistadores venidos de Manchuria, cuya condición de extranjeros se hizo notar en diversas decisiones. Entre otras, la prohibición de fumar opio, tradición arraigada desde mediados del siglo XVII como reacción ante las restricciones impuestas al tabaco por el último emperador Ming. En 1793 se habían prohibido la importación de opio y el cultivo de adormidera, favoreciendo así la expansión del contrabando. Para esa época los ingleses eran los principales proveedores del mercado chino y el gobierno manchú se limitaba a responder al contrabando con un gravamen sobre el té exportado, hasta que en 1838 la balanza comercial china arrojó un saldo desfavorable. China decidió entonces frenar el contrabando mientras la Cámara de los Comunes inglesa resolvió no abandonar tamaña fuente de ingresos. Se produjo entonces una declaración de guerra que inauguró una larga serie de conflictos. Para finales del siglo XIX, los ingleses apenas obtenían ganancias de su

antiguo negocio, "mientras los norteamericanos —con una mezcla de mesianismo e intereses mercantiles— aspiraban a sustituirlo por otros" (Escohotado, 1989: 158). Se propuso entonces convocar a una conferencia internacional sobre el opio "para ayudar al pueblo chino"; el resultado fue una reunión realizada en Shanghai en 1909, que sería el germen de las posteriores iniciativas prohibicionistas internacionales.

La Historia nos muestra así como, en menos de un siglo, el consumo de drogas pasó de ser una práctica privada a evaluarse como una muestra de la "debilidad moral" de grupos considerados amenazantes (chinos, negros, latinos, irlandeses e italianos), para convertirse durante el siglo XX en un delito de carácter planetario, merced a los Convenios de Ginebra.<sup>5</sup>

### 1.3. La "droga" como amenaza-peligro y las formas de control social

Con el auge del prohibicionismo se desarrollaron diversos argumentos que, desde la perspectiva jurídica o sanitaria, estuvieron orientados a interpretar los usos de algunas sustancias. Entre ellos, el argumento de la *peligrosidad* de ciertas drogas ha sido el más empleado para justificar los tratamientos obligatorios recomendados por médicos, abogados, trabajadores sociales o psicólogos a aquellos sujetos que se identificaban como adictos a esas drogas. En este caso el argumento dio sustento a una práctica profesional, el tratamiento compulsivo, que otorga preeminencia al criterio de la defensa social, más que a la particular situación del sujeto y sus deseos o posibilidades (Rossi, 1998).

Como lo indica la etimología de la palabra fármaco, que encierra el doble significado de remedio y veneno simultáneamente, muchas de las sustancias consideradas peligrosas pueden tener utilidades terapéuticas, como ocurre con cualquier otra droga. Por esa razón, el argumento destinado a los toxicólogos, farmacéuticos y a otros especialistas en la administración de drogas, ha sido principalmente el de la *inutilidad* de esas sustancias, sustituyendo así el argumento de la peligrosidad que esos saberes no convalidan. Ejemplo de ello es la exaltación de la metadona como sustituto de cualquier uso de heroína<sup>6</sup> o las diferencias que se establecen entre morfina y heroína (Mino y Arsever, 1996).<sup>7</sup>

Son estos argumentos los que dan sustento a las actuales formas de control de las drogas. Entendemos por *control social* a los medios utilizados por una

5 Los Convenios de Ginebra son una serie de acuerdos internacionales sobre fiscalización de estupefacientes. En 1925 se firmó el primero.

6 Según datos del Ministerio del Interior inglés, la metadona es más tóxica que la heroína. Por otra parte, la policía metropolitana de Londres comprobó que muchos usuarios cambian en el mercado negro la metadona que les recetan por heroína porque la prefieren.

7 Derivado semisintético de la morfina, la heroína es dos veces más potente (a dosis iguales). Por lo demás, es difícil distinguirlas ya que la heroína, después de su absorción, se transforma en morfina. Sus diferencias en cuanto a sus modos de acción responden exclusivamente a sus efectos subjetivos y a menudo son tan ínfimas que no son significativas. La heroína sería un poco mejor tolerada que la morfina, ya sea como droga o como medicamento.

sociedad para asegurar la adhesión a sus normas o, dicho de otra manera, la forma en que minimiza, elimina o normaliza el comportamiento desviado. Pueden reconocerse controles sociales informales, entre los que distinguiremos autocontroles y controles societarios, y formales, a los que Castel y Coppel (1994) denominan heterocontroles.

Todos ellos coexisten actualmente, pero a partir de que los usuarios de drogas pasaron a ser percibidos como una amenaza, tanto desde la perspectiva de la defensa social como de la salud pública, se consolidaron los heterocontroles. "Con la aparición de los heterocontroles, la cuestión de la droga se torna la cuestión de la toxicomanía, cuestión de la responsabilidad (tratamiento y/o represión) de un problema especial por parte de agentes especializados. En nuestras sociedades, dos instancias especializadas se encuentran en una situación de rivalidad-colaboración para el heterocontrol de la toxicomanía: la justicia y la medicina" (Castel y Coppel, 1994: 225).

Por otra parte, no debemos perder de vista que el conjunto de los usos de drogas constituyen una práctica social multidimensional, esto es que, salvo en los casos extremos de desocialización completa, minoritarios en el conjunto de conductas de consumo, el usuario de drogas sigue siendo un individuo social que mantiene vínculos con diversos grupos de pertenencia y cuya vida cotidiana no está completamente quebrada. "Dicho de otro modo, hay una dimensión de autocontrol en la conducta del consumidor de drogas en general y del toxicómano en particular" (Castel y Coppel, 1994: 227).

Esto significa, en primer lugar, que el usuario de drogas, como cualquier otro sujeto, debe tener un comportamiento de respuesta en función de sus relaciones. Por ello, no puede consumir de cualquier manera.

En segundo lugar, este usuario de drogas, inscripto en redes de sociabilidad, recibe mensajes de sus diferentes interlocutores y es controlado por su entorno. "Denominemos controles societarios a estas regulaciones que se podría llamar informales, en todo caso no especializadas, no profesionalizadas, no acreditadas, a diferencia de los heterocontroles. Pero no por estar menos formalizados, por ser menos fácilmente situables, los controles de este tipo son menos importantes: tanto que, a diferencia de la mayor parte de los heterocontroles, que consisten en intervenciones puntuales, se ejercen de una manera permanente" (Castel y Coppel, 1994: 228).

Pese a ello, prevalece una constante tensión por el control institucional de los "toxicómanos", que se expresa en la rivalidad-colaboración de la justicia y de la medicina y que enmascara una compleja articulación de poder. Sin embargo, "la eficacia de los heterocontroles sigue siendo muy parcial. En tanto la toxicomanía no es en sí una enfermedad o un delito o la adición de ambos, ni la medicina ni la justicia han asegurado la hegemonía sobre su control" (Touzé, 1996: 22).

#### 1.4. La fuerza de los estereotipos

Como resultado de la definición del problema como delito o como enfermedad, muchos usos de drogas constituyen estigmas. Las representaciones sociales predominantes señalan al usuario de drogas ilegales como potencialmente peligroso y violento, asociado con un patrón único de uso de drogas y con escasos vínculos sociales e institucionales. Estos procesos de estigmatización social (Goffman, 1963) confirman una serie de estereotipos -la mejor expresión del control social informa- necesarios para legitimar el control social formal:

- Establecer un vínculo necesario entre consumo y dependencia.
- Suponer la vinculación de los usuarios de drogas con una subcultura con un sentido diferente de la realidad al de la mayoría "normal".
- Asociar el uso de drogas con el comportamiento delictivo que separa de la vida productiva e introduce en carreras criminales.
- Considerar a los "adictos" en estado de enfermedad psico-física y a la "dependencia" como irreversible (Baratta, 1994).<sup>8</sup>

Las representaciones sociales del "problema droga" no se corresponden necesariamente con las características objetivas del fenómeno en sí. Pero, en los fenómenos sociales, es tan importante lo que la gente cree que pasa como lo que en realidad 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 estereotipos (González Zorrilla, 1987).

El primero se basa en el propio *concepto de droga*. Se trata de una noción que no responde a la lógica científica y que otorga relevancia a algunas sustancias (cocaína, cannabis, opiáceos) y excluye o considera mucho menos relevantes a otras (alcohol, tabaco, psicofármacos). Esta distinción no tiene ningún fundamento desde el punto de vista del daño social, de la nocividad o de la dependencia (Touzé, 1996). No obstante, para la representación social de "la" droga, esta es siempre un producto "mortalmente dañino", lo que justificaría la prohibición de su uso. Además, no reconoce que las sustancias permitidas también son drogas o, en todo caso, estima que su nocividad es mucho menor. "Esta diferencia de tratamiento es menos asunto de producto que de institución, de toxicología que de cultura: el alcohol tiene su lugar en el espacio público, mientras que las drogas no lo tienen" (Ehrenberg, 1994: 13).

Como correlato de esta distorsión del concepto de droga se instala lo que se ha llamado el *fetichismo de la sustancia*. La droga se identifica con 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". El "problema de las drogas" aparece asociado así al temor y la inquietud, a un peligro omnipresente que atenta contra el conjunto. "La droga no es un objeto de comunicación plana, sin relieve, está animada por la cultura. Desde esta perspectiva los objetos no son sólo cosas, resultan producto de la complejidad humana, de

representaciones simbólicas y relaciones sociales. Los objetos –como la droga– se encuentran revestidos de totetismos y fetiche" (Bialakowsky y Cattani, 2001: 11). Sin embargo, esta percepción de "algo externo" que ataca al cuerpo social no es un fenómeno nuevo en la historia de la humanidad. La droga asume el mismo papel que la peste en el medioevo. Se trata de un "mal extraño", que justifica los ataques contra el peligro del contagio y la caza de los posibles portadores de la enfermedad.

Por otro lado, la identificación de la droga como enfermedad ofrece una explicación más tranquilizadora a la sociedad; las causas se atribuyen a un agente patógeno externo. Los esfuerzos deben entonces centrarse en identificarlo, aislarlo, destruirlo. No hace falta así analizar la complejidad social, sus injusticias, la ausencia de perspectivas y las hipocresías intolerables.

Otro contenido presente en las representaciones sociales de la "droga" la identifica como expresión de una actitud individual o colectiva de *oposición a la sociedad*, de no aceptación de las normas sociales, postura que se asocia a la juventud. No obstante, el uso de drogas se asocia tanto con los sectores sociales vinculados al poder y al prestigio social, como con las poblaciones excluidas del sistema productivo para las que la "droga" se constituye en una estrategia de supervivencia. Por otra parte, la lógica del consumo se impone como condición de inclusión social; cada vez más es el mercado el que se propone como espacio de integración social.

Respecto de los usuarios de drogas de los países centrales, Baratta (1994) indica que su participación "proletarizada" en el circuito de la economía de la droga es solamente comparable a la de los campesinos del tercer mundo, productores de las sustancias básicas, "privilegiados con relación a otros en su país, pero no menos explotados y controlados en el ámbito del sistema de la droga que los consumidores que se encuentran en el extremo opuesto" (Baratta, 1994: 36). Desde esta perspectiva queda claro que el uso de drogas en la actualidad no puede concebirse como un acto contestatario, antes bien se trataría de un intento fallido y desesperado por ser incluido en la "sociedad del consumo y de la doble moral". La persistencia de este estereotipo, no obstante, aparece como un elemento capital en una política tendiente a fijar un rol social para la juventud, en un momento en que los enormes problemas de inserción en el mundo adulto (en especial en el aparato productivo) han ampliado este período de edad y, además, han intensificado la necesidad de encontrar nuevos mecanismos de tutela y control.

Un cuarto estereotipo nos remite a la *imagen del usuario de drogas*. Debido a distorsiones en las representaciones sociales, no se admiten diferencias en los patrones de consumo en el caso de las sustancias ilegales. Esto es, el consumidor –cualquiera sea la dosis, frecuencia y circunstancias del uso– es visualizado como un "adicto" y siempre se lo identifica como alguien peligroso, con una personalidad autodestructiva y con una actitud despreocupada respecto de su salud.

Estos estereotipos sólo han contribuido a reforzar la confusión reinante. "Los estereotipos sirven para organizar y dar sentido al discurso en términos de los intereses de las ideologías dominantes; por ello, en el caso de las drogas se oculta lo político y económico, disolviéndolo en lo psiquiátrico e individual" (Del Olmo, 1988: 7).

A su vez, las asociaciones entre drogadicción, VIH-sida y sexualidad, modelan una construcción social que reduce la subjetividad a "actos riesgosos/peligrosos". A su vez, la tensión entre enfermedad y delito circulante en esta construcción focaliza las prácticas de transgresión, oscureciendo los aspectos básicos de la subjetividad y la vida cotidiana de individuos y grupos sociales. Independientemente de los tipos clasificatorios, el consumidor aparece instalado en la figura de transmisor: "contagia la droga-contagia el sida".

Por otra parte, como señalan Bialakowsky y Cattani (2001: 11), "la droga se mimetiza, como mercancía, y asume las reglas de circulación del mercado". La centralidad en la patología o el delito, a su vez, enmascara la compleja articulación de poder, las estructuras del tráfico, la economía política de la droga y la diversidad de sus expresiones en las relaciones sociales que implican subordinación de los consumidores a reglas de mercado y a distintas modalidades de explotación y opresión.