

¿Sueñan los junkies con jeringas descartables?

Percepción y gestión del riesgo de VIH en los consumidores de drogas inyectables

Roberto Abadie Demarchi

Nota: *Junkies* designa en inglés coloquial a los consumidores de drogas intravenosas; es un derivado del término *junk*, jeringa.

Una de las mayores dificultades con la que se enfrentan los programas que trabajan en la prevención del VIH entre los toxicómanos, es el hecho de que aunque éstos conocen qué es el sida y cómo se transmite, no modifican sus comportamientos y continúan con prácticas que los epidemiólogos denominan de alto riesgo. La categoría de riesgo es central para la comprensión de las prácticas de los consumidores de drogas intravenosas. En este trabajo planteamos críticamente el enfoque de la epidemiología del riesgo y proponemos un abordaje sociocultural para el acercamiento al fenómeno. Exploramos algunas consecuencias de la adopción de este enfoque sobre las políticas públicas de prevención en los grupos de consumidores de drogas intravenosas a nivel internacional.

Una cuestión central del trabajo de prevención sobre el sida es constatar que aunque los individuos conozcan las medidas de prevención que deben adoptarse, no las ponen en práctica –o por lo menos no lo hacen de la manera esperada por los técnicos que dirigen las campañas¹. Uno de los conceptos centrales para la comprensión de este hecho es el del comportamiento de riesgo. En la última década ha sido una de las cuestiones a las que investigadores sociales y de la salud han dado un lugar destacado para la comprensión de los mecanismos de

¹La discrepancia entre los conocimientos sobre el modo de transmisión de virus del sida y las prácticas individuales ha sido ampliamente verificada por gran número de estudios relativos al tema; sobre el particular puede ser útil consultar: Calvez; Massé; Pollak.

transmisión del sida, particularmente entre los usuarios de drogas intravenosas (UDIs) y sus *partenaires* sexuales. En este grupo, los comportamientos de riesgo incluyen el compartir jeringas e instrumentos de inyección y el sexo sin protección.

La conceptualización del discurso médico-epidemiológico sobre los comportamientos indica que se podría esperar una reducción de las «prácticas de riesgo» en directa proporción con el nivel de información adquirido por los individuos. Con una lógica racional, de tipo utilitarista, las campañas preventivas asumen que el individuo es el único responsable por el cuidado de su salud, y que si éste posee una correcta información adoptará de inmediato las medidas de prevención necesarias. En la ecuación epidemiológica, mayor información equivale mecánicamente y directamente a mayor prevención y menores comportamientos de «riesgo».

Sin embargo, los comportamientos dentro de sectores de la población, especialmente entre los UDIs, plantean una paradoja a este modelo. Luego de numerosas y profusas campañas de información sobre los «riesgos de comportamiento» asociados al VIH, los resultados de la prevención están muy lejos de presentar un récord exitoso. Las tasas de prevalencia de la infección por VIH disponibles para los países industrializados son estables en la comunidad homosexual, pero presentan un aumento entre la población heterosexual femenina y por transmisión intrauterina, y son todavía muy elevados entre los usuarios de drogas intravenosas.

De acuerdo con estadísticas epidemiológicas de la Organización Mundial de la Salud, uno de cada cuatro individuos infectados por el VIH en los países industrializados es de origen toxicómano. Los últimos datos epidemiológicos para América Latina parecen acercarse también hacia estos parámetros. De hecho, como se ha mencionado, pese a tener información sobre la naturaleza y las formas de transmisión del virus, los toxicómanos continúan realizando aquello que los epidemiólogos denominan «prácticas de alto riesgo». La respuesta del modelo epidemiológico a esta situación consiste en reafirmar su estrategia de una forma un tanto ritual –por cuanto se presume que no alcanzará los resultados deseados–, y en atribuir los fracasos obtenidos a un «irracional» comportamiento de los individuos.

Para comprender las prácticas individuales en relación con la transmisión del virus del VIH es necesario trascender la categorización racional-instrumental del riesgo y

analizarlo como un concepto condicionado social, histórica y culturalmente. Desde la aparición del sida, en los años 80, las ciencias sociales se interesaron paulatinamente en el tema. Se abrieron nuevas áreas de problemas y han surgido objetos de estudio novedosos que han ensanchado el campo de reflexión de varias disciplinas. Debido a estas investigaciones en el presente conocemos mejor ciertas cuestiones ligadas a la sexualidad, principalmente en las sociedades occidentales – donde estos temas han sido abordados de forma más sistemática. Los estudios se han centrado en la descripción de las prácticas sexuales y en especial sobre la utilización del preservativo². Otra área donde se han realizado importantes avances es la del estudio de los grupos sociales tradicionalmente marginados dentro de las ciencias sociales, como los homosexuales, las prostitutas y los consumidores de drogas ilícitas. En la actualidad conocemos un poco mejor sus reglas de interacción social así como los aspectos simbólicos que constituyen la «cultura» de estos grupos.

Existen varios estudios sobre la relación entre los UDIs y el sida en la literatura de las ciencias sociales. Muchos de los trabajos se han orientado a la promoción y la evaluación de estrategias de reducción del riesgo de transmisión de la enfermedad entre los usuarios de drogas intravenosas. Siempre en el contexto de las preocupaciones relativas a la prevención otros autores se han interesado en describir prácticas de consumo, interacciones y percepciones grupales del sida. Algunos estudiosos critican el enfoque que las ciencias sociales hicieron acerca del sida. Por ejemplo, Bibeau lamenta el abandono de la investigación etnográfica sobre las representaciones sociales en favor de métodos inspirados en la psicología social de tipo conductista. Este autor propone, más bien, comprender los comportamientos individuales tomando en cuenta los valores y los estilos de vida que prevalecen en los grupos a los que pertenecen los individuos. Alrededor del estudio de estos grupos, Bibeau propone deconstruir la idea de que ellos forman un grupo social distinto, homogéneo y fácilmente aislable. Pero a la vez expone una sobreculturización de los comportamientos asociados a la droga. Por ejemplo, los intercambios de jeringas han sido interpretados como un ritual de pertenencia al grupo y no por la inexistencia de jeringas o la necesidad de hacerlo rápidamente.

En la actualidad los estudios sobre el tema prestan una mayor atención al dinamismo de los fenómenos, a los cambios rápidos de conductas en el medio toxicómano y sobre todo a la diversidad de los perfiles y las biografías individuales.

² Sobre los estudios que desde la perspectiva de las ciencias sociales se han hecho sobre el tema, es posible consultar autores como Aggleton o Frankenberg.

Creemos que es necesario un enfoque que no deje de lado a los individuos, el modo como estos interpretan el mundo social y las normas sociales que lo componen. Esta es una condición indispensable para desarrollar una estrategia de prevención más eficaz.

El cuadro teórico presentado aquí es elaborado en torno de la noción de riesgo. Esta es una categoría muy utilizada en la vida corriente: riesgo de paro cardíaco, financiero, ecológico, sanitario, etc. Esta proliferación de sentidos diversos acordados a la noción de riesgo se extiende también al campo de las ciencias sociales. Exploramos algunas formas con las que este concepto ha sido tratado por estas disciplinas en el campo de la salud. Presentamos las corrientes de la epidemiología comportamental inspirada en la psicología social, la racionalidad situada y el enfoque culturalista del riesgo. Nuestra intención es realizar una exposición crítica de estos enfoques, particularmente a la luz de su capacidad para explicar los datos empíricos sobre la gestión de riesgo entre los consumidores de drogas intravenosas.

Riesgo y epidemiología comportamental

El riesgo se ha convertido en un elemento central en el sector de la salud pública. Estas nociones de riesgo son inspiradas por la epidemiología comportamental o lo que algunos autores denominan «nueva epidemiología»³. Para esta disciplina, los comportamientos individuales son determinantes de la salud. Es así como el objetivo es estudiar las relaciones entre los hábitos y los comportamientos individuales en materia de salud. La epidemiología comportamental conceptualiza el riesgo de acuerdo a posiciones que provienen de la psicología social. En este sentido, el referente más frecuentemente utilizado por el análisis del comportamiento en el área de la salud es el modelo de creencias relativas a la salud, *Health Beliefs Model* (HBM)⁴.

³Para la epidemiología comportamental el riesgo es determinado por la medida objetiva de los factores que contribuyen a un riesgo potencial. Utilizando esta conceptualización, los epidemiólogos pueden estimar el riesgo actual y potencial asociado a una población independientemente de la conciencia de ésta sobre los riesgos que corre (Lupton).

⁴ Este modelo procura explicar los diferentes comportamientos de riesgo por las variaciones de las percepciones individuales sobre el mismo. El HBM ha sido aplicado en el campo del VIH por ejemplo, en los estudios de creencias, actitudes y prácticas. La crítica que se hace a estos modelos psicosociales es que perciben las creencias como las únicas determinantes directas de las actitudes,

La crítica que se hace a estos modelos psicosociales señala que perciben las creencias como las determinantes únicas y directas de las actitudes, las intenciones y los comportamientos individuales. Basada en esta ideología, la puesta en práctica de programas que buscan la modificación de los comportamientos individuales ha sido criticada en la medida en que desconoce el contexto sociocultural que genera los factores de riesgo. Ese enfoque es inapropiado en las situaciones donde el comportamiento de riesgo vincula dos partes y donde la práctica es mejor caracterizada por el constreñimiento que por la libre elección. Es el caso de los comportamientos de riesgo de los usuarios de droga intravenosa que comparten jeringas: no deciden libremente porque están constreñidos, por un lado, por la necesidad de «faire le shoot» y de otra parte, por las relaciones de poder entre consumidores que frecuentemente son también *partenaires* sexuales (Bloor).

La corriente de la epidemiología comportamental, inspirada en la psicología social conductista tiende a considerar los comportamientos como entidades separadas y proponer un tratamiento fuera de su contexto. Esta concepción epidemiológica del riesgo puede ser ilustrada con la imagen de la «caja vacía». Se supone que los individuos no tienen ningún saber médico. Se trataría simplemente de llenarlos de conocimientos para producir un cambio de comportamiento en el sentido deseado. Algunos críticos sostienen que es un error basar las campañas de prevención sobre una visión racional del comportamiento humano. La premisa de los epidemiólogos, de que si los individuos conocen los medios de transmisión de la enfermedad modificarán su comportamiento en la forma deseada, se ha mostrado equivocada. Ese tipo de cálculo utilitarista no es más que uno de los elementos de una decisión, que implica entre otros el valor atribuido a una acción, el placer que se obtiene en realizarla, la presencia de los otros, etc.

Los críticos de la epidemiología comportamental nos recuerdan que los factores culturales no inciden sobre la salud solamente a través de los comportamientos individuales. En efecto, la cultura condiciona el entorno físico, económico y social en el cual se actualizan esos comportamientos. Es entonces necesario resituar las creencias y las actitudes dentro de un universo cultural de referencia que les dé un sentido⁵. El análisis de las tomas de riesgo dentro de las diferentes áreas muestra que los razonamientos e imaginarios de los sujetos se enmarcan dentro de una racionalidad social y cultural fundada sobre maneras de vivir y valores personales. La incapacidad de los esquemas de racionalidad epidemiológica de aceptar otras

intenciones y comportamientos individuales.

⁵ La epidemiología comportamental ha suscitado gran número de críticas desde los autores provenientes de las ciencias sociales, fundamentalmente por desconocer el contexto sociocultural en el que los comportamientos individuales se actualizan y adquieren un sentido (Massé).

interpretaciones sobre la salud provenientes de los propios sujetos, es una de las causas de los escasos resultados exhibidos en el campo de la prevención y la salud comunitaria.

El enfoque de la racionalidad situada

Estos estudios subrayan los elementos situacionales que el individuo considera a fin de adoptar un comportamiento particular. Las investigaciones sobre el sida desde esta perspectiva han mostrado que son las relaciones interpersonales y la significación que otorgada al acto sexual lo que rigiere el comportamiento de riesgo en este terreno. El mismo principio se aplica en el caso de los usuarios de drogas intravenosas: compartir jeringas no es percibido como una actitud irracional sino como una actividad socialmente regulada en la que es muy frecuente compartir jeringas entre individuos que muchas veces son *partenaires* sexuales (Kane). Compartir una jeringa puede ser percibido como una prueba de confianza e intimidad (Connors 1992).

Una limitación de este enfoque es que se ocupa de explicar sus propios datos antes que de elaborar una teoría más general del comportamiento de riesgo. En este sentido, la fuerza de sus estudios, el énfasis en los beneficios inmediatos del comportamiento de riesgo, es también un obstáculo para una aplicación más amplia. Enfatiza el hecho de que los beneficios inmediatos pueden reducir el peso de las gratificaciones diferidas obtenidas por la renuncia a un comportamiento de riesgo. Otra crítica a este modelo es que no considera el carácter habitual de muchos comportamientos de riesgo. La deliberación acerca de los costos y beneficios de los diferentes cursos de acción se reduce con la rutinización de la conducta. Esta es precisamente la situación de los UDIs que se inyectan varias veces en el curso de una misma sesión. El comportamiento de riesgo por la reiteración de las conductas puede convertirse en un hábito implícito de la vida corriente.

Los estudios culturalistas del riesgo

Finalmente otra definición de riesgo es aportada por quienes, como Mary Douglas, subrayan los determinantes culturales, y se oponen a las concepciones cuantitativas enfatizando el carácter cultural, social e histórico del concepto de riesgo. Douglas muestra como esta noción –neutra en sus orígenes en el siglo XVIII,

aludiendo a las posibilidades de pérdida en un juego— hoy se ha transformado para significar peligro o amenaza⁶. Para estudiar la relación entre comportamientos de riesgo sobre el VIH y la estructura social, construye un modelo donde cuatro diferentes visiones de mundo o sesgos culturales explican distintas formas de reacción frente al azar: jerárquica, igualitaria, fatalista, individualista. Dentro de este esquema, la postura jerárquica está bien integrada y acepta las opiniones expertas sobre el riesgo; en tanto, los igualitaristas están también integrados pero rechazan las intervenciones de los especialistas sobre el riesgo por cuanto modifican la forma de vida grupal⁷.

Según sus críticos, esta tipología tiene dificultades para explicar los cambios en la percepción del riesgo tanto por parte de individuos como de organizaciones; otro problema es que hace énfasis en los aspectos normativos en detrimento de otros aspectos de la situación⁸. Los críticos de esta postura sostienen que los comportamientos de riesgo pueden ser determinados por las relaciones estratégicas de la situación inmediata más que por las orientaciones normativas de los individuos. En el caso del consumo de drogas intravenosas, compartir la jeringa no se explica por una cosmología fatalista; la misma persona que evita compartir la jeringa con quien no conoce, decide compartirla con quien tiene una relación más estrecha. Esto explica que pese a que los consumidores estén frecuentemente predispuestos a no compartir, la ausencia de jeringas y la necesidad de rápida satisfacción definan el comportamiento de riesgo (Bibeau).

El esquema proveniente de la epidemiología comportamental sobre la conducta de riesgo en el área de la salud, y específicamente la relación entre consumo de drogas inyectables y VIH presenta problemas para explicar los comportamientos alrededor de este tema verificados empíricamente. El enfoque epidemiológico adopta una conceptualización cuantitativa y objetiva del riesgo incapaz de explicar los datos sobre la gestión del riesgo en los usuarios de droga intravenosa sin recurrir a atribuir a los individuos intencionalidades irracionales.

⁶ Este enfoque ilustra la preocupación de la autora por los grupos y las instituciones más que por los individuos, y por la forma en la que la respuesta de estas colectividades al riesgo es funcional a la conservación de una forma de organización social particular.

⁷ En un estudio sobre el riesgo ambiental en Estados Unidos, Douglas nota que los grupos de individuos identifican tipos diferentes de riesgos de acuerdo con su forma particular de organización social. En un artículo la autora aplica explícitamente este enfoque a los comportamientos de riesgo en relación al VIH (Douglas 1990; Calvez).

⁸ Una crítica a este modelo es que es demasiado estático y hace muy difícil la explicación de las modificaciones sobre la percepción de los riesgos al nivel de las organizaciones así como entre los individuos (Bellaby). Douglas subraya los aspectos normativos y las cosmologías de los individuos frente al riesgo siendo negligente ante los aspectos de la situación.

Mucho más útiles resultan los enfoques que, como la racionalidad situada y los estudios culturalistas sobre el riesgo, muestran cómo el contexto social en las situaciones de interacción social, o el marco institucional, influyen sobre la percepción y la gestión del riesgo en los UDIs.

En este artículo exploramos algunos resultados de este enfoque en programas de intervención de América del Norte en las últimas décadas. El interés es realizar una lectura amplia de estas experiencias que a la vez permitan evitar los errores –y horrores– en un contexto latinoamericano donde tienen mucha menor penetración. Desde el punto de vista de la prevención de la transmisión del VIH entre los UDIs, las conceptualizaciones del riesgo como producto de un contexto sociocultural han permitido comprender mejor las formas como los consumidores de sustancias intravenosas perciben y gestionan la transmisión del virus del sida. A su vez, estos datos han abierto la posibilidad de modificar los enfoques tradicionales de los programas de intervención, que dejaron de tratar a los UDIs como sujetos pasivos, meros receptores de información o materiales, para integrar sus puntos de vista en las políticas de prevención.

Según el paradigma de riesgo que proponemos, es determinado por la respuesta humana al mismo: la aceptación de los riesgos son susceptibles de variación según el cambio en las respuestas sociales. En este sentido, el riesgo es socialmente construido e individualmente percibido. Una investigación realizada entre UDIs de un programa de desintoxicación en Massachusetts en 1988, muestra que los usuarios tienen una clasificación de riesgos, y buscan evitar los que consideran en los niveles más altos de su jerarquía (Connors). Esto muestra lo complejo de los esfuerzos preventivos para disminuir los riesgos de transmisión de VIH en estas comunidades. Para que los UDIs alcancen a considerar este riesgo, debe modificarse el riesgo de otras áreas. Esto se explica porque los usuarios de drogas intravenosas estudiados prefieren evitar los riesgos inmediatos, tales como arresto, sobredosis o síndrome de abstinencia, en detrimento de riesgos a largo plazo como el contagio de sida o hepatitis. Estas percepciones del riesgo, diferentes de las que llevan las campañas preventivas, se explican en parte por dos factores: 1) la dependencia de la droga que hace que el adicto sea más propenso a incumplir la ley; 2) la rutinización de las prácticas, que acaba por banalizar los riesgos. El objetivo de la prevención según esta perspectiva sería el de lograr una renegociación sobre la gestión de los riesgos y aumentar los comportamientos de riesgo en otras áreas a fin de disminuir el riesgo del sida. Una evaluación del impacto del programa de intervención en esa comunidad muestra que luego de

varios meses y como consecuencia de los esfuerzos de educación, los consumidores de drogas han puesto al sida entre una de sus principales preocupaciones. Estas observaciones son coherentes con otras realizadas en una investigación sobre un programa de intervención en la comunidad de consumidores de drogas intravenosas en San Francisco en 1988. El sida aparece aquí también como uno de los principales riesgos percibidos por los UDIs. Según una encuesta distribuida a 438 individuos del programa de desintoxicación de esa comunidad, dos de cada tres entrevistados admitieron discutir «mucho» o «algunas veces» sobre sida y casi tres de cada cuatro reportaron haber cambiado sus prácticas de consumo por tal motivo. El 86% admitió que limpiaba las agujas cuando las usaba con otras personas. Sin embargo esta precaución quizá fuera muy poco efectiva: la mitad de ellos simplemente la sumergía en agua. Un estudio etnográfico realizado en la misma comunidad, muestra que las políticas de regulación de la tenencia de jeringas que convierte en ilegal su porte si no es para fines médicos, no facilita las prácticas seguras por parte de los UDIs. Por el contrario, ha creado un verdadero mercado negro y fomentado la reutilización y uso común de jeringas. Los autores muestran que una jeringa nueva puede ser utilizada hasta 10 veces –y que si se le saca punta con una caja de fósforos, por ejemplo, puede ser utilizada dos o tres veces más. Fuera de estas limitaciones externas con los que algunos programas de intervención deben lidiar, los estudios señalan como un hecho positivo que los UDIs, aun desconociendo formas correctas de desinfección, se preocupan por su salud y por la posibilidad de contraer el virus e intentan «limpiar» sus jeringas. Estos esfuerzos pueden ser considerados como un primer paso hacia la adopción de comportamientos habituales y efectivos.

Otro elemento a tomar en cuenta en las prácticas de intervención respecto de los comportamientos de riesgo de los UDIs y la transmisión del VIH, es que existen factores socioeconómicos que muchas veces determinan la forma como los usuarios de drogas intravenosas perciben y gestionan el riesgo del sida. Este aspecto es ilustrado por una investigación llevada a cabo en el barrio de Harlem, Nueva York, en 1988 en una comunidad de UDIs (Clatts et al.). En particular este estudio muestra cómo las experiencias de pobreza y marginación social se vinculan con la forma en que los individuos perciben y se previenen de la enfermedad. Un testimonio de una consumidora de droga intravenosa que ejercía la prostitución callejera en el barrio resulta ilustrativo: «Yo estoy al abrigo del sida porque ahora tengo un lugar donde dormir». La idea de que una residencia fija pudiera poner a alguien a salvo de la transmisión parecería a primera vista incomprensible. Sin embargo este razonamiento adquiere sentido si consideramos que en esa comunidad la enfermedad está muy difundida entre los UDIs, muchos de los

cuales no tienen un lugar fijo de residencia y duermen en la calle. De estas observaciones surge la necesidad para los programas de intervención de reflexionar sobre la capacidad que tienen los individuos que viven en esas comunidades de llevar adelante los cambios de conducta que se pretenden. En este sentido, los autores del estudio señalan que las intervenciones tienen muy pocas posibilidades de conseguir resultados si los individuos a los que se dirigen continúan desprovistos de recursos en materia de habitación, educación o empleo.

Conclusión

Creemos haber mostrado la inadecuación de las concepciones de la epidemiología comportamental para comprender las conductas de riesgo de los UDIs, y para diseñar programas de prevención sobre la transmisión del VIH en esas comunidades. En lugar de sostener la irracionalidad de las prácticas de los consumidores de drogas, los enfoques culturalistas del riesgo permiten situar estos comportamientos en el contexto sociocultural donde se producen y que les da sentido. La adopción de este punto de vista permite la formulación de políticas de intervención que en lugar de abordar a los individuos como sujetos pasivos, simples receptores de informaciones y materiales, les devuelve un lugar activo en el cuidado de su propia salud.

Bibliografía

- Aggleton, Graham H. y P. Davies: *Aids: Social Representations, Social Practices*, The Falmer Press, 1989.
- Becker, G. y R. Nachtigall: «Born to be a Mother: the Cultural Constructions of Risk in Infertility Treatment in the US» en *Social Science and Medicine* 39, 1994, pp. 507-518.
- Bellaby, P.: «To Risk or Not to Risk? Uses and Limitations of Mary Douglas on Risk Acceptability for Understanding Health and Safety Work and Road Accidents» en *Sociological Review* 38, 1990, pp. 465-483.
- Benoist, J. y A. Desclaux: *Anthropologie et Sida*, Karthala, 1996.
- Berger, P. y T. Luckman: *The Social Construction of Reality*, Doubleday, Nueva York, 1966.
- Bibeau, Gilles y M. Perreault: *Dérives montréalaises*, Boréal, 1995.
- Bloor, M.: «Theories of HIV Related Risk Behaviour» en J. Gabe: *Medicine, Health and Risk*, Blackwell, 1995.
- Brummelhuis, H. y G. Herdt: *Culture and Sexual Risk*, Gordon and Breach, 1995.
- Calvez, M.: *Composer avec un danger*, I.R.T.S., Bretagne, 1989.
- Clatts, M., S. Deren y S. Friedman: «La construction sociale du risque du Sida chez les consommateurs de drogue à Harlem» en *Anthropologie et Sociétés* 15, 1989, pp. 37-52.
- Connors, M.M.: «Risk Perception, Risk Taking and Risk Management Among Intravenous Drugs Users: Implications for Aids Prevention» en *Social Science and Medicine* 34, 1992, pp. 591-601.
- Douglas, M.: *Natural Symbols*, The Cresset Press, Londres, 1970.
- Douglas, M.: *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et taboo*, Maspero, 1981.
- Douglas, M.: *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*, Routledge, 1992.

- Douglas, M. y A. Wildavsky: *Risk and Culture*, U. of California Press, 1982.
- Douglas, M. y M. Calvez: «The Self as a Risk Taker» en M. Douglas y A. Wildavsky: *Risk and Culture*.
- Douglas, S., Goldsmith y S. Friedman: «La drogue, le sexe, le Sida et la survie dans la rue» in *Anthropologie et Sociétés* 15, 1989, pp. 13-35.
- Fisher, D. y R. Needle: *Aids and Community. Based Drug Intervention Programs*, Harrington Park Press, 1993.
- Frankenberg, R.: «One Epidemic or Three?» en G. Aggleton et al.: *Aids: Social Representations, Social Practices*, The Falmer Press, 1989.
- Feldman, D.: *Culture and Aids*, Preager, 1990.
- Gabe, J.: *Medicine, Health and Risk*, Blackwell, Londres, 1995.
- Joseph, J.: «Percived Risk of Aids: Assessing the Behavioural Consequences in a Cohort of Gay Men» en *Journal of Applied Social Psychology* 17, 1987, pp. 231-250.
- Kane, S.: «HIV, Heroin and Heterosexual Relations» en *Social Science and Medicine* 32, 1991, pp. 1037-1050.
- Le Breton, D.: *Sociologie du risque*, Presses Univ. de France, 1995.
- Lisandre, H.: «Les facteurs inconscients de la contamination par voie sexuelle» en *Les homosexuels face au sida*, ANRS, París, 1996.
- Lupton, D.: «Risk as a Moral Danger: the Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health» en *International Journal of Health Services* 23, 1993, pp. 425-435.
- Massé, R.: *Culture et Santé Public*, Presses. Univ. de Montreal, 1992.
- Paicheler, G.: *Le public face à la menace du sida. Vol. II. Gérer le risque. Rapport de recherche ANRS*, 1996.
- Pollak, M., G. Paicheler y J. Pierret: *Aids a Problem for Social Research*, Sage, 1992.
- Schultz, A.: *Reflexions on the Problem of Relevance*, Yale Univ. Press, 1970.
- Thomas, W.I. y F. Zanneki: *The Polish Peasant in Europe and in America*. Univ. Illinois Press, 1984.

Roberto Abadie Demarchi: sociólogo uruguayo, cursante del posgrado de Antropología en la Universidad Laval (Canadá).

Palabras clave: prevención, drogadicción, riesgo, sida.