



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

COLEGIO DE FILOSOFIA

ESTIGMATIZACIÓN Y MORALIZACIÓN DE LAS
ENFERMEDADES



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADO EN FILOSOFIA

P R E S E N T A:

ABRAHAM JIMENEZ PEREZ

ASESOR DE TESIS: MARK DE BRETTON PLATTS



MEXICO, D. F.

2001

COORDINACION DE
FILOSOFIA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres, María Elena Pérez y José Julio Jiménez, por todo lo que me han brindado y por su constante estímulo por que siguiera estudiando: muchas gracias. A mis hermanos. En especial a mi queridísima hermana Alicia, por su apoyo incondicional de toda la vida, lo que la hace una referencia fundamental en mi biografía.

A Sandra Flores, por su honesta preocupación por que terminara la tesis, y por todo lo que hemos compartido juntos. Y a nuestros lindos hijos, Arturo Tonatiuh y Siddhartha, a quienes estoy aprendiendo a amar.

Y a todos los que sufren discriminación, persecución y hasta muerte por ser, pensar y actuar *diferente*.

Quiero manifestar mi agradecimiento a todos los que, de una u otra forma, ayudaron a la realización de esta tesis, particularmente a los que participaron conmigo en los seminarios de Etica Práctica, discutiendo y sugiriendo ideas respecto a los problemas morales prácticos, que me ayudaron a conformar las ideas generales de mi tesis: a Paulette Dieterlen, Olga Hansberg, Laura Lecuona, Margarita Valdez e Isabel Cabrera. De manera muy especial a mi asesor de tesis Mark Platts, por su gran paciencia y dedicación y de quien aprendí, más que de nadie, a intentar filosofar.

También quiero agradecer a mi hermano José Alfredo, por su excelente disposición a apoyarme técnicamente en la elaboración de este trabajo; sin dejar de reconocer la ayuda que me prestó su amigo Jaime Calderón.

¡A lo bueno dicen malo y a lo malo bueno, a la luz llaman tinieblas y a las tinieblas luz, al canto de los salmos llaman blasfemia y a la blasfemia salmo, al Vientre Estelar de la Madre María llaman la ramera amarga y a la amarga ramera llaman Templo Dulce Vaticano y bendicen y financian guerras en el nombre de un Dios que desconocen [...] y a los impíos llaman justos y los coronan reyes, al despojo llaman santidad y a los bienes males, que la Iglesia y el Estado administrarán en encomiendas y tributos, para que los pobres no tengan y los ricos más y más y los pobres se mueran de hambre a cambio de su salvación y si alguien blasfema en contra del obispo o del gobernador, vendrá al rescate el Santo Oficio Siglo XX o el Ejército triturador, ahora sin capuchas, casi todos son verdugos, al borde del abismo..'

(Arturo Meza)

En el fondo, claro está, todos los profetas del odio buscan un chivo emisario Hitler eligió a los judíos, los norteamericanos a los comunistas []

(A. S. Neil)

Un mundo donde quepan muchos mundos

(Subcomandante Marcos/EZLN)

Querría ver un mundo en el cual la educación tienda a la libertad mental, en lugar de encerrar la mente de la juventud en la rígida amadura del dogma.

(Bertrand Russell)

Estoy en desacuerdo con cada una de sus palabras, pero defenderé hasta la muerte su derecho a deciras

(Voltaire)

Cuando usted se señala a sí mismo como hindú, musulmán, cristiano o europeo, u otra cosa, está actuando violentamente. ¿Sabe por qué eso es ser violento? Por que se está separando de la humanidad restante. Cuando usted se aparta de otros por motivos de nacionalidad, creencia, o tradición, surge la violencia. Por eso un hombre que intenta comprender la violencia no pertenece a ningún país, a ninguna religión, a ningún partido político o sistema especial. Está interesado en la comprensión total de la humanidad

(Knsfnamurti)

No hay nada que no deba ser cuestionado, desgraciada la patria que impide cuestionar el patriotismo

(Miguel de Unamuno)

Todos adoptamos una actitud pasiva frente a los males del mundo. Sabemos que en Vietnam hay niños que mueren asados por los lanzallamas y las bombas de napalm; todos sabemos que en las cárceles norteamericanas y sudamericanas apalean a los negros. Cerramos los ojos para no ver la crueldad masiva del mundo y sólo nos indignamos y exasperamos cuando los diarios narran la historia de un perro azotado o hambriento. Una oveja negra que desafía a todo el rebaño sólo emite un débil be-be-be. El remedio último para un mundo enfermo consiste en la presencia de muchos individuos empeñados en desafiar el poder, en desafiar el odio, en desafiar la moralidad anacrónica.

(A. S. Neil)

Trazó un círculo que me dijo fuera: hereje, rebelde despreciable. Pero el Amor y yo vencimos con ingenio ¡trazamos un círculo que lo encerró en su seno!

(Edwin Markham)

INDICE

INTRODUCCION.....	p. 7
 CAPÍTULO I	
LOS CONCEPTOS DE ESTIGMATIZACION Y MORALIZACION DE LAS ENFERMEDADES.	p. 12
 1. DOS USOS DE LA PALABRA "ESTIGMA"	
1.1. Uso religioso-cristiano.....	p. 12
1.2. Uso sociológico de la palabra "estigma"	p. 13
2. VALORES SOCIALES, ESTEREOTIPOS Y ESTIGMATIZACION	p. 15
2.1. Estigmas de tipo 'moralizante'	p. 22
3. MORALIZACION DE LAS ENFERMEDADES	p. 24
3.1. Moralización en torno al fenómeno del SIDA	p. 25
4. Bibliografía	p. 32
 CAPITULO II	
CAMPAÑAS EDUCATIVAS CONTRA LA ESTIGMATIZACION Y LA MORALIZACION DE LAS ENFERMEDADES AL NIVEL DEL CAMBIO DE ACTITUDES.	p. 33
 1. EL CONCEPTO DE ACTITUD	
1.1. Actitud como disposición a actuar	p. 37
1.2. Actitud como una valoración afectiva	p. 38
2. Actitudes y prejuicios	p. 42
3. Actitud, prejuicio y conducta	p. 43
4. Diseño de campaña educativa	p. 47
5. UN CASO DE ESTIGMATIZACIÓN ACTIVA: "EL CASO WALTER"	p. 50

CAPITULO III

ANALISIS DEL CASO WALTER. FANATISMO E INTOLERANCIA	p. 63
1. MOTIVOS PSICOLÓGICOS Y RAZONES PARA CREER	p. 66
2. PROBABLES MANIFESTACIONES DE LAS ACTITUDES DE PREJUICIO	p. 74
3. PREJUICIO, CONDUCTA Y SU RACIONALIZACIÓN	p. 80
4. EL FANATICO O EL INTOLERANTE POR EXCELENCIA: <i>PERSONALIDAD AUTORITARIA</i>	p. 83
5. SIMPATÍA Y EMPATÍA : ACTITUDES MORALES IMPORTANTES	p. 90
6. ESTIGMATIZACIÓN DEL SIDA Y HOMOFOBIA	p. 91
7. <i>Bibliografía</i>	p. 99

CAPITULO IV

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS CONTRA LA AUTOESTIGMATIZACION Y LA AUTOMORALIZACION DE LOS ENFERMOS	p. 100
1. AUTOESTIMA E INTERNALIZACIÓN DEL ESTIGMA	p. 101
2. AUTOESTIGMATIZACIÓN Y AUTOMORALIZACIÓN DE LOS ENFERMOS. DOS EMOCIONES MORALES INVOLUCRADAS: CULPA Y VERGÜENZA	p. 105
2.1. La culpa y la vergüenza	p. 106
3. CAMPAÑA EDUCATIVA CONTRA LA AUTOESTIGMATIZACIÓN Y AUTOMORALIZACIÓN DE LOS ENFERMOS	p. 110
4. <i>Bibliografía</i>	p. 114
CONCLUSIONES	p. 115
<i>Bibliografía general</i>	p. 121

INTRODUCCION

El problema que abordo en esta tesis es un asunto de lo que se ha dado en llamar problemas de Etica práctica, esto es, una reflexión de la filosofía moral sobre problemas prácticos morales o problemas sociales que dan lugar a problemas morales. Ejemplos de este tipo de problemas son los siguientes: el aborto, la eutanasia, la pena de muerte, la justicia distributiva. El problema del que me ocupo en esta tesis, la moralización y la estigmatización de las enfermedades, es un tema que capturó mi interés debido a que está relacionado con problemas que creo son muy importantes y que ya ocupaban mi atención desde hace mucho tiempo. Entre estos se encuentran la discriminación y la intolerancia; todos ellos son *problemas prácticos morales* que requieren una urgente solución razonable en toda sociedad, pues de ello depende el desarrollo de una auténtica paz social frente a un orden social basado en la represión, la doble moral y en el control social y político. En seguida pasaré a contextualizar el tema de la tesis.

Existe un conjunto de grupos o categorías que son estigmatizados por la sociedad y de entre ellos existe un subconjunto que corresponde a las enfermedades estigmatizadas que se compone, a su vez, de diferentes grupos: los que viven con VIH o con sida, los enfermos de cáncer, los enfermos de sífilis, o de cualquier otra enfermedad de transmisión sexual, etc.

La semejanza que hay entre todos los grupos del conjunto general es que son considerados anormales, inferiores, se les ve como poseedores de un atributo vergonzoso y hasta como un peligro o amenaza al orden social. Esta manera de pensar suele generar que a los individuos de estos grupos se les rechace, se les discrimine o hasta se les ataque físicamente.

Las enfermedades estigmatizadas son un subconjunto de todas las llamadas categorías de estigma, pero dentro de este subconjunto también podríamos incluir la clase de las enfermedades que no sólo son estigmatizadas sino que además son

moralizadas (negativamente). Por otro lado, existe también un grupo de enfermedades que han sido moralizadas positivamente, esto es, que se les ha dado una significación moral positiva. De este subconjunto nos ocupamos en este trabajo, no con el propósito de estudiarlas a todas, pues no es un trabajo de historia de ciertas enfermedades o un descripción sociológica de ellas, sino que al tomar como hilo conductor principalmente a una de ellas -el sida-, tratamos de esclarecer los problemas éticos a que dan lugar.

Resulta que hay ciertas enfermedades, que al ser concebidos de determinada manera (de manera negativa), son estigmatizadas y /o moralizadas (negativamente), mientras que otras, al ser concebidas o asociadas con supuestas cualidades morales (positivas), al portador, por el hecho de padecerlas, se le moraliza positivamente. Como ejemplos de estas enfermedades, que nos sirven de hilo conductor durante la tesis, tenemos al sida y a la epilepsia en ciertas épocas, respectivamente .

En el primer capítulo empezamos por distinguir dos usos de la palabra "estigma": uno que llamamos "uso religioso-cristiano" y el otro "uso sociológico". con el propósito de lograr claridad y evitar confusiones. En el uso religioso-cristiano "estigma" se refiere a las heridas o cicatrices que corresponden a las cinco llagas causadas a Jesucristo al ser crucificado. En el uso sociológico "estigma" significa un atributo profundamente desacreditador. Enseguida analizamos los conceptos de estigmatización -según el segundo uso- y de moralización, en general, y de las enfermedades, en particular. El análisis de estos conceptos y fenómenos, nos lleva al descubrimiento de la relación que ellos tienen con lo que algunos psicólogos sociales han dado en llamar el "orden simbólico", que no es otra cosa que un conjunto de valores sociales y culturales que conforman cierto estereotipo "ideal" de cómo deben ser y cómo deben comportarse los agentes sociales, según una sociedad determinada. Lo que no obedece o se aparta de tal orden simbólico es considerado anormal o desviado y es entonces que se producen los fenómenos de la estigmatización y la moralización negativa de ciertos atributos o de sus poseedores. Para ilustrar lo anterior elegimos como hilo conductor al sida, 'enfermedad' o condición médica que ha sido tanto estigmatizada como moralizada negativamente.

El sida es una 'enfermedad' que ha alcanzado una desafortunada dimensión de pandemia, pero no sólo ha resultado en esta lamentable situación debido al insuficiente esfuerzo y negligencia de los gobiernos del mundo para combatirla, sino además tiene la característica de ser estigmatizada y moralizada negativamente, lo que podría explicar en parte lo anterior. El sida es una condición médica que entra, según cierta concepción muy extendida, dentro del concepto mítico-religioso de enfermedad, según el cual una enfermedad es un castigo correspondiente a la violación de un tabú o regla divina. Este concepto o esta manera de ver la enfermedad hace que se moralice negativamente ciertas enfermedades y que, como en el caso del sida, se de un fenómeno complejo de culpabilización, rechazo, discriminación y hasta persecución y ataque físico a personas que viven con VIH o con sida.

Después de examinar dichos fenómenos, en el segundo capítulo analizamos la forma y el contenido que debería tener una campaña educativa que intentara luchar contra la estigmatización y la moralización de las enfermedades, a nivel del cambio de actitudes. Estas campañas tendrían como propósito resolver tales problemas sociales por medio de la concientización o sensibilización de la sociedad. Se trataría de modificar o eliminar tanto las actitudes de rechazo, de exclusión o intolerantes como conductas discriminatorias, de persecución, ataque físico, etc. En cuanto al fenómeno del sida, las campañas educativas deberían combatir actitudes -entendidas como creencias evaluativas- falsas o de prejuicio tales como: las creencias de que el sida es una enfermedad de homosexuales, de que la infección del VIH o adquisición del sida tiene una causa moral; en suma combatir su estigmatización y su moralización. Las conductas que habría que eliminar y que suelen darse como resultado de estos fenómenos, -aunque no sólo debido a eso- serían las siguientes: la discriminación hacia pacientes que viven con VIH o con sida, las agresiones o linchamientos que llegan a sufrir estas personas, etc.

En este capítulo también analizamos los conceptos de actitud y de prejuicio, y los examinamos en relación con la conducta, advirtiendo que ésta no se explica únicamente por aquellas. Termina este capítulo con la exposición de un caso verídico

donde se manifestó la estigmatización y moralización negativa del sida, el cual se dio en llamar "el caso Walter". En este caso verídico vemos manifestarse justamente algunas de las actitudes y conductas -mencionadas anteriormente- que suelen darse ante la presencia de personas que padecen cierta enfermedad estigmatizada.

En el tercer capítulo empezamos con el análisis crítico del caso Walter, en el cual mostramos que plantea un problema de la filosofía moral práctica, pues se ubica dentro de las cuestiones sobre conflictos de derechos y de intereses, entendiendo "conflicto de derechos" en un sentido débil, en el cual se puede resolver tal conflicto sin la pérdida de algún derecho. Respecto de tales problemas el filósofo moral, como señala R. M. Hare, tiene como tarea esclarecerlos e indicar lo que en ellos está en juego. En este capítulo hablamos también del cambio y de la resistencia al cambio de las actitudes; para dilucidar esto adoptamos la distinción entre razones y motivos psicológicos de las actitudes y las conductas, entre un cambio razonable y un cambio psicológico de las actitudes y prejuicios y las conductas. Para hacer estas distinciones nos apoyamos en el filósofo Luis Villoro. Para explicar la resistencia al cambio de las actitudes y las conductas, nos fue muy útil servirnos de conceptos como los de fanatismo, intolerancia, personalidad autoritaria, prejuicio, simpatía y homofobia, pues estos nos iluminan sobre el por qué algunos individuos son tan reacios -y algunos hasta 'imposibles'- para que modifiquen sus actitudes y sus conductas, aun ofreciéndoles las mejores razones para ello.

En el cuarto capítulo analizamos en qué consistirían unas estrategias educativas contra la autoestigmatización y la automoralización de las enfermedades. Si en el segundo capítulo las campañas educativas tenían como destinatarios a las personas que estigmatizan y moralizan las enfermedades, en éste las estrategias estarían dirigidas a los que padecen la enfermedad y se autoestigmatizan. En este capítulo tratamos de señalar las condiciones y naturaleza de la internalización del estigma y de la moralización. Para ello, analizamos los conceptos de autoestima y de su relación, cuando aquella es baja, con emociones morales como la culpa y la vergüenza, las cuales son parte integrante de tal internalización. Al hablar de estas

emociones adoptamos un enfoque cognoscitivo, esto es, un enfoque que sostiene que las creencias son condiciones necesarias de las emociones; lo que nos permite hablar de emociones inapropiadas, en cuanto a que se pueden basar en creencias falsas. Al final de este capítulo, exponemos las estrategias educativas que podrían contribuir a la eliminación o disminución de tal internalización, con las cuales se trataría de lograr que la persona que internaliza tales fenómenos pueda ver que detrás de estos hay actitudes de prejuicio y convencionales que se mantienen de forma irreflexiva y dogmática y que muestran lo inapropiado de aquellas emociones.

El objetivo general de este trabajo es mostrar que las enfermedades no pueden ser sujetas a una evaluación moral razonable y que su moralización y estigmatización tiene más que ver con prejuicios, mitos, convenciones sociales y con ciertos rasgos de carácter propios de las llamadas personalidades autoritarias o intolerantes, tales como el conservadurismo, el rigorismo y la tendencia a criticar a los demás, entre otras. Que las enfermedades son moralmente neutras, pero que cuando se conciben de manera negativa, junto con otros factores, repercuten en conductas como la discriminación, que es una de las formas de injusticia social o de violación a los derechos humanos dirigida a ciertos enfermos.

Da la impresión de que las sociedades tuvieran necesidad de alguna enfermedad para identificar con el mal, que culpe a sus "víctimas". (Susan Sontag)

CAPITULO I

LOS CONCEPTOS DE ESTIGMATIZACION Y MORALIZACION DE LAS ENFERMEDADES

1. DOS USOS DE LA PALABRA "ESTIGMA"

1.1. Uso religioso-cristiano.

Encontramos uno de los usos de la palabra "estigma" dentro del contexto del cristianismo, específicamente dentro del catolicismo. Tomo en cuenta este uso por dos razones: 1) Para distinguirlo del uso que llamaremos "sociológico", y 2) por el hecho interesante de que el fenómeno de la estigmatización (según el mismo uso) ha sido moralizado.

Por "estigmas" se entienden las "heridas o cicatrices que corresponden a las cinco llagas causadas a Jesucristo al ser crucificado". (Royston, p. 180) Al que "recibe" los estigmas se le llama "estigmatizado". El primero y el más famoso de los estigmatizados fue Francisco de Asís, de quien se dice que los adquirió durante un trance.

Lo que llama poderosamente la atención es el hecho de que este tipo de estigmatización tiene una connotación moral positiva; por esto no es de extrañarse que cuando se habla de esta clase de estigmatizados sólo se piensa en 'santos', en gente con una vida 'virtuosa'. Prueba de que a estos estigmas se les ha dado un significado moral, es el hecho de que Verónica Giuliani fuera canonizada en 1831 justamente por haberlos recibido. (Cfr. Royston, p.180)

Ahora bien, aunque a estos estigmas se les ha visto bajo un significado moral positivo, el ex jesuita e investigador de este fenómeno Salvador Freixedo (excomulgado precisamente por sostener ideas que discrepaban de la "ortodoxia" católica) lo cuestiona

A primera vista parece que no debería haber duda alguna acerca de la autenticidad religiosa del hecho y acerca de la integridad moral de la persona que ve reproducidas en su cuerpo de una manera milagrosa las señales de la pasión de Cristo. Sin embargo, a pesar de todas las apariencias, la cosa dista mucho de ser tan segura (Freixedo, p. 45 y s.)

Y es que para la Iglesia Católica los estigmas eran señal de virtud y santidad de los católicos que los recibían, así como de la misma Iglesia a la que pertenecían. La objeción que hace Freixedo de éste es el hecho de que tanto no cristianos religiosos como irreligiosos, no siempre reconocidos por su virtud, llegaban a poseer esos estigmas, y unos hasta con enfado. Una vez comprendido y aclarado este uso de la palabra "estigma" o "estigmatización", pasemos al uso que fundamentalmente interesa: el sociológico.

1.2. Uso sociológico de la palabra "estigma".

El uso sociológico es un uso, como veremos, muy distinto del aquí denominado "religioso-cristiano". En primer lugar, veamos el origen de la palabra "estigma".

Siguiendo al filósofo y sociólogo Erving Goffman, fueron los griegos quienes crearon el término "estigma" "para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba". Estos signos son "cortes o quemaduras en el cuerpo", "y advertían que el portador era un esclavo, ritualmente deshonrado, a quien debía evitarse, especialmente en lugares públicos" (Goffman, p.11)

En sentido más amplio, en términos del mismo Goffman, la palabra "estigma" hace "referencia a un atributo profundamente desacreditador". Un atributo es un estigma

'cuando produce ante los demás, a modo de defecto, un descrédito amplio'. Estos atributos pueden recibir el nombre de "defecto", "falla" o "desventaja" (Goffman. p. 13); palabras que a su vez sugieren una idea de inferioridad. Ante esto, no debe extrañarnos que muchos estigmatizados sientan vergüenza por su estigma, lo oculten (cuando esto es posible) o se aislen de la sociedad, o que muchos de ellos se reúnan casi exclusivamente con personas con la misma categoría de estigma (homosexuales con homosexuales, negros con negros, etc.). Lo anterior se da, desde luego, por la experiencia del rechazo social debido al supuesto "atributo desacreditador", lo que lleva a la adquisición de una cierta o a veces clara conciencia de la estigmatización en cuestión.

Ahora bien, según Goffman podemos hablar de tres tipos de estigma:

- 1) Los llamados defectos del cuerpo: las distintas deformaciones físicas.
- 2) Los "defectos de carácter" del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o "antinaturales", creencias rígidas y falsas, deshonestidad: que se atribuyen a perturbados mentales, reclusos, adictos a las drogas, alcohólicos, homosexuales, desempleados, gente con tendencias suicidas y conductas políticas extremistas.
- 3) Estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, "susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia".

Estos tres tipos de estigma cuentan con los mismo rasgos sociológicos:

Un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen sus restantes atributos. (Goffman, p 14)

Así, ser estigmatizado consiste en poseer un atributo especialmente "indeseable" (un estigma), según alguna sociedad, y por ese hecho no ser aceptado por la sociedad o por algunos miembros de ésta. Pero, ¿por qué es indeseable socialmente un atributo y no otro? y ¿a qué se debe ese rechazo ante la posesión de cierto atributo?

2. VALORES SOCIALES, ESTEREOTIPOS Y ESTIGMATIZACION.

El fenómeno de la estigmatización va de la mano de la existencia de los "valores" particulares de una sociedad determinada (entendiendo estos valores como lo que los agentes sociales de una determinada sociedad valoran o prefieren), junto con el estereotipo ideal de persona, según el tipo de sociedad. La estigmatización también pone de manifiesto las ideas de lo "normal" y, como contraparte, lo "desviado"

Respecto al término estereotipo, un uso que podemos llamar neutral y general lo podemos obtener de Hilary Putnam en "El significado de 'significado':

"En el lenguaje ordinario, un estereotipo es una idea convencional [...] de cuál es el aspecto de un X [o de un grupo X] o de como actúa o de cómo es". Aunque, como él mismo señala, esa idea convencional es "a menudo maliciosa, y en ocasiones locamente inexacta". (Putnam, p. 56 y s.) A este último tipo de estereotipo lo podemos llamar estereotipo negativo, como, por ejemplo, algunos de los estereotipos sobre los negros: "los negros son muy agresivos", "los negros son unos supersticiosos", etc. Quizá sobre decir que estos estereotipos son siempre, o casi siempre, falsos si con ellos queremos decir algo de la forma "todo X es Y". Pues si bien es muy probable que haya negros supersticiosos y muy agresivos, con la misma probabilidad puede haber negros muy tranquilos o amables y considerablemente racionales. Sin embargo, creo conveniente entender por estereotipo una creencia evaluativa falsa de la forma "todos (o la mayoría de) los X son Y", que la sociedad -o muchos de sus miembros- mantienen sobre algún "grupo social".

El sociólogo Gordon W. Allport reconoce que hay estereotipos tanto positivos (por ejemplo, "los judíos son muy responsables") como negativos, pero que ambos no son sino creencias en las que se generaliza algo de manera infundada o insuficientemente fundada sobre algún grupo humano. Este tipo de creencia puede o no darse con animosidad o admiración. Un ejemplo de estereotipo sin animosidad sería el caso de, por ejemplo, un niño o cualquier otra persona, que tenga, por influencia de sus padres u otros individuos,

creencias del tipo, "a los judíos les gusta mucho el dinero" o "los judíos son muy ambiciosos" y, sin embargo, no abrigue hacia el objeto de dichas creencias ningún sentimiento de aversión o actitud desfavorable. (Allport, pp. 20 y 215)

Como podemos advertir, al igual que en los estereotipos, hay prejuicios, tanto positivos como negativos. Podemos definir un prejuicio positivo como una actitud¹ favorable o positiva respecto a una persona o grupo de personas, sin tener suficientes bases, por ejemplo, "los católicos somos los únicos que seguimos debidamente la doctrina de Cristo". Por prejuicio negativo podemos entender una actitud desfavorable o negativo respecto a una persona o un grupo de personas, sin tener suficientes bases, por ejemplo, "todos los católicos son unos fanáticos". Por cierto, no es ninguna novedad que los prejuicios negativos se dirijan generalmente a "los otros", y los positivos a "nosotros" mismos.

Existe un segundo uso de la palabra "prejuicio", entendido como "un juicio formado antes del debido examen y consideración de los hechos": un juicio prematuro o apresurado. Por ejemplo, alguien puede juzgar prematuramente, o sin datos suficientes que, por ejemplo, "puesto que no han hallado una cura contra el sida es (y será) una 'enfermedad' incurable", pero sin ninguna actitud favorable o desfavorable respecto a que haya o no haya una cura para el sida. Claro, este mismo juicio podría ser dicho por alguien que, 'en el fondo', tuviera el deseo o una actitud desfavorable respecto a que hubiera una cura para el sida, ya que esta 'enfermedad', podría creer, "es un justo castigo para los pecadores". Si esto fuera así, estaríamos hablando del primer uso indicado de la palabra "prejuicio".

G. W. Allport señala que los estereotipos tienen como principal función psicológica, la de ser utilizados para justificar (racionalizar) ciertas conductas en relación con una categoría o grupo humano. Así también, la tendencia a estereotipar obedece a la tendencia humana a simplificar las cosas: "la mente, tiende a categorizar los sucesos del medio ambiente de la manera "más burda" que sea compatible con la necesidad de la

¹ Aunque más adelante discuto el concepto de actitud, lo usaré en este momento como finalmente decidí usarlo, entendido como una creencia o un juicio evaluativo

acción". Esto se debe a que estereotipar "requiere menos esfuerzos, y el esfuerzo, salvo en la esfera de nuestros intereses más vitales, es desagradable". (Allport, p. 36)

Ahora bien, así como hay quienes mantienen prejuicios o estereotipos incluso cínicamente (por ejemplo, un miembro del ku-klux-klan que dijera "los negros y los latinos son unos malvivientes; los cuales si se acabara con ellos le haríamos un bien a nuestro país") hay quienes los mantienen con más sutileza.

Ejemplo de un prejuicio mantenido sutilmente puede ser el caso de Arthur Jensen, el cual calculaba que el coeficiente intelectual (C.I.) está determinado en un 80% por herencia y en un 20% por el ambiente, y que el promedio de diferencias del C.I. según la raza está determinado en gran parte por la herencia. Así, según los tests de C.I., durante mucho tiempo, los negros tendían a calificar cerca de 10 puntos por debajo de los blancos. Sobre esto podemos reflexionar y coincidir con David A. Statt. "es difícil comprender por qué intenta argumentar acerca de las diferencias que existen entre grandes grupos de gente sobre las bases de puntajes en pruebas individuales". Así, el hecho de que los puntajes dados por los tests C.I., lo sean por promedio de grupo, por lo que no dice nada del C.I. de un individuo en particular, hace sospechar que Jensen tenía un prejuicio negativo hacia los negros, pues, justamente, en contraste con ese promedio de grupo, "algunos negros obtienen puntajes más altos de C.I. que la mayoría de los blancos", incluso del resto de la población no negra (Statt, p. 38 y s.)

Por otro lado, respecto a la temporalidad de los estereotipos, estos no son inmutables, esto es, lo que se cree en un tiempo acerca de los negros, los judíos, los homosexuales, etc., no siempre se sigue manteniendo, ni de época en época, ni en una misma persona toda su vida.

Algo parecido se da en el caso de la estigmatización, en lo que se refiere a su mutabilidad, pues es importante aclarar que no siempre (ni de igual grado o fuerza) se estigmatiza un mismo atributo, forma de conducta o grupo humano. Como dice Goffman, "los tipos de males que despiertan preocupación han cambiado". (Goffman, p. 12) O como señala Graham Scambler: "Es importante destacar [la] variabilidad histórica y cultural en los criterios de atribución de estigma". (Scambler, p. 224)

Como ejemplo de la afirmación anterior, Scambler contrasta los casos de Sócrates y Wittgenstein, ambos homosexuales. Mientras que en la Grecia del siglo V a.C. la 'homosexualidad', o más bien la práctica homosexual, era una forma aceptable y normal de amor entre varones -si bien se le consideró más apropiada entre hombres jóvenes y mayores en situación de darles buenos ejemplos-, en cambio en la Austria de principios del siglo XX. Wittgenstein, en medio de un "clima moral" muy diferente "estuvo muy cerca de la desesperación, incluso del suicidio, cuando se vio arrastrado una y otra vez a los oscuros callejones de las ciudades 'en los que recios jóvenes estaban prestos a satisfacerlo sexualmente'." (Scambler, basado en *Wittgenstein* de Bartley)

Así, este ejemplo ilustra la relación que hay entre los valores particulares de una sociedad determinada y la consiguiente estigmatización de lo que no responde de manera importante a esos valores (valores también entendidos como 'normas' sociales, según observa Scambler). Por esto, mientras que la práctica homosexual de Sócrates fue abierta y considerada aceptable por su sociedad, la de Wittgenstein fue vivida de manera clandestina y enfrentado a la amenaza de la vergüenza y la desgracia pública, pues la homosexualidad, y la práctica homosexual, estaba socialmente desacreditada.

Ahora bien, es la propia sociedad la que "establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías". Las dos grandes categorías serán la de los "normales" y la de los "desviados". Así, dándose esta categorización de las personas, dándose "estas anticipaciones, las transformamos en expectativas normativas, en demandas vigorosamente presentadas", si bien, como señala Goffman, "por lo general no somos conscientes de haber formulado esas demandas ni tampoco de su contenido [.]". (Goffman, p. 12)

Goffman: contraponen normal a estigmatizado y señala: "Daré el nombre de normales a todos aquellos que no se apartan negativamente de las expectativas particulares que están en discusión."(Goffman, p. 15)

Estas expectativas corresponden a los valores relevantes de determinada sociedad: por ejemplo el "valor" de ser heterosexual.

Y, sobre la relatividad del estigma, Goffman indica:

Un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad de otro y, por consiguiente, no es honroso ni ignominioso por sí mismo. (Goffman, p. 13)

Esto es, si lo "desviado" está determinado según la "normalidad" que establece una sociedad determinada, ambas condiciones logran ese específico significado sólo en el contexto de dicha sociedad. Por lo tanto, nadie es intrínsecamente normal o desviado independientemente de lo que una sociedad determinada establezca al respecto.

Sobre el asunto de la normalidad, Goffman advierte la necesidad del estigmatizado de no considerarse a sí mismo anormal y de que no lo perciban o traten como tal: "la sensación de ser una 'persona normal', un ser humano como cualquier otro, un individuo que, por consiguiente, merece una oportunidad justa para iniciarse en una actividad, puede ser uno de sus más profundos sentimientos acerca de su identidad." (Goffman, p. 17) Lo anterior hace suponer también que algunos estigmatizados tienen la idea de que ser normal es mejor, socialmente hablando, que no serlo. La necesidad psicológica de sentirse y de ser considerado como normal tanto por los estigmatizados como por los que no lo están, se advierte en la frecuente pregunta, por ejemplo, dirigida al sexólogo: "¿es algo normal que mi hijo se masturbe?", "¿es normal que yo me sienta o haga...?", etc. Si el sexólogo contesta afirmativamente, el paciente queda satisfecho, creyendo entonces que no hay problema, que no hay de qué preocuparse, pues no está pasando nada malo. La pregunta médica sobre si el estado de mi corazón es normal es una pregunta en que el uso del término "normal" es claramente evaluativo, conteniendo una idea normativa, pues aquí "normal" se usa como lo que funciona bien.

También "normal" tiene un uso que podemos llamar popular, que corresponde en estadística a lo que se llama la "moda", la cual indica la condición o rasgo más común; en sociología, algo que se da más comúnmente en un grupo en contraste con otro en que eso mismo se da menos, por ejemplo, cuando se dice que normalmente las mujeres

maduran física y psicológicamente más rápido que los hombres. Desde luego, con esto no se indica que las mujeres, por ese hecho, sean mejores que los hombres, o que su desarrollo físico y psicológico sea mejor que el del hombre. Claro, el dato estadístico puede ser utilizado para apoyar algún tipo de prejuicio, positivo o negativo. Así, si bien el uso del término "normal", que podemos llamar de tipo estadístico, no es propiamente evaluativo, puede ser utilizado evaluativamente. Como cuando se dice "lo normal es que nos guste alguien del sexo contrario, si no es así algo anda mal", queriendo decir que "lo mejor" o "lo adecuado" es ser heterosexual y no homosexual, preferencia que considerarían evaluativamente anormal. Es claro que lo que es más frecuente no necesariamente es lo mejor, por ejemplo, la violencia, el abusar de otros, etc. es más frecuente que la no-violencia o el respetar y ser justo, y, sin embargo, no es mejor lo primero que lo segundo.

La normalidad de la que habla Goffman es de tipo evaluativo, es la que corresponde a una norma o normas socialmente aceptadas, de tal manera que lo que se aleja de dicha norma es considerado anormal o desviado, y si se aleja fundamentalmente se da el fenómeno de la estigmatización. Siendo así las cosas, no es extraña la exigencia social de ser normal, esto es, de corresponder al estereotipo ideal de determinada sociedad o comunidad social, pues dicha normalidad se estima socialmente como lo mejor, según cada tipo de sociedad.

En palabras de G. Scambler, los "desviados", que por esto son estigmatizados (desacreditados si se conoce su estigma y desacreditables si se desconoce), lo son por romper con valores, entendidos como "convenciones sociales". Ahora bien, aclara Goffman, "no todos los atributos indeseables son tema de discusión sino únicamente aquellos que son incongruentes con nuestro estereotipo acerca de cómo debe ser determinada especie de individuos". Por esta razón el estigma es "realmente una clase especial de relación entre atributo y estereotipo." (Goffman, p. 12 y s.)

Y es que los estereotipos sociales de cómo se debe ser y vivir generan expectativas y exigencias sociales. Es por eso que "el problema del estigma no surge [. . .] sino tan sólo

donde existe una expectativa difundida de que quienes pertenecen a una categoría dada deben no sólo apoyar una norma particular sino también llevarla a cabo." (Goffman, p. 16)

Todas estas normas y exigencias sociales obedecen, a su vez, a la exigencia de un orden social. Así, en palabras de Scambler, "las pautas realizadas habitualmente llegan a ser instituciones sociales -formas por lo común aceptadas o establecidas de hacer las cosas- cuando son transmitidas por sus iniciadores a la generación siguiente". La sociedad o las autoridades sociales se encargan de que se respeten dichas pautas.

La noción de "universo simbólico" que analiza el sociólogo Scambler nos recuerda el pensamiento primitivo que comenta Ruy Pérez Tamayo en *El concepto de enfermedad*. En este universo simbólico todos los sectores del orden establecido se integran en un marco de referencia que lo abarca todo, donde toda la experiencia humana puede concebirse como ocurriendo en este universo. Según el pensamiento primitivo, observa Pérez Tamayo, "todos los hechos tienen sus causas, naturales o sobrenaturales, pero siempre fáciles de apreciar en forma clara y directa". "Todo lo que ocurre queda aclarado, explicado, comprendido, juzgado, premiado o, en su defecto, castigado". En fin, se trata de un mundo de orden y certidumbre. (Pérez Tamayo, p. 27)

Como vemos, tanto en el pensamiento primitivo como en el llamado universo simbólico al que se refiere Scambler, la noción fundamental es la de "orden", en la cual, precisamente, no cabe el caos. Ahora bien, aunque este orden no está plenamente en ninguna sociedad, las sociedades o las autoridades sociales ven como exigencia el buscar el orden y, por tanto, combatir el caos. En otras palabras: lo que se buscará será la "normalización" y se combatirá la "desviación". De esta manera, la propiedad de ser "desviado", "recae sobre el individuo cada vez que los demás perciben en su conducta, apariencia, o en su sola existencia, una transgresión grave de los linderos del universo simbólico por medio del cual el desorden inherente de la existencia humana se vuelve ordenado y significativo". (Scambler, p. 227 y s. tomado de Scott, 1972) Un útil ejemplo de este universo simbólico, o de este simbólico orden social -si bien puede haber más de uno en cada sociedad- es el caso de Estados Unidos en estos tiempos. Según las normas y estereotipos de lo que es respetable y adecuado en esta sociedad, señala Goffman:

El único hombre que no tiene de que avergonzarse de nada es un joven casado, padre de familia, blanco, urbano, noroesteño, heterosexual, protestante, que recibió educación superior, tiene un buen empleo, aspecto, peso y estatura adecuados y un reciente triunfo en los deportes. (Goffman, p. 150)

De tal manera que el que no cumple con algunos de estos requisitos sociales (sobre todo los considerados como más valiosos), suele ser menospreciado, devaluado, esto es, socialmente rechazado: estigmatizado.

2.1. Estígmata de tipo 'moralizante'

Podemos entender por estigma de tipo 'moralizante', (o estigma 'moralizado') el estigma que se ve como un indicio o señal de que quien lo posee es moralmente inferior, o cuando se cree que el estigma (de enfermedad, de defecto físico, etc.) es un castigo por las faltas o pecados cometidos.

Tenemos un ejemplo de este tipo de estigma en el Nuevo Testamento, donde se narra el caso de un ciego de nacimiento:

Al pasar por cierto lugar, Jesús vio un hombre que había nacido ciego. Sus discípulos le preguntaron: Maestro, ¿por qué nació ciego este hombre? ¿por el pecado de sus padres o por su propio pecado? -Ni por su propio pecado ni por el de sus padres, fue más bien para que en él se demuestre lo que Dios puede hacer (Juan 9 1-3)

En este relato, la pregunta de los discípulos podría formularse de la siguiente manera: ¿Este hombre nació ciego como castigo (o consecuencia) de su pecado o por el de sus padres?

Llama mucho la atención la referencia al pecado del mismo ciego como posible 'causa' de su ceguera, la cual fue de nacimiento: ¿Cuándo pecó? ¿antes de nacer? Lo cierto es que en tiempos de Jesús se creía en la transmigración de las almas² (según esto, se

² La transmigración de las almas consiste en el viaje migratorio de las almas de un cuerpo a otro, en un ciclo de nacimiento y muerte

pudo haber pecado en una vida anterior, creencia que se sabe tenían los saduceos), y la creencia de que las desgracias personales y colectivas se debían a un castigo divino. Un ejemplo contemporáneo de un 'estigma moralizado' se encuentra en el caso de una niña con una deformación física en la cara. Ella misma narra su experiencia del estigma y da su interpretación:

Estimada Señorita Corazones Solitarios

Tengo dieciséis años y estoy desorientada; le agradecería que me aconsejara. Cuando pequeña estaba acostumbrada a que los chicos que vivían en la cuadra se burlaran de mí y no era tan terrible, pero ahora me gustaría tener amigos con quienes salir los sábados a la noche como las demás chicas, pero ningún muchacho me va a invitar porque aunque bailo muy bien, tengo una linda figura y mi padre me compra lindos vestidos, nací sin nanz.

Me siento y me observo todo el día y lloro. Tengo un gran agujero en medio de la cara que asusta a la gente y también a mí; por eso no puedo culpar a los muchachos de que no quieran invitarme a salir con ellos. Mi madre me quiere pero se pone a llorar desconsoladamente cuando me mira ¿Qué hice yo para merecer esta terrible desgracia? Aunque hubiera hecho algo malo, nada malo hice antes de cumplir un año, y sin embargo nací así. Le pregunté a mi papá; me dijo que no sabía, pero que tal vez algo hice en el otro mundo antes de nacer, o quizá me castigaron por sus pecados. Eso no lo puedo creer porque él es un hombre muy bueno ¿Debo suicidarme?

La saluda atentamente

Desesperada. (Goffman, p. 9)

Esta narración, inventada o no, es asombrosamente coincidente con el relato bíblico antes citado, donde se cuestiona si el mal que alguien padece es por sus malos actos o por los de su padre.

Es interesante y reveladora la pregunta: "¿qué hice yo para merecer esta desgracia?", semejante a la pregunta "¿por qué a mí me tuvo que haber pasado?", preguntas que suele hacerse la gente cuando le pasa algo terrible. En el fondo de estas preguntas hay una exigencia de justicia que, a su vez, supone la idea de un orden moral en el mundo. Una idea mítica de que "Algo" o "Alguien" distribuye los premios y los castigos, pero que

en algunos casos unos u otros se consideran inmerecidos, o como si se negara la existencia de lo accidental o del azar.

3. MORALIZACION DE LAS ENFERMEDADES

La moralización de las enfermedades puede darse en sus dos formas posibles: moralización negativa y moralización positiva.

La moralización negativa de las enfermedades es la que corresponde a lo que podemos llamar estigmatización moral de los enfermos

Moralizar positivamente una enfermedad consiste en atribuirle un significado moral positivo; creer, por ejemplo, que cierta enfermedad es señal o síntoma de que quien la padece tiene una superioridad moral, o que indica su grandeza humana.

Debo aclarar que no es una contradicción decir que una enfermedad que ha sido estigmatizada (fuertemente desacreditada) también sea o haya sido moralizada positivamente. Este es el caso de la epilepsia.

La epilepsia, como se sabe, ha sido considerada como la *enfermedad sagrada* y se le ha atribuido un carácter 'sobrenatural' Pues bien, al ser vista de esta manera, al que la padecía se le veía como alguien especial, como alguien con una gran dignidad.

Contrariamente a esta concepción de la epilepsia, señala Fena Rubio Donnadiou en "Generalidades y clasificación de la epilepsia": "Desde los tiempos hipocráticos se ha insistido en borrar la creencia del carácter sobrenatural de la epilepsia [...]". Sobre ella señaló Hipócrates:

En cuanto a la enfermedad que llamamos sagrada, he aquí lo que es ella no me parece ni más sagrada ni más divina que las otras, ella tiene la misma naturaleza que el resto de las otras enfermedades, y, por origen, las mismas causas que cada una de ellas." (Fena , p 19)

3.1. Moralización en torno al fenómeno del SIDA

La moralización del sida ha sido de carácter negativo. Al sida si bien no es estrictamente una enfermedad,³ se le ha estigmatizado moralistamente (o moralizantemente).

Es sorprendente como la concepción del sida como enfermedad se parece mucho a uno de los cinco conceptos primitivos de enfermedad, según la clasificación de Clements (1932): al concepto religioso de enfermedad. Lo que sorprende exactamente es el advertir cómo el pensamiento primitivo es, también, tan contemporáneo como el sida mismo.

De acuerdo con el concepto religioso de enfermedad, según lo caracteriza Pérez Tamayo, la enfermedad consiste en el castigo correspondiente a la violación de un tabú o regla divina. Por el pecado uno es culpable y por esto uno ha de ser castigado.

Así como en el Nuevo Testamento, señala Pérez Tamayo, "el concepto religioso de enfermedad también se encuentra en forma pura en el Antiguo Testamento, donde la enfermedad es expresión de la ira de Dios y sólo se cura por medio de dolorosas reformas morales, rezos y sacrificios". (Pérez Tamayo, p 35 y s.)

Si se pide para la cura de la enfermedad, "dolorosas reformas morales", "rezos y sacrificios", se está moralizando la enfermedad, cuando lo sensato para la cura es consultar un buen médico. Y es que en el asunto de la moralidad, las enfermedades son ajenas a toda consideración moral razonable, es decir, son moralmente 'ciegas'.

Volviendo al fenómeno de la moralización negativa y estigmatización de los enfermos de sida, las siguientes expresiones dan prueba de ello:

"El SIDA es el juicio de Dios a una sociedad que no vive según sus reglas".
(Predicador Jerry Falwell)

³ El sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) no es propiamente una enfermedad, sino precisamente un síndrome, esto es, un conjunto de síntomas y signos que se presentan de manera simultánea, relacionado con la afectación o debilitamiento del sistema inmunológico. De cualquier manera, el sida es una condición médica y, por cierto, casi 'toda' información sobre sida se refiere a la misma como una enfermedad.

El sida es un "castigo de Dios" y una "venganza de la naturaleza" (Cardenal Eugenio Sales)

El sida es "la consecuencia de la decadencia moral". (Obispo Falcao de Brasilia)

Ahora bien, en un mundo y en un país donde el pensamiento primitivo es muy actual y el concepto religioso de enfermedad es aun vigente, no es de extrañarse la búsqueda de pecadores-culpables de la pandemia del sida.⁴ La reacción `primitiva' frente al sida no tardó en darse: congruentemente con la concepción de que lo `desviado' o `anormal' (en este caso supuestamente la homosexualidad, la promiscuidad, etc.) es peligroso para el orden social. Así, por ejemplo, los homosexuales "representan una amenaza a supuestos inconmovibles de la institución del matrimonio y de la unidad familiar, de la dicotomía de sexo "masculino" y "femenino" y de la relación entre sexo y procreación." (Scambler, p. 228) Con lo anterior podemos comprender lo que algunos llaman "vida sexual desordenada": la que no corresponde, en este caso, a los anteriores valores o normas sociales, los cuales son parte del universo simbólico de determinada sociedad (sin olvidar que puede haber más de un universo simbólico en una sociedad). Pues bien, con esta mentalidad: "se adueña de la escena el moralismo apoyado en el antiguo prejuicio exterminador de la homofobia": "¡hay que aislar a los homosexuales! ¡El cáncer gay es castigo de Dios! ¡Este es el resultado de la permisividad!". (Monsiváis, p. 118)

Es posible que la búsqueda de culpables haya llevado a que se hablara de "grupos de alto riesgo" y es que no obstante la universalización del sida entre homosexuales, heterosexuales, bisexuales y niños, "la culpabilización nunca es contradicha por los casos que no cuadran". (Sontag, p. 60) Más bien se habla de "víctimas inocentes" (los niños y los infectados de VIH por transfusión sanguínea). Así, hablar de víctimas inocentes (los que no fueron infectados de VIH por vía sexual o por consumo de droga por vía intravenosa), sugiere la existencia del otro grupo: los que sí son "culpables" (los que se infectaron por vía sexual o por consumir droga por vía intravenosa)

4 Tengamos presente desde ahora que las únicas formas de transmisión del virus del sida, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), son tres: 1) Vía sexual, 2) vía sanguínea y 3) vía perinatal (transmisión de la madre embarazada al feto).

Esto indica un aspecto interesante para la ética aplicada en relación con la sexualidad: la moralización, sobre todo negativa, de ella. Como ejemplo de la moralización positiva de la sexualidad tenemos el caso siguiente: las relaciones heterosexuales que se practican dentro del matrimonio son vistas como una señal de vivir correctamente. La moralización negativa de la sexualidad se muestra en el hecho de llamar víctimas inocentes precisamente a los que no se infectaron por vía sexual, sobre todo si no son homosexuales.

Ahora, no está de sobra decir, incluso es urgente e imprescindible apuntar, que el que se haya creído y se siga creyendo en "grupos de alto riesgo" ha sido verdaderamente fatal, pues ha contribuido a la mayor expansión del virus del sida y de la enfermedad misma. Y es que es natural que al sentirse uno fuera de "los grupos de alto riesgo", uno crea que también está lejos del problema (del peligro de infección). Esta creencia pone curiosamente en mayor riesgo a los que la comparten, que a los que falsamente creen estar dentro de algún "grupo de alto riesgo"; pues los primeros, al sentirse ajenos al problema, es más posible que no se cuiden y se infecten, mientras que los segundos, por sentir el problema como muy cercano, (como de hecho pasó con algunos homosexuales y prostitutas), con más probabilidad tomarán medidas preventivas.⁵ No obstante esto, podríamos decir que si hay Grupos de Alto Riesgo, sólo serían los que realizaran Prácticas de Alto Riesgo (coito anal sin condón, tener varias parejas sexuales sin usar condón, etc.), ya sean estos heterosexuales, homosexuales, casados o quienes vivan en unión libre, etc.

Pues bien, aunque las reacciones varían al extenderse la epidemia en distintos países, "el común denominador es la culpabilización del enfermo", esto debido tanto a la moralización negativa o estigmatización de tipo moral del seropositivo, como del enfermo de sida. Ejemplos de esto, con carácter dramático:

⁵ Por cierto, en vez de hablar de Grupos de Alto Riesgo CONASIDA, desde 1987, decidió hablar más bien de Prácticas de Alto Riesgo.

En un pueblecito colombiano, se prende fuego a la clínica que atiende a dos sidosos; en Londres se persigue a un enfermo en la calle, y se semidestruye su casa; en Estados Unidos abundan los actos de intolerancia, los médicos y enfermeras que lanzan a la calle a pacientes, las familias que rechazan a hijos o hermanos, los sidosos que mueren literalmente de hambre, porque nadie quiere o nadie se atreve a socorrerlos; en la provincia chilena, un pueblo expulsa a siete reos homosexuales negándoles el trato y el alimento. (Monsiváis, p. 118)

Como apunta Monsiváis, el centro de la moralización en el contexto del sida es la homofobia, el odio históricamente interiorizado contra los homosexuales que engendra una certeza: "ante la sexualidad diferente el prejuicio sigue siendo el mejor método descriptivo que justifica acciones de toda índole, incluso el linchamiento físico".

El fenómeno de la culpabilización puede ser tentativamente explicado por la tendencia humana a buscar lo que algunos psicólogos y sociólogos han dado en llamar "chivos expiatorios" o "chivos emisarios". Según esta tendencia, el ser humano, ante su frustración o ante una sensación de amenaza externa, 'busca' a alguien para descargar su frustración, e incluso culpar a alguien o a algún grupo humano de alguna desgracia social o personal. Ahora, si la tendencia a la culpabilización o la búsqueda de chivos expiatorios se puede explicar por la teoría de la frustración y la sensación de amenaza exterior (si bien ese miedo o sensación de amenaza suele deberse más que a factores externos, a factores internos: inconscientes), lo que esto no explica es por qué se culpa a un grupo y no a otro. (Allport, pp 270 y 287)

Retomando lo dicho sobre los estereotipos ideales, la normalidad y la desviación, podemos tentativamente explicar la última cuestión. De la misma manera en que no se estigmatiza a cualquier grupo humano, sino sólo al que se aleja significativamente del estereotipo ideal (o del orden simbólico), el chivo expiatorio no suele ser cualquiera, sino precisamente el que es objeto de nuestro desprecio, trátese de un grupo considerado desviado o un grupo extranjero. Así, por ejemplo, la sífilis, cuando comenzó a propagarse en Europa, para los ingleses era el "morbo gálico", para los parisinos el "morbus germanicus", la enfermedad napolitana para los florentinos y el mal chino para los japoneses. Esto revela dos cosas importantes, según Sontag:

lo que puede parecer un chiste sobre la inevitabilidad del chovinismo revela en realidad una verdad más importante: que existe un vínculo entre la manera de imaginar una enfermedad y la de imaginar lo extranjero. (Sontag, p. 54)

Sontag considera que es posible que esta identificación de lo extranjero con la enfermedad "resida en el concepto mismo de lo malo que, de un modo arcaizante, aparece como idéntico a lo que no es nosotros, a lo extraño" (Sontag, p.p. 54 y s.) Esto nos vuelve a recordar lo que hablamos del universo simbólico y del pensamiento primitivo. cualquier grupo o individuo que se encuentre fuera de algún orden simbólico, ya sea por sus actos o algunos atributos específicos, es visto como una amenaza para la sociedad, como una amenaza al orden social (como algo desordenado), o como la causa de alguna desgracia o de algo que amenaza gravemente nuestra vida o nuestra seguridad, por ejemplo, la pandemia del sida. Así, justamente, dentro del fenómeno de la estigmatización, a los que no son considerados como normales (que no están dentro del orden simbólico), se los ve precisamente como desviados o peligrosamente extraños.

Si esto es así, ahora podemos ver más claro cómo se 'eligió' como chivo expiatorio o como culpables del sida a los homosexuales: junto con la mencionada tendencia humana a la culpabilización o búsqueda de chivos expiatorios: 1°. Ya los homosexuales eran (y son) un grupo estigmatizado (con un estigma que tiene una connotación moral) 2°. Los primeros casos de infección por VIH registrados, en E. U. y en Europa, fueron precisamente en homosexuales; el que ésto saliera a la luz pública, junto con la homofobia generalizada, dio lugar a que a los homosexuales se les considerara culpables de la aparición del sida. Esto explica por qué al sida se le denominara peyorativamente: "el cáncer gay", "el cáncer rosa", "la peste homosexual", etc.

La homofobia es un fenómeno que podemos explicar, por lo menos parcialmente, haciendo referencia a factores internos mencionados en líneas atrás. Según esto, la homofobia es una respuesta motivada por el mecanismo de defensa llamado "proyección", el cual consiste, en este caso, en que ante el temor y rechazo de que uno mismo sea homosexual, la culpa que por esto uno llegara a sentir es transferida o proyectada a manera de odio o rechazo a los homosexuales(o más bien a los que uno

considera homosexuales) , a manera de defensa, para así disminuir o eliminar el temor o la culpa.

Junto con lo anterior, la moralización negativa del sida se hace evidente por el hecho de que se asocia esta enfermedad con una preferencia que se considera una 'perversión sexual', esto entendido precisamente de una manera moralizante, y con la idea de que la infección por VIH es "el justo castigo por llevar una vida sexual desordenada" (la que, según algunos, no es heterosexual, no se da dentro del matrimonio, no es monógama, etc.) o, en otras palabras, "por llevar una vida sexual pecaminosa".

Finalmente, con respecto a los estereotipos, si bien los hay que sirven para facilitar la comunicación,⁶ también los hay que son generalmente lo que Putnam llama estereotipos "maliciosos o locamente inexactos" (Putnam, pp. 57 y s.), tal es el caso de los estereotipos sobre grupos sociales. Éstos últimos tienen el enorme inconveniente moral de dar lugar a la discriminación e incluso, como señala Monsiváis, a linchamiento físico. Es seguramente por esta razón que en las campañas de lucha contra el sida, se insista en el combate a los estereotipos y, por supuesto, a los prejuicios sociales. Así, según Francisco Galván Díaz, las medidas a tomar para combatir la propagación del sida y la discriminación del infectado o enfermo de sida son:

- La información a toda la población respecto a los medios y mecanismos de la infección.
- Educar para despertar una conciencia social positiva del problema y para promover solidaridad social con el enfermo, con el infectado y con sus familiares.
- Y, para lograr lo anterior, "buscar la eliminación de los estereotipos y de falsas ideas del sentido común entre la población". (Galván, p. 138)

Por la misma línea, apelando y exhortando a la tolerancia, a la admisión de la diversidad legítima, al combate al prejuicio y al mito, y a la solidaridad -lo cual es imposible si las sociedades insisten en su empeño de establecer estereotipos ideales de supuesta normalidad que se asume como lo mejor-, Monsiváis señala:

Ya todos pertenecemos a los "grupos de alto riesgo", pero en México, por [más] tiempo la homofobia dirá lo contrario. La tarea inmediata es oponerse a esto en la medida de las posibilidades, y evitar el robustecimiento de los prejuicios conservadores, causantes de la infelicidad histórica de las minorías [e incluso de las mayorías]. La solidaridad y el respeto hacia los enfermos, la erradicación de "la culpa moral" son deberes insoslayables de la condición humanista de nuestras sociedades. A la tragedia individual y colectiva no debe añadirse el peso del linchamiento social. (Monsiváis, pp. 128 y s.)

⁶ Como los que apunta Putnam, por ejemplo, el estereotipo de tigre, según el cual los tigres son felinos rayados. Esta clase de estereotipo permite identificar a un grupo o clase, en este caso una clase natural. Véase Putnam, I., "El significado de 'significado'", UNAM, IIF, México, 1984, pp. 53-57.

BIBLIOGRAFIA

1. Allport, Gordon W. *La Naturaleza del prejuicio*. Eudeba, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1962.
2. Bartley, W. *Wittgenstein* Quartet Books, Londres, 1977.
3. Freixedo, Salvador. *Las Apariciones marianas*. Posada, México, 1988.
4. Galvan Díaz, Francisco. "Opiniones a debate: En torno al SIDA en México". "El SIDA: Moral y política", en Francisco Galván Díaz, *El sida en México: los efectos sociales*. Uam, México, 1988.
5. Goffman, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1967.
6. Monsiváis, Carlos. "Las plagas y el amarillismo: Notas sobre el SIDA en México". (México, Dic. de 1987), Galván Díaz, *El sida en México: los efectos sociales*. Uam, México, 1988.
7. Pérez Tamayo, Ruy. *El Concepto de enfermedad*. Vol. I, México: UNAM, CONACIT, FCE, 1998.
8. Putnam, Hilary. *El Significado de "Significado"* UNAM, IIF, México, 1984.
9. Royston Pike, Edgar. *Diccionario de religiones*. FCE, México, 1991.
10. R. Scott y J. Douglas (comps.), *Theoretical Perspectives on Deviance*. Basic Books, Nueva York, 1972.
11. Scambler, Graham. "Diagnostico y enfrentamiento de enfermedades estigmatizadoras" en R. Fitzpatrick *et al. La enfermedad como experiencia*. FCE, México, 1990.
12. Scott, R. "A Proposed Framework for Analyzing Deviance as a Property of Social Order", en R. Scott y J. Douglas (comps.), *Theoretical Perspectives on Deviance*. Basic Books, Nueva York, 1972.
13. Sontag, Susan. *El SIDA y sus metáforas*. Muchnik Editores, Barcelona, 1989.
14. Statt, David A. *La Psicología*. Harla, México, 1978.

Las ideas erróneas, observó Spinoza, llevan a la pasión, porque son tan confusas que nadie puede usarlas como base de un ajuste realista. Las ideas correctas y adecuadas, en cambio, facilitan la ruta hacia un enfrentamiento auténtico con los problemas de la vida. Aunque no todos admitirán las ideas correctas cuando les son ofrecidas, conviene ponerlas a disposición de todos (Gordon Allport)

CAPITULO II

CAMPAÑAS EDUCATIVAS CONTRA LA ESTIGMATIZACION Y LA MORALIZACION DE LAS ENFERMEDADES AL NIVEL DEL CAMBIO DE ACTITUDES.

Una vez mostrada la existencia de los fenómenos de la estigmatización y moralización de las enfermedades,⁷ y caracterizados dichos fenómenos, una pregunta general que podemos formular es la siguiente: ¿qué hacer para que ya no se estigmaticen y moralicen a los poseedores de cierta enfermedad, o que por lo menos esto disminuya?

El problema general que ahora nos planteamos es el de qué consideraciones habría que hacer sobre el intento de combatir, mediante campañas educativas, fenómenos como la moralización y estigmatización de las enfermedades; centrándome fundamentalmente en el examen de lo que algunos investigadores sociales llaman el área de las actitudes. Para esto, hago un análisis del concepto de "actitud", para luego distinguirlo de la noción de "prejuicio". Después paso a considerar la posible relación de las actitudes con la conducta. Y finalmente esbozo una propuesta modesta de modelo de campaña educativa que intente enfrentar los fenómenos antes mencionados.

⁷ Aunque en casi todo el texto use, por motivo de comodidad, la expresión "estigmatización y moralización de las enfermedades", desde el principio debe quedar claro que a quien se estigmatiza y moraliza es a los poseedores de ciertas enfermedades, dada cierta significación social de éstas

Para enfrentar un problema social, como es de suponer, lo más razonable es pensar en campañas educativas. Pues para que se pueda resolver un problema social se requiere concientizar a la sociedad; y tal es el propósito general de las campañas educativas. Pero, ¿en qué consiste una campaña educativa? Al parecer, toda campaña educativa tiene como propósito incidir o influir fundamentalmente en tres áreas del ser humano: (I) la de los "conocimientos"; (II) la de las "actitudes" y (III) la de las conductas o prácticas.⁸ Busca lograr la modificación o eliminación de ciertas actitudes, ciertas conductas o prácticas, y, a su vez, que la sociedad adquiera conocimientos que desmitifiquen el problema en cuestión, y, como consecuencia, desarrolle actitudes y conductas que ayuden (o favorezcan) la eliminación de ciertos problemas sociales (combatir, por ejemplo, el tabaquismo, el alcoholismo; impulsar el uso del cinturón de seguridad para combatir o disminuir el número de heridos o muertos por accidentes automovilísticos).

En cuanto al problema social de que ahora nos ocupamos, el propósito de la campaña educativa consistiría en la eliminación (o modificación) de las "actitudes" y conductas de estigmatización y moralización de las enfermedades.

¿En qué consistiría una campaña educativa que influyera en el área de las actitudes?

Para responder a esa pregunta, ¿no debemos primero tener claro qué son exactamente las actitudes? O algo más general, ¿qué debemos entender por "actitud"?

⁸ Tales son las áreas que la Secretaría de Salud en colaboración con otras instituciones nacionales e internacionales tomó en cuenta para un estudio a través de encuestas llamadas de tipo C.A.P. (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) "para evaluar el impacto de la campaña educativa para la prevención del SIDA que se estuvo llevando a cabo a través de los medios masivos de comunicación a nivel nacional a partir del primer semestre de 1987". (Véase "encuesta sobre sexualidad y SIDA en estudiantes universitarios". Secretaría de Salud, México, 1989)

1. EL CONCEPTO DE ACTITUD

Respecto al concepto de "actitud", el problema con que nos enfrentamos es el de su imprecisión y ambigüedad. Esto es verdad no sólo dentro del lenguaje ordinario, sino que incluso los mismos psicólogos sociales, para quienes ese concepto es central, han contribuido a esa situación.

El concepto de actitud, comenta Luis Villoro, "se introdujo en psicología al presentarse el problema de tener que aceptar una "preparación" o "disposición" (*readiness*) a la acción, previa a ésta, que la anticipe y explique". (Villoro, p.43) Algo parecido dice Carlos Moya refiriéndose a los estados mentales de creencia y deseo: "son estados que atribuimos a los demás en el proceso de interpretación de su conducta"; y, refiriéndose a la mente en general, señala que "es lo que atribuimos a los demás para hacernos inteligibles su conducta, lingüística o no lingüística". (Int. Carlos Moya en Davidson, 1992, p. 20 y s.)

Una manera de entender actitud (o más bien de usar la palabra "actitud", por algunos psicólogos sociales) es la que la caracteriza como integrada por tres componentes: (i) el componente cognitivo (percepciones creencias, esto es, las ideas sobre el objeto de la actitud), (ii) el componente afectivo o emocional (sentimientos respecto al objeto de la actitud: de aversión o desagrado, miedo, etc., o de atracción, agrado, etc.); y (iii) el componente "conductual" (disposición a actuar o reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto de la actitud).

Según algunos psicólogos sociales (Krech, Crutchfield, Ballachey, McGuire, entre otros), aquellos tres "componentes" son parte del concepto de actitud. Ahora, si esto fuera así, dichos componentes serían, cada uno, condiciones necesarias y, juntos, condición suficiente de la actitud. El problema que plantea esto consiste en cómo saber si realmente es así el asunto; o si, más bien, pudiera no haber alguno (o dos) de aquellos "componentes" y aún así haber una actitud. Ahora, para lograr lo anterior, ¿no necesitamos a la vez de cierta noción de actitud?, ¿cómo saber si en un determinado caso hay o no una actitud, sin tener alguna idea previa de lo que ella es? Pero, ¿cuál

podría ser esa idea previa?, ¿dónde podríamos obtenerla? Finalmente, ¿qué noción de actitud sería conveniente adoptar para trabajar el tema que nos ocupa?

Una vía para obtener algún significado de actitud podría ser la de dar una definición estipulativa de dicho término y, una vez hecho esto, decir que todo lo que no cumpla con esta definición no se considerará una actitud. Así, ante cualquier ejemplo de pretendida actitud, si no cumple con dicha definición, diremos que no es una actitud.

Por ejemplo, podríamos decir, estipulativamente, que las actitudes son sentimientos de agrado o desagrado hacia algún objeto o situación; de tal manera que a los sentimientos positivos los podemos llamar "actitudes positivas" y a los negativos, "actitudes negativas". Ahora veamos el siguiente caso:

'S cree que el Tratado de Libre Comercio (TLC) es injusto, pues piensa que no beneficia de manera equitativa a los tres países participantes; sin embargo, no siente agrado o desagrado hacia dicho tratado, y, además, no piensa (sinceramente) hacer nada, aun si pudiera, para oponerse o manifestarse en contra de él.

Si para saber si este es un caso o no de actitud, hemos de aplicar nuestro significado estipulado, diríamos fácilmente que no hay una actitud; que solamente hay una creencia donde S juzga de manera negativa el TLC.

Así, si partiéramos de esta estipulación, los "componentes" (i) (el cognitivo) y el (iii) (el "conductual") no serían condiciones necesarias para que hubiera una actitud, y bastaría con el "componente" (ii) (el afectivo o emocional) para que la hubiera. En suma, aquellos no serían en realidad componentes de la actitud: pero todo esto es sólo el resultado de la estipulación hecha.

Creo que partir de una estipulación no es lo más conveniente si la noción de actitud tuviera, como creo que la tiene, la característica de ciertos vocablos que señala Villoro: "El uso de varios términos en el lenguaje ordinario responde a menudo a distinciones reales -

a veces de gran importancia teórica- en los objetos".(Villoro, p. 24) Yo creo que a veces ciertas distinciones conceptuales responden a ciertas concepciones generales.⁹

Otra manera de proceder podría ser buscar los usos de la palabra "actitud", distinguirlos y luego adoptar un significado que rescate lo que todos o la mayoría de tales usos *podieran* tener en común. Sin embargo, aunque no procederemos así, analizaremos algunos de los usos más difundidos de tal término.

1.1. Actitud como disposición a actuar

Un uso de "actitud" muy difundido entre los psicólogos sociales (y no sólo entre ellos) es el que corresponde al que se llegó a considerar el tercer componente de la actitud : la disposición a actuar a favor o en contra de algún objeto.

Ejemplos como el de la fragilidad del vidrio (o de ciertos vidrios) y la solubilidad de la sal parecen convencernos de la utilidad del concepto de disposición. Así, por ejemplo, con todo sentido hablamos de la fragilidad del vidrio¹⁰ y la solubilidad de la sal como disposiciones de estos objetos, puesto que si le diéramos un ligero golpe, el vidrio se rompería, y con colocar agua en un recipiente con sal, ésta se disolvería. Ahora, si un puño de sal nunca se expusiera al agua, o algún vidrio (frágil) nunca se le golpeará o cayera por el aire, no diríamos que aquélla no es soluble y que éste no es frágil, sino que no se presentaron las condiciones, perfectamente determinables, para que se manifestara su disposición respectiva. (Por supuesto, para que el ser humano se enterara de que la sal es soluble al agua, fue necesario que se expusiera o se viera expuesta al agua y se observara que se disolvía; y la fragilidad del vidrio se infirió del hecho de que con facilidad se rompía.) A su vez, la solubilidad de la sal y la fragilidad del vidrio es lo que nos sirve para explicar que aquélla se disuelva en el agua y que éste se rompa fácilmente.

⁹ Podemos de pasada pensar, por ejemplo, en la distinción que hace Ch. L. Stevenson entre "significado descriptivo" y "significado emotivo", basada en una concepción emotivista de la moralidad. Véase Ch. L. Stevenson, *Ética y lenguaje* Paidós, Barcelona, 1984, espe Cap III

¹⁰ Como al parecer no todos los vidrios son frágiles o igualmente frágiles, me refiero a los que sí lo son, esto es, a los que efectivamente se rompen con facilidad.

La dificultad con el concepto de disposición humana consiste en que de alguna manera es vacío, en el sentido de que no hay forma de especificar todas las condiciones en que se manifestará una disposición humana; esto es, no se sabe exactamente, por ejemplo, cuándo o en qué circunstancias un blanco con una actitud desfavorable hacia los negros, expresará dicha actitud. Sin embargo, no debemos olvidar que la posibilidad de éxito en una predicción sobre conductas humanas depende del mejor conocimiento que se tenga de los seres humanos o de los individuos; pero aún así la posibilidad de éxito en la predicción sobre la actualización de disposiciones físicas, dado también un buen conocimiento de ellas, siempre será mayor.

Y es que la diferencia entre la fragilidad del vidrio y la solubilidad del agua respecto a las disposiciones humanas es que aquellos son fenómenos sencillos y fácilmente predecibles. En el caso del comportamiento humano el asunto no es ni simple ni fácilmente predecible.

1.2. Actitud como una valoración afectiva

Por otra parte, otro uso de la palabra "actitud" es el uso según el cual una actitud es un sentimiento favorable o desfavorable hacia algún objeto o situación. Esta manera de entender la actitud coincide con lo que algunos llaman el "componente afectivo". Al parecer Luis Villoro prefiere emplear este uso de "actitud", señala: "En lo sucesivo, emplearemos "actitud" [...] restringido al componente afectivo-valorativo de una disposición". (Villoro, p 49)

Prácticamente esos son los dos usos fundamentales del término "actitud". Detengámonos ahora en este segundo uso.

Creo que la restricción que hace Villoro -la de entender actitud como algo "afectivo-valorativo", distinto de lo que algunos llaman el componente cognitivo (el de la creencia)-¹¹ implica, si la distinción se formula de esa manera, (i) una clara distinción entre actitudes y

¹¹ Véase Villoro, Luis. *Creer, saber, conocer* Siglo XXI, 5a ed., México, 1989. p. 49.

creencias, y (ii) esta distinción se hace en términos de independencia lógica¹², esto es, de manera que marca una brecha lógica entre lo que son las actitudes y lo que son las creencias. Más adelante veremos que no hay tal brecha.

Esta clase de distinción puede ubicarse en el contexto de otras distinciones y concepciones más generales. Estas últimas consisten en oponer los afectos a la razón (o lo afectivo a lo cognitivo), y la que -hermana de la anterior se refiere a la distinción radical entre lo valorativo y lo descriptivo (o entre las "cuestiones de hecho" y las "cuestiones de valor"). Un ejemplo de que, creo, no hay una independencia causal entre lo afectivo y lo racional es el siguiente:

Pensemos en este enunciado: a) Al ver Elena que Martín no llegó a su fiesta (a la de ella), a la cual había prometido llegar, se enojó.

Elena podría decir lo siguiente: "Si Martín me prometió que iría a mi fiesta, debió haberlo cumplido."

Es fácil ver la creencia (o regla) moral implícita:

b) "Se deben cumplir las promesas".

Ahora, la creencia en el enunciado b) es lo que nos puede explicar el por qué Elena se enojó con Martín. Podemos decir que Elena se enojó con Martín porque éste no cumplió su promesa y porque cree que se deben cumplir.

Ahora, qué tal si después Martín habla con Elena y le ofrece razones por no haber llegado a la fiesta. Podría decirle: "Lo que pasa es que mi mamá tuvo un accidente automovilístico y tuve que ir a verla al hospital y tratar algunos asuntos con la ley". Ella le cree, cree que ese fue un problema delicado que justifica su ausencia de la fiesta; y le deja de guardar rencor.

¹² Este tipo de distinción, que creo inadecuada, más que atribuírsela y criticársela a Villoro, se le puede criticar a cualquiera que la haga.

Lo que quiero decir es que mi crítica no va dirigida directamente a Villoro, sino más bien es algo que aprovecharé para establecer ciertas relaciones entre algunos conceptos, que me servirán para el problema que plantea el cambio o modificación de actitudes. Admito que cuando él habla de que "parece que todo enunciado de actitud presupone necesariamente una creencia" (Villoro, P 51 y s), ya no me siento tan seguro de atribuirle esa brecha lógica. Creo que es un tema que amerita otro trabajo, en otro momento. Sobre esto, agradezco las observaciones que me hizo Isabel Cabrera.

Lo que este ejemplo, nada extraño, nos muestra es que: (i) No existe una independencia causal entre lo afectivo y lo racional y (ii), a consecuencia de lo anterior, no es verdad que los afectos son impenetrables a las razones y, por tanto, que no son inmunes a los argumentos.

La negación de tal independencia causal entre lo afectivo y lo racional, o entre lo conativo y lo cognoscitivo, nos lleva a la necesidad de emplear un concepto que indique que no hay tal independencia. Este concepto que necesitamos es el de "causalidad razonable", que, nos dice Mark Platts, es "el concepto de una relación específica entre grupos de actitudes proposicionales". Y, como más adelante señala,

en todos los casos en los que un grupo de actitudes proposicionales causa razonablemente algún otro grupo de actitudes proposicionales, nuestro reconocimiento de esta causalidad razonable nos permite entender por qué sucedió el 'efecto razonable' (Platts, en Valdés, p. 61)

Por otra parte, en lo que se refiere a la pretendida distinción radical entre lo valorativo y lo descriptivo -en relación con la noción de actitud- veamos lo siguiente.

Una vez que Villoro¹³ retoma, de ciertos autores, las llamadas parejas de adjetivos de creencia ("posible-imposible", "verdadero-falso") y de actitud ("bueno-malo", "impio-sucio", "benéfico-dañino") , advirtiendo que éstas ya suponen una cierta distinción entre actitud y creencia -distinción que él mismo acepta hace el siguiente análisis: "Decir "x es bueno o malo, enfermo o sano" presupone que "x" tiene referencia, esto es, presupone "x existe"". Ante el enunciado "la ESP (percepción extra-sensorial) es dañina", Villoro afirma que "no sólo expresa mi actitud desfavorable sino también mi creencia en ella". Según el análisis que hace Villoro la creencia es sólo del objeto ESP, de su existencia, y no una creencia de que la ESP "es dañina", esto es, la creencia de que "la ESP es dañina".

No veo por qué no hemos de llamar creencia a algo que tiene que ver con cuestiones evaluativas. La afirmación, por ejemplo, "este cuchillo es un buen cuchillo" supone varias cosas: (i) la creencia de que existen cuchillos, (ii) la creencia de que un

¹³ Véase Villoro, Luis *Crear, saber, conocer*, Siglo XXI, México, 1989 p 49-53

determinado cuchillo "es un buen cuchillo" (esto es, esta afirmación supone considerar como un hecho en el mundo la propiedad de ser un "buen cuchillo"), y (iii) la creencia de que existen cuchillos que "no son (o pueden no ser) buenos cuchillos". Admito con Villoro que las actitudes presuponen necesariamente creencias (Ver Villoro, p. 51 y s.), pero, contrariamente a él, yo considero que ellas mismas son un tipo de creencia. Es decir, una actitud -una creencia evaluativa- supone otra u otras creencias.

Así, si adoptamos términos como "bueno" y "malo", "benéfico" y "dañino", "sano" y "enfermo", etc., como términos de actitud, todo enunciado en que aparezcan estos, digamos, predicados evaluativos, serán enunciados de creencia. Es por todo esto, que lo más razonable es considerar a las actitudes como creencias evaluativas. De tal manera que, las actitudes no son realmente por completo distintas de las creencias, sino más bien un tipo de creencia: creencias evaluativas. Así, podemos decir que toda actitud es una creencia, pero que no toda creencia es una actitud.

Retomando las consideraciones anteriores, podemos hablar tanto de "actitudes a secas" como de "actitudes afectivas". Por actitud a secas se puede entender la valoración positiva o negativa que se hace de alguna cosa (o grupo de cosas), alguna persona (o grupo de personas) o alguna situación, sin que haya un afecto de por medio. Por ejemplo, la creencia de que "los blancos son abusivos con los negros", pero donde el sujeto de la creencia no tenga ningún sentimiento de aversión o desprecio hacia los blancos (que abusan de los negros). Esto último podría deberse a que, para el sujeto de la creencia, el que los blancos abusen de los negros no es algo que le preocupe o indigne; posiblemente por ser de los que piensen: "mientras no me lo hagan a mí, no hay problema".

Por "actitud afectiva" podemos entender una creencia evaluativa que contenga un afecto o sentimiento de atracción o aversión, agrado o desagrado hacia un objeto o situación. Un ejemplo de actitud afectiva negativa puede verse en el caso de una persona que tuviera la creencia de que, por ejemplo, "los católicos son hipócritas y supersticiosos" y que también tuviera un sentimiento de hostilidad o desprecio hacia ellos. La concordancia entre una creencia evaluativa negativa y un sentimiento también negativo

sobre algún objeto lo encontramos en expresiones del tipo, por ejemplo, "x grupo es despreciable (o insoportable)", cuya creencia implica un sentimiento desfavorable hacia dicho grupo. En este enunciado se expresa tanto la creencia de que ese grupo es "despreciable" o "insoportable" como el sentimiento negativo indicado por el empleo de esos términos.

Un ejemplo de una actitud afectiva positiva puede ser el siguiente: "Todos los hombres que luchan por los derechos de las minorías son admirables" Aquí la noción de "admirable" indica tanto la evaluación como cierto sentimiento de agrado hacia dichas personas; esto es, de una persona que admira a otra se espera que, implícitamente, tenga un sentimiento positivo hacia la misma.

El problema que también plantea el entender la actitud como un sentimiento de atracción o aversión, agrado o desagrado -tal como a veces se suele usar la palabra "actitud por una parte, y como una valoración positiva o negativa de algún objeto, por la otra; tiene que ver con la dificultad de llamar a dos fenómenos distintos con el mismo nombre, cuando, para lograr claridad y evitar ambigüedad, lo conveniente sería usar dos términos distintos. Pensemos en el siguiente ejemplo.

Una persona puede que tenga algún sentimiento de aversión hacia la cirugía, o hacia ir al dentista y, sin embargo, no por ello valorar negativamente tales cosas: por ejemplo, creer que realizar estas actividades sea algo malo, no razonable, etc.

Si este ejemplo y lo anteriormente dicho convence, se deberá admitir tanto la conveniencia de distinguir entre tener un sentimiento de agrado o desagrado, de las actitudes 'propiamente dichas'; como de que, justamente, entendamos las actitudes como creencias o juicios evaluativos.

2. Actitudes y prejuicios

Por otro lado, ¿qué diferencia hay entre la noción de actitud y la de prejuicio?

Sin dejar de lado lo dicho al respecto en el capítulo anterior, podemos entender por prejuicio (según cierto uso ya examinado) un tipo de actitud, y también podemos hablar -

de manera semejante a la noción de actitud- de "prejuicios afectivos" y "prejuicios a secas". Por prejuicios afectivos podemos entender actitudes (esto es, creencias evaluativas) que alguien mantiene sin la debida consideración de los hechos, de manera precipitada, de modo que implique algún sentimiento favorable o desfavorable hacia el objeto de tal actitud. Los prejuicios afectivos negativos serían, entonces, actitudes afectivas negativas no fundadas en buenas razones, o sin la debida consideración de los hechos. "Los homosexuales son los únicos que pueden contagiarse del VIH, pues son unos cochinos promiscuos y además practican el sexo anal", puede ser la actitud de alguien que tiene homofobia: aquí tenemos un prejuicio negativo que implica un sentimiento de odio o aversión hacia los homosexuales, expresado en el uso de los términos "cochino" y, usado de manera evaluativa, "promiscuo". (De hecho, quien escuche a alguien expresar este juicio, podría advertir el tipo de sentimiento del sujeto del juicio, en este caso de odio. Lo que, por otra parte, no podríamos fácilmente predecir con exactitud sería la conducta de dicho sujeto frente a los homosexuales.)

En la expresión anterior podemos identificar dos prejuicios: que sólo los homosexuales pueden infectarse con el VIH -evocación del prejuicio sobre grupos de alto riesgo y de que la causa de la infección por VIH se da por realizar aquellas prácticas.¹⁴

Por "prejuicio a secas" podemos entender un juicio o creencia no evaluativa, sin carga afectiva, que se tiene sobre alguna cosa sin tener buenas razones o sin la debida consideración de los hechos o del caso en cuestión : por ejemplo afirmar que "todos los estadounidenses son güeros".

3. Actitud, prejuicio y conducta

Ahora veamos qué tipo de relación existe entre las actitudes y las conductas. Consideremos esto mediante un ejemplo. El comportamiento reiterado de hostilidad de S, dirigido a negros, se nos hace comprensible y explicable si suponemos una actitud

desfavorable hacia este grupo. Sin embargo, ¿esa actitud es el único factor por el que se dio la conducta? Hay buenas razones para creer que no. Primero, para explicar esa conducta, habremos de suponer que la actitud es afectiva negativa, esto es, una actitud con carga emocional desfavorable hacia los negros; segundo, hemos de considerar dos cosas más -una interna y la otra externa (o situacional) al sujeto: un rasgo de carácter de S (por ejemplo, ser muy agresivo o no tener control de sus emociones), y el encuentro con negros en ciertas circunstancias (el factor externo).

Respecto al factor externo, uno puede pensar en un caso donde X, por ejemplo, tenga una actitud afectiva negativa hacia los negros (o judíos, prostitutas, homosexuales, etcétera.), sin que se manifieste esa actitud en alguna conducta de hostilidad, de manera que los demás incluso no adviertan dicha actitud de X: por ejemplo, en el caso de que, una vez aislado de zonas donde hay negros, no se encuentre con ninguno. También podría ser que tal sujeto, aunque no esté aislado, tenga como rasgo de carácter el poseer un dominio de sus emociones, o tener la preocupación de mostrarse ante los demás como una persona "educada" y "civilizada".

Un ejemplo clásico de la no concordancia entre actitud y conducta (o de cómo una actitud por sí sola no determina un comportamiento), lo expone Gordon W. Allport sobre una investigación de uno de sus colegas. Allport narra el siguiente caso:

Este investigador norteamericano viajó por muchas zonas de los Estados Unidos con un matrimonio chino. Se detuvieron en 66 lugares para dormir y en 184 para comer y sólo una vez se les negó atención. Después de eso, los propietarios de esos lugares recibieron por correo unos cuestionarios donde se les preguntaba si aceptarían "a miembros de la raza china como huéspedes de su establecimiento". El 93% de los dueños de restaurantes y el 92% de los propietarios de hoteles respondieron que ellos no servirían a chinos. Un grupo de control integrado por una lista de lugares que no habían sido visitados dio iguales resultados para los cuestionarios. (Allport, p. 74 y s.)

¹⁴ No reconociendo que, por cierto, en lo que respecta a la vía sexual, el virus del sida se puede transmitir si se tienen relaciones coitales -sean promiscuas o no, anales o no, sea entre homosexuales o no- con una persona infectada sin el uso adecuado de un condón en buen estado

El anterior es un buen ejemplo de cómo la gente aunque tenga una mala opinión¹⁵ de alguien o que amenaza con algo (en este caso con la discriminación) o asegura que hará algo determinado, puede no llevarlo a la práctica. Esto se debe, precisamente, a que hay otros factores que influyen (o pueden influir) en la conducta, tales como deseos, otras creencias, sentimientos, rasgos de carácter y el factor situacional.

El ejemplo anterior, si bien muestra que aquellos restauranteros y hoteleros tenían una actitud desfavorable hacia los chinos -basado esto en los resultados de los cuestionarios enviados-, dicha actitud no se manifestó en su conducta (puesto que no se le negó atención a la pareja china), cuando, según los cuestionarios, si los rechazarían.

Podríamos explicar este caso de diferentes maneras. Podemos pensar, por ejemplo, que algunos (o todos los) propietarios necesitaban dinero en el momento de la visita, o que el dinero era para ellos más importante que el hecho de que "esa clase de gente" fuera atendida en su negocio; también podemos pensar que no querían entrar en una discusión o que se sintieron intimidados por la presencia del investigador, etc.

De lo anterior podemos advertir más claramente que la actitud por sí sola no puede explicar el comportamiento humano, por la 'sencilla' razón de que, como decíamos antes, hay otras variables o factores que también determinan la conducta.

Para eliminar una posible confusión del lector sobre la explicación de la conducta en relación con las actitudes, diremos lo siguiente. Alguien puede decir razonablemente "S debe de tener una actitud muy negativa como para que trate tan mal a X (miembros de un grupo social)", pero una vez que se ha dado cierto tipo de conducta como la descrita. Esto es, esa conducta, sobre todo si es reiterada, se nos hace comprensible y explicable si suponemos una actitud desfavorable. Pero esto no significa que la actitud por sí sola explique completamente la conducta. Es decir, la actitud viene a ser una condición necesaria mas no suficiente de cierta conducta.

La consideración de que hay múltiples factores que determinan la conducta se conoce como holismo. Esto es lo que considera Donald Davison cuando afirma: "Las

¹⁵ Dado el contexto, la actitud negativa de los propietarios bien podría expresarse, en términos de prejuicio, como sigue: "los chinos no son bienvenidos a estos lugares", o "los chinos no son personas gratas" etc.

creencias y los deseos resultan en conducta sólo si son modificados y mediados por otras creencias y deseos, actitudes y atenciones. sin límite." (Davidson, 1980, p 275)

Si lo hasta ahora escrito va por buen camino. ahora que sabemos claramente qué debemos entender por actitud, ya sabemos exactamente de qué estamos hablando cuando hablamos de cambio o modificación de actitudes, y que, si uno de los objetivos últimos de una campaña educativa es cambiar o modificar ciertas conductas -en nuestro caso las que podrían generarse de las actitudes de estigmatización y moralización de las enfermedades, también ya sabemos que para lograr esto último no basta con modificar o cambiar las actitudes, sino que hay que considerar los demás factores que influyen en el comportamiento humano. No debemos olvidar, por otro lado, que alguien podría modificar su conducta discriminatoria hacia, por ejemplo, los infectados por el VIH sin modificar su actitud desfavorable hacia ellos (sobre todo si es una actitud afectiva), debido, digamos, al miedo a las represalias, decretadas en alguna legislación, para quien realizara tales actos; a la creencia de que podría ser castigado y al deseo de no recibir tal castigo, etcétera. En este caso sigue en pie el problema de la modificación de la actitud.

Por otra parte, la dificultad con que nos enfrentamos, en cuanto a cómo entendemos aquí el concepto de actitud, es el uso confuso y distinto que de "actitud" adoptan los investigadores que realizan las encuestas tipo CAP (así como quienes se sirven de los resultados de éstas). Unos y otros suelen usar como palabras o expresiones de actitud términos o expresiones tales como "tener miedo de adquirir la enfermedad", "tendría relaciones sexuales con su pareja si ésta estuviera infectada por VIH", etc., (Secretaría de Salud, 1989) y otras como "temor a infectarse", "brindaría apoyo", "pediría consejo médico", "se separaría de ella" si estuviera infectada etc. (Sepúlveda, p.308 y s.)

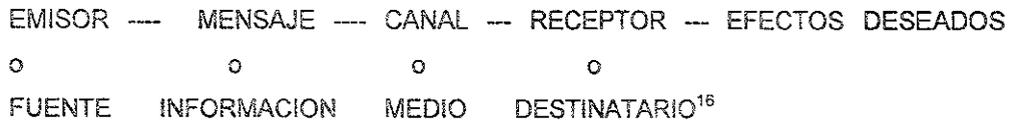
Como podemos advertir, tales expresiones de supuesta actitud no corresponden al uso que aquí damos a este término. No obstante esto, tales investigadores usan expresiones que corresponden más o menos a nuestro significado de actitud. Ellos entienden por

cuestiones de opinión lo que nosotros entendemos por actitud. Según una encuesta, por ejemplo:

- ✓ Respecto a la homosexualidad algunos encuestados la "definían [...] como una opción sexual personal"; algunos "la consideraron una enfermedad hormonal"; otros "consideran que es una enfermedad mental"; otros más "la consideran una aberración sexual"; y algunos otros "dicen que es un pecado".
- ✓ Respecto a la prostitución las actitudes fueron las siguientes: es " un trabajo igual a otros"; "es un mal social necesario"; "es condenable socialmente"; "es algo inmoral"; "es un pecado", etc. (Secretaría de Salud, 1989)

4. Diseño de campaña educativa

Es claro que para toda campaña educativa que intente cambiar o formar 'algo' en los individuos (y en general en la sociedad), se requiere de algún modelo de comunicación, necesario para la estrategia educativa. Tomaremos como modelo el siguiente:



Como se sabe, en toda campaña educativa se tienen ciertos objetivos, propósitos o intenciones, cuya meta última es lograr el cambio de ciertas conductas o hábitos para combatir algún problema social -tales como alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, accidentes automovilísticos, explosión demográfica, abstención en las votaciones, etc.- .

Algunos de los problemas que plantea toda campaña educativa son los siguientes:
 1) quiénes serán los encargados o responsables de la campaña educativa (los emisores o fuente). En el caso de las campañas de lucha contra el sida, si bien es algo que compete

a las autoridades de salud, quienes han sido verdaderas activistas son las llamadas ONG preocupadas y ocupadas en este urgente problema, las cuales, no obstante el problema de financiamiento, cuentan con elementos imprescindibles para toda campaña educativa : información objetiva y sensibilidad. 2)Cuál será el contenido, en general, de la educación, y, en particular, del mensaje. ¹⁷ 3) el asunto de que cada problema social a combatir tiene sus propias peculiaridades, las cuales se deben tomar en cuenta para la estrategia educativa, que ha de adecuarse a cada problema. Se deberá saber qué tipo de creencias, deseos, hábitos, etc, hay en los individuos que "favorecen" el desarrollo o mantenimiento de algún problema social.

En lo que se refiere al fenómeno de la estigmatización y moralización de las enfermedades (más exactamente de los enfermos), respecto a las tres áreas que toman en cuenta las llamadas encuestas de tipo CAP, ¿qué debemos considerar, según cada área?

(1) Area de "conocimientos". En general, sobre esta área es importante combatir prejuicios, estereotipos, mitos, etc., que hay respecto cierta enfermedad; y difundir la realidad sobre ella. Combatir, en lo que respecta al fenómeno del sida, , prejuicios, estereotipos, mitos, etc. Por ejemplo:

- Creencias falsas sobre supuestas vías de transmisión del VIH;
- creencias falsas respecto a supuestos grupos de alto riesgo;
- El estereotipo de que infección por VIH es igual a muerte.

Sobre la realidad del sida:

- El sida considerado como un problema grave de salud pública;
- las vías de transmisión del VIH;
- las vías por las que no se transmite el VIH;

¹⁶ Cfr. Ma. Teresa Escudero. *La comunicación de la enseñanza*. Trillas, México, 1977, p.13

¹⁷ En general, se quiere influir en la conducta a partir de la información sobre los hechos respecto a, por ejemplo, cómo afecta o qué consecuencias tiene el consumo de tabaco; cómo prevenir que los aún no fumadores, lleguen a fumar o a volverse fumadores, y consejos sobre estrategias de cómo dejar de fumar. Es un hecho comprobado que la mera información no resuelve el problema que se quiere combatir. No es cierto aquello de que "información es prevención" No obstante esto, la información es indispensable

- el hecho de que todos estamos expuestos a la infección del VIH, etc.

(2) Área de las actitudes. Esta área, por cierto, está muy relacionada con la anterior. Tal como uso en este trabajo "actitud", se han de combatir las creencias o juicios evaluativos que sean falsos, o toda actitud que pueda considerarse no razonable. Por ejemplo, respecto a los homosexuales, personas en que a partir del surgimiento de los primeros casos reportados de sida se agudizó su condición de estigmatizados:

- ❖ La creencia de que el sida es una 'enfermedad de homosexuales';
- ❖ la creencia de que la práctica homosexual es una práctica inmoral;
- ❖ la creencia de que la homosexualidad es una perversión sexual, etc.

Sobre el sida en general:

- creencias falsas sobre la supuesta 'causa moral' de la infección del VIH o adquisición del sida (la creencia falsa de que hay "víctimas inocentes" y "culpables")
- lograr que se entienda que el sida no es una 'enfermedad' ni "sobrenatural", ni un castigo divino, ni un problema moral, etc

(3) Área de las prácticas o conductas. Respecto a la lucha contra el sida:

- ✓ Combatir la discriminación hacia pacientes con VIH o SIDA;
- ✓ combatir las agresiones o linchamientos de infectados de VIH o con sida, etcétera, etcétera.

En suma, si tomamos en serio lo que hemos dicho respecto a que la conducta humana no se da por algún o algunos factores solamente, sino que -dentro de una concepción holista de la conducta humana, hay una pluralidad de factores, es claro que si queremos modificar conductas (o prácticas) o generar nuevas, debemos tomar en cuenta todos esos factores o áreas de la conducta.

Y, finalmente, retomando las consideraciones hechas sobre el concepto de actitud (y los otros conceptos examinados), podemos ver cómo, dado que los afectos y lo

racional no son independientes como se pudiera suponer y no siendo impenetrables a las razones, los afectos negativos involucrados en ciertas actitudes y prejuicios pueden ser cambiados vía la argumentación, proporcionando buenas razones. Y dado que, también, las actitudes son -según el análisis hecho, cierto tipo de creencia, estas son (o más bien la proposición correspondiente), como cualquier otra, verdaderas o falsas; y se podrían combatir ofreciendo buenas razones o haciendo ver los hechos pertinentes en cuestión. Sólo que no habría que olvidar que una campaña educativa a nivel masivo tiene claros problemas de tiempo, espacio y presupuesto. Y, tampoco hay que olvidar que toda campaña educativa siempre se topará con individuos especialmente difíciles al cambio. Esto último lo abordaremos justamente en el siguiente capítulo.

5. UN CASO DE ESTIGMATIZACIÓN ACTIVA: "EL CASO WALTER"¹⁸

En el contexto de las campañas de antiestigmatización y antimoralización de las enfermedades, de manera que incida en el área de las actitudes, presentaré a continuación un caso por demás interesante donde se lograron afortunados resultados en cuanto a la modificación de actitudes: disminuir la actitud discriminatoria. A éste se le dio en llamar "el caso Walter". Después de la descripción de este interesante caso, pasaré a hacer un análisis pormenorizado del mismo.

Este caso se ubica dentro del marco de la problemática social alrededor del sida. Fue un conflicto con dimensión institucional que sucedió en el ámbito educativo de la capital federal de Argentina, Buenos Aires, "a raíz de la presencia pública del primer caso de un alumno [Walter] portador del VIH [. . .] en una escuela primaria"¹⁹ (p. 33) acaecido en el mes de julio de 1989.

¹⁸ Toda la información de "el caso Walter" la tomé de Osvaldo Devries en su libro *Salud y educación Sida en una escuela* Paidós, Buenos Aires, 1995

¹⁹ Escuela primaria No. 1 Almirante Brown, del Distrito 4o. del barrio de la Boca, en Buenos Aires

Fue el caso de un niño de 13 años, alumno de una escuela primaria, en la cual fungía como director Juan Carlos Blanco, quien sobre los antecedentes médicos del niño, nos dice:

Debido a que este chico había estado enfermo de hepatitis en el hospital Garrahan, donde lo trataron, le hicieron una serie de análisis y descubrieron, entonces, que era portador sano de sida (sic). Del hospital nos mandaron el informe médico en el que se consignaba que podía concurrir al colegio y desarrollar sus actividades escolares normalmente. En ese informe se especificaba, además, que las únicas vías de contagio del sida (sic) son el contacto sangre a sangre con el infectado y las relaciones sexuales (p.141)

Una vez recibido este informe médico, el director habló con los dos maestros que había de sexto grado (grado en el que iba a ingresar Walter), obteniendo "una respuesta muy buena". Debido a lo delicado y complicado del asunto, también realizó, posteriormente, una reunión con el resto de los docentes de la escuela, la jefa de pediatría (del Hospital Argerich), y el equipo de Orientación del distrito escolar -integrado por psicólogos, asistentes sociales y psicopedagogos-. Esta reunión, a decir por el mismo Blanco: fue "muy positiva; todos estuvieron de acuerdo en que no había que manifestar ningún tipo de discriminación con el niño y, por el contrario, darle apoyo".

(p. 142)

La respuesta de los padres de los demás alumnos, en una reunión posterior, fue, sin embargo, totalmente opuesta. Ya trascendida la noticia del caso, recuerda el director Blanco:

se decidió llamar a los padres para informarles lo que estaba pasando. Pensamos que era nuestra obligación. Un médico especialista en sida les explicó que la única forma de contagiarse era a través de las relaciones sexuales y sangre a sangre. Sin embargo, hubo mucha resistencia frente a nuestra decisión de aceptar al niño en el colegio. La respuesta la tuvimos ayer [30 de julio de 1989]; no solamente no enviaron a sus hijos a clases sino que, además, recibimos amenazas por teléfono (p. 142)

La decisión de las autoridades de la institución educativa -las cuales se oponían "a todo tipo de discriminación y marginación"- de aceptar el reingreso²⁰ de Walter al colegio, desató, en los padres de familia, una resistencia masiva a aceptar dicho ingreso del niño portador del VIH. Se desarrolló una violenta confrontación entre el grupo de padres, por un lado, y el director y el cuerpo docente de aquella institución, por el otro. Los docentes recibieron amenazas; y el director no sólo recibió fuertes presiones y amenazas, sino que incluso sufrió un intento de atropello con un automóvil. Los padres de los alumnos formaron incluso una comisión. En cierta ocasión, en otra escuela, una madre de la comisión leía, frente a algunos padres allí reunidos, una nota en la cual anunciaba que estaban decididos a resistir el ingreso del alumno en cuestión "hasta las últimas consecuencias".

Luego de estos acontecimientos, hace acto de presencia en la problemática uno de los principales protagonistas del "caso Walter": el secretario de Educación de la Municipalidad, Osvaldo Devries, quien de manera rápida se entera de los pormenores de la situación mediante el diario "La Razón", cuyos títulos del 31 de julio de 1989 eran del tipo de la lamentable "Alarma" mexicana: "Sida en una escuela", y, como subtítulo "Un alumno de 13 años está infectado con el virus", y, junto a éstos encabezados, una foto del establecimiento educativo. Cuando se enteraba de este asunto, afuera de su despacho lo estaban esperando dos canales de televisión y dos radios, solicitándole su declaración respecto al caso.

Una vez que Devries vio que el conflicto estaba ya fuertemente instalado entre quienes defendían y quienes rechazaban el ingreso de Walter a la escuela, pensaba: "intuí un posible rol de "mediador"". Por ello, indicó a los medios periodísticos que de sus expresiones "no se desprenderá ningún alineamiento definitivo con alguna de las dos posiciones, ni tampoco ninguna crítica a los diferentes actores involucrados[...]"'. Más bien, y por lo mismo, subrayó "la necesidad de encontrar vías de solución que no perjudicaran a ninguno de los implicados en la situación".(p. 35)

20 Reingreso más que ingreso a susodicha escuela, pues en 1988 ingresó a una escuela de jornada completa para estar más protegido de posibles agresiones.

Un día después se llevó a cabo un programa televisivo en vivo, donde participaron Devries, la subsecretaria de educación, la profesora Ana Lorenzo, así como Juan Carlos Blanco y el llamado Equipo de Orientación Escolar²¹ del distrito correspondiente a la escuela, y algunos docentes. Todos ellos con una postura común: "en defensa de su derecho [de Walter] a recibir educación en esa escuela". (p. 37) El programa estaba instalado como para un debate "en el escenario de la opinión pública". Enterados del tema que el programa trataría, un grupo de padres que asistió por iniciativa propia, fue invitado a integrar un panel de gente del público que luego participó en el debate.

Un minuto antes de ingresar Devries al programa, un colaborador suyo le informó que cuando conocieron su cargo de Secretario de Educación, del grupo de padres oyó el comentario siguiente: "Este hombre nos puede salvar..." Esto, más la fuerte oposición de posturas de ambos grupos (la de los padres, por un lado, y la de los docentes y profesionales del equipo de orientación, por otro), "fue confirmando en mí -señala Devries- la sensación de que terminaría ubicado como una especie de "mediador" del conflicto". Esta ubicación, pensaba, podría resultar favorable para distender el clima imperante y posibilitar una mejor conducción de aquella difícil situación.

Los argumentos expresados en el debate, a favor y en contra de la incorporación de Walter a la escuela, fueron los siguientes: (a) En contra: el derecho de los padres de familia de preservar a sus hijos de los riesgos de contagio. Insistencia sobre circunstancias hipotéticas de tales riesgos en la convivencia escolar -posibles pinchaduras con algún compás, lastimaduras con derramamiento de sangre, etc.-, y sobre unos supuestos "problemas de conducta" del alumno portador del VIH.

(b) A favor: el derecho del alumno a su escolaridad y a su no discriminación. Se argumentaba sobre lo injustificado del temor al contagio en la escuela. (p. 38)

La postura cuidadosa pero firme de Devries fue el señalamiento de la "necesidad de ponerse en el lugar del otro", por parte de cada uno de los actores implicados en el conflicto, "para poder comprender mutuamente las posiciones encontradas". (p. 38)

²¹ Este equipo estaba integrado por la asistente social María Paula Cabantous y los psicólogos Silvia Porta Y Miguel Angel Crespi.

Sostenía "tanto el legítimo derecho del alumno a la no discriminación como el derecho de los padres de ser escuchados, entendidos y atendidos en sus temores [...]"; y convocó "a la búsqueda de una solución compartida". (p. 39)

En aquella misma ocasión, Devries transmitió públicamente dos decisiones a tomar: 1a.) Suspender transitoriamente el regreso de Walter "hasía contar con más elementos de juicio"²²; y 2a.) ocuparse personalmente de la situación planteada y el trato continuo con la comisión de padres.

La manera como quedaron las cosas, asegura Devries, destensó un poco la situación. A estas alturas, el conflicto suscitado en la escuela había despertado una abrupta toma de conciencia colectiva en la sociedad argentina: conciencia acerca "del problema del sida como un fenómeno propio, posible y común".(p.39) Hasta entonces -como en casi todo el mundo-, el tema del sida era visto como un problema de "otros" (de otros estados, otros países, otras escuelas, etc.), fundamentalmente de homosexuales y drogadictos, o de algún artista famoso; y como un problema de adultos. Por supuesto -como también a nivel mundial-, esta visión de las cosas favorecía la falsa ilusión "de inmunidad de la 'gente común'".

Como el caso Walter había logrado tener repercusiones sociales y periodísticas, lo delicado y especial de éste consistía en que, señala Devries, "el desenlace podría connotar una especie de dictamen ejemplo; podría llegar a sentar una suerte de jurisprudencia social [...]" (p. 39); lo cual constituía al caso como un punto de referencia-ejemplo para conflictos parecidos.

No obstante lo lamentable -como apunta la profesora Ana Lorenzo- de la publicidad que se le dio al "caso Walter" en detrimento de "la intimidad del chico y de la institución escolar" (p. 14), por fortuna la reacción generalizada de los medios periodísticos consistió

22 El motivo por el cual se decidió postergar temporalmente el reingreso de Walter era bajar los ánimos encendidos y abrir un espacio al diálogo. Mientras esto se llevaba a cabo, y en la espera de su reingreso a la escuela, Walter recibía clases "en la sede del distrito escolar para que en el momento en que sea dispuesto su reingreso al colegio mencionado pueda hacerlo en el mismo nivel que se encuentren sus compañeros" (citado por Devries, Osvaldo p 150)

en que, "casi unánimemente -indica Devries- transmitieron posturas críticas ante la reacción de los padres".

Para entonces, Devries comenzó una doble e intensa labor en dos frentes: (1) con la comisión de padres, conformada por "los más puros opositores", y 2) con el alumno infectado y su entorno. Paralelamente constituyó un grupo de seguimiento del caso con el director de la escuela y con el equipo de profesionales de Orientación Escolar del distrito.

La primera reunión con la comisión de padres de familia fue en el despacho de Devries y duró cerca de tres horas y media. Lo expresado por la comisión reflejó todo tipo de temores, fantasías, angustias, informaciones contradictorias y "un gran recelo o desconfianza de que [el propósito de Devries] fuera el de "convencerlos" [léase "persuadirlos"] de que aceptaran el ingreso del alumno". (p. 41) También manifestaron un alto grado de prejuicio sobre Walter: sobre sus antecedentes, su supuesta "dificultad de conducta" y por el también supuesto "mal ejemplo" que el alumno, de readmitirlo, podría dar. En resumidas cuentas, la argumentación del rechazo del alumno se basaba más en "su conducta" que en su carácter de portador del virus -recurso defensivo, bastante conocido, que llamamos racionalización -.²³ (p. 41 y 84) Para esto, Devries le dejó claro a la comisión que su "objetivo era encontrar una solución que no perjudicara a nadie". (p. 41) Les garantizó que ellos no se encontrarían en situación que los pudiera tomar por sorpresa.

Lo fundamental que se tenía que atender eran "las fantasías terroríficas que se habían instalado fuertemente [en los padres de los demás niños de la escuela]" Era tal su grado de terror que "les resultaba imposible imaginarse una realidad diferente de las representaciones que, a modo de "fotos" anticipadas, tenían acerca de los riesgos posibles para sus hijos, si el alumno reingresaba en la escuela" (p. 41) Pero no sólo eso, sino que hasta desoyeron y subestimaron la información médica que constantemente proporcionaban profesionales de prestigio en la materia, con el ánimo de aclararles dudas

23 Si bien el concepto de "racionalización" lo analizo en el capítulo siguiente, por lo pronto lo podemos entender como el intento de justificar fingidamente una conducta o actitud, de manera que se busque ofrecer buenas razones para convencer a los otros de la bondad o de la no maldad de tal conducta o actitud

y proporcionarles la información pertinente sobre las vías de transmisión (y no transmisión) del VIH.

Muestra de este miedo -que podemos considerar irracional-, y el fuerte prejuicio contra Walter (y podríamos decir que sobre el sida en general) fue una nota dirigida a las autoridades de Salud Pública de la Municipalidad, elaborado por padres del sexto grado -año en el que, recordemos, Walter estaba por ingresar-, en la cual señalan que: "como padres, y no habiendo recibido explicaciones del todo satisfactorias por parte de las autoridades, incluso del supervisor del distrito, señor Castro, es que estamos plenamente convencidos del riesgo que corren nuestros hijos y el resto del alumnado de la escuela y que no vale la pena ser experimentado"; por lo que pidieron que la medida -de readmitir a Walter- "sea revocada".(p. 143) Como parece acertar Devries, el no ingreso definitivo de Walter a la escuela en cuestión era concebido como "la única situación tranquilizadora", y, lo contrario, vivenciado como una derrota.

De manera que la tarea con la comisión de padres fue muy intensa. Al principio se hacían reuniones hasta de dos horas y media, dos veces por semana. Después de dos semanas, las reuniones eran una vez por semana, de no menos de dos horas de duración.

La propuesta de Devries, como lo hemos indicado, era "la búsqueda de una solución compartida". La solución debía garantizar, mínimamente, dos cosas:

- (i) La seguridad de los demás niños de la escuela.²⁴
- (ii) la no discriminación de Walter.

Estos dos puntos constituían la base indiscutible y razonable de la búsqueda de una solución y fueron aceptados por la comisión. Si bien -como pensaba el mismo Devries-, la cláusula de la no discriminación de Walter no era motiva real de preocupación para los padres de la comisión -evidente desde el comienzo-. "la reconocían como un criterio que no podrían, finalmente, dejar de cumplir".(p. 52)

²⁴ Lo no razonable eran los temores de ser infectados los demás alumnos, de ser admitido Walter a la escuela. Como si se creyera mítica y supersticiosamente que "el mal les acechaba".

Al parecer, los motivos de la aceptación de la búsqueda de una solución compartida - con las dos cláusulas insustituibles-, fueron los siguientes: la garantía que se les dio, a los padres, de preservar la seguridad de sus hijos; el hecho de que tendrían un papel importante en la decisión; la certeza de que no se iba a tomar una resolución a sus espaldas; y la progresiva confianza en la sinceridad que mostraba Devries. Todo esto, apunta él mismo, "les ofrecía un margen de cierta tranquilidad como para intentar la tarea propuesta". (p. 52)

Obviamente, una de las tareas prioritarias y una necesidad recurrente fueron el abordaje de los temores -de los padres de familia- al contagio. Dos eran las fuentes de resistencia ante toda información que brindara elementos que pudieran atenuar sus temores: (a) el temor a que, una vez confiado en la información, disminuyeran sus prevenciones y aprehensiones, y que por ello, en el futuro pudieran arrepentirse; y (b) la resistencia que emanaba del terror a terminar aceptando el ingreso del alumno, "lo que desembocaba en una invalidación de su postura y la consecuente vivencia de derrota en la lucha que habían emprendido". (p. 53) Y es que no obstante que los temores no tenían la fuerza del comienzo, la intensidad "del amor propio" dificultaba el cambio de posición.²⁵

Una de las preocupaciones manifestadas con mayor énfasis por los padres de la comisión era la supuesta "mala conducta" de Walter, que, como indica Devries, "consistía en la principal argumentación acerca del supuesto incremento de los riesgos de una convivencia con sus hijos en la escuela". (p. 56) Se enfatizaban sus antecedentes, "sus malas amistades" y su supuesta conducta agresiva; algo que contrastaba con la experiencia que Devries tuvo en las frecuentes reuniones con Walter. Ante esto, Devries consideró oportuno que la comisión de padres se reuniera con el alumno. Se lo sugirió, y ambas partes aceptaron. Según Devries esta aceptación fue motivada por el sentimiento

²⁵ Esto acontecía tres meses después de iniciado el conflicto en julio de 1989. En estos días de noviembre, cuenta Devries "uno de los padres que había sostenido las posturas más duras reconoció, casi a modo de confesión, que si bien los riesgos no eran tantos y podían ser controlables, él no variaría su posición: ¿qué podrían pensar los que lo conocían?, ¿"con qué cara" caminaría por el barrio?". (Op. cit. p. 53)

de culpa debido a sus actitudes iniciales de hostilidad; al parecer, ahora necesitaban dar muestra de lo contrario. (p. 56)

Este encuentro se dio en el despacho del secretario de Educación, lugar donde éste acostumbraba reunirse con la comisión de padres. Ya estando reunidos, Walter estaba un poco nervioso y se le notaba cansado y con rostro somnoliento.²⁶ Los padres de la comisión hablaban sin parar, incluso interrumpiéndose entre ellos mismos, con notoria ansiedad, "tratando de "explicarle" a Walter su deseo de no perjudicarlo". (p. 56) Era evidente que estaban dominados por el sentimiento de culpa.

Ese encuentro fue muy importante y trascendente, pues las "imágenes y representaciones" (léase prejuicios y estereotipos) sobre Walter se estaban debilitando. Algo muy importante señala Devries sobre tal resultado del encuentro:

No significaba lo mismo rechazar o discriminar a un casi desconocido [cabe recordar que hacía dos años que Walter no concurría a esa escuela] que a un niño concreto que, además, manifestaba cierta sensibilidad y autenticidad en sus conductas. (p. 57)

Pero, sobre esto último, uno bien puede preguntarse: ¿y qué tal si Walter no hubiera manifestado tal sensibilidad y autenticidad?

El reingreso de Walter a la escuela estaba pensado para antes de terminar el ciclo lectivo (éste terminaba en los primeros días de diciembre) que estaba ya muy próximo, por lo que era tiempo de una definición; no porque estuvieran dadas todas las condiciones, sino por cuestión de tiempo: estaba en juego la educación escolar de un alumno.

A estas alturas (octubre de 1989), la situación era la siguiente:

El alumno: estaba más estabilizado; continuaba su escolaridad en la sede del distrito y, si bien tenía el deseo de reingresar a la escuela, no mostraba gran ansiedad por ello. Se sentía mucho mejor debido a la distensión del conflicto, a la casi desaparición de

²⁶ El estado en que se encontraba Walter, como se sabe, era el resultado del desarrollo de la infección por VIH.

conductas de rechazo social activo, y, además, a la aceptación que se le daba en la sede del distrito que servía como marco de contención.

La escuela: aunque había conciencia de que el conflicto aún no se había resuelto, la superación de los muy tensos días iniciales había posibilitado regresar a la rutina del trabajo.

La opinión pública: ya pasados los primeros días, fue declinando la presencia de noticias del caso: ya no persistía la fuerte presión periodística del inicio.

La comisión de padres: se hallaba en una situación intermedia; ya no perduraba la actitud inicial y se había atenuado el carácter fantasmal con que irrumpió el problema; pero aún estaba lejos de aceptar el reingreso de Walter.

Debido a que había disminuido la intensidad de su postura fueron perdiendo confiabilidad y, por tanto, representatividad ante la comunidad de padres, especialmente ante el grupo mayoritario opositor.

La comunidad de padres: la postergación de la resolución -que distendió el carácter agudo del conflicto-, dejó latente en ellos la preocupación del posible reingreso de Walter. Se generó desconfianza hacia la comisión de padres, la cual no les llevaba la "noticia tranquilizadora" de que se había decidido definitivamente el no reingreso de Walter. Se desarrollaron situaciones de fuerte conflicto y hasta se llegó a producir una pelea física entre uno de los padres de la comisión y otro de la comunidad. Esa pelea produjo una fuerte tensión en el barrio. (p. 58 y s)

Dadas estas circunstancias, era clara la dificultad de tomar una decisión. El reingreso de Walter resultaba imprudente por dos razones: (i) el riesgo de repetir la tensión del conflicto social e institucional inicial, y (ii) la posibilidad de reabrir en Walter las heridas 'morales', que estaban cicatrizando lentamente.

Mientras la actitud de los padres de la comisión transitaba un camino -aunque lento y trabajoso- hacia la no discriminación, la actitud del resto de los padres se tornó muy firme contra el reingreso de Walter, e incluso desarrollaron cierta animosidad contra los padres de la comisión.

Fue así como, estando de esa manera la situación, Devries consideró oportuno convocar a la comunidad de padres a una reunión masiva, en la escuela. Esta reunión tendría cierto carácter de asamblea, de donde surgirían los elementos para una decisión determinada. Sin embargo, dicho encuentro fue convocado como una reunión informativa, de diálogo e intercambio directo entre los padres de familia y el entonces secretario de Educación Devries, responsable de la conducción del conflicto.

La reunión se realizó un sábado a finales de octubre de 1989. A Devries lo acompañaban Daniel Filmus (entonces director general de Educación de la Secretaría) y el doctor Pedro Cahn (conocido especialista en el tema del sida y calificado consultor desde el comienzo del conflicto). El diálogo fue con 70 padres, en una reunión que duró cinco prolongadas horas.

El ambiente se tornó tenso desde el principio. Cahn empezó exponiendo breve y sencillamente las características del sida y las vías de contagio del VIH. Tal exposición despertó desconfianza y rigidez, hecho que se mostró en el tipo de preguntas y comentarios de los padres de familia: expresaban sus temores y terrores, su marcado celo de prevención, y la presión que manifestaban para que se rechazara el reingreso de Walter. Sus expresiones mostraban un fuerte prejuicio sobre la conducta de Walter. (Todo muy parecido a la experiencia con la comisión). La postura más favorable al reingreso del alumno que mantenían algunos padres de familia, indica Devries, "era rápidamente sofocada por los opositores". Incluso los miembros de la comisión, al calor de las expresiones allí vertidas, incrementaron su actitud opositora. (p. 60)

A la finalización de la extenuante reunión, Devries señaló que continuaría "dialogando con la comisión y que a través de ésta conocerían, antes de ser implementada, cualquier decisión que se tomara". (p. 62)

Devries considera importante destacar dos observaciones sobre dicha reunión:

(1) En el transcurso de la reunión, no se produjeron desbordes. No hubo insultos, gritos colectivos ni abucheos.

(2) No surgieron cuestionamientos a la autoridad o quiebres en la relación de poder. "Por ejemplo, a nadie se le ocurrió intentar una votación a mano alzada, preguntando a la

concurrancia quiénes no aprobaban el reingreso del alumno [postura notoria y abrumadoramente mayoritaria]".(p. 62)

De la experiencia en la "asamblea", Devries sacó como conclusión que "por el momento no era posible el reingreso de Walter. No sería beneficioso para él ni tampoco para la comunidad escolar".(p,64)

Sin embargo, dado que era necesaria una pronta definición -pués estaba en juego la educación escolar de un alumno y el ciclo escolar, al que se le quería reincorporar, estaba por concluir-, "surgió la idea de que Walter se incorporara a partir del primer día del siguiente ciclo lectivo"(p.65) (Pero respetando que los padres decidieran, si así lo querían. retirar a sus hijos del establecimiento educativo, pues tendrían tiempo para buscar otra escuela.) La idea de la reincorporación de Walter se le comunicó a la comisión de padres durante el mes de noviembre -un mes antes del fin del ciclo escolar- decisión que ellos ya se esperaban

Ahora, tanto el hecho de haber establecido esa fecha como el que no se haya forzado, con anterioridad, la reincorporación de Walter, "lo sintieron como una muestra de respeto".

Walter finalmente se reincorporó a sus clases (en 1990). ingresó al 7o grado, con sus antiguos compañeros. No hubo rechazo ni irritación contra Walter, y sólo una escasa cantidad de alumnos se cambiaron de escuela.

La situación final del "caso Walter" -y con ello la decisión final del reingreso del alumno portador de VIH- se debió en gran medida, en palabras del mismo Devries, a:

un resultado acorde con los caminos recorridos habían incorporado [en algunos casos por búsqueda propia] información suficiente, los temores, terrores y pánicos iniciales habían disminuido o desaparecido, el prejuicio sobre la "conducta" del alumno como agravante de los riesgos estaba atemperado las propuestas alternativas de solución se habían agotado hasta el límite de lo imaginable

BIBLIOGRAFIA

- 1 Allport, Gordon. *La naturaleza del prejuicio*. Eudeba. Ed. Universitaria de Buenos Aires, 1962.
- 2 Davidson, Donald. *Mente, mundo y acción*. Paidós, Barcelona. 1992.
- 3 Davidson, Donald. *Ensayos sobre acciones y sucesos*. UNAM Crítica, México, 1980.
- 4 Devries, Osvaldo. *Salud y educación Sida en una escuela*. Paidós, Buenos Aires, 1995
- 5 Escudero Yerena, Ma. Teresa *La comunicación en la enseñanza* Trillas, México, 1977.
- 6 Platts, "La moralidad. ¿relativa o razonable?" en Margarita M. Valdés (comp), *Relativismo lingüístico y epistemológico*, UNAM. México, 1992
7. Sepúlveda Amor, Jaime. *SIDA, ciencia y sociedad en México* FCE, México, 1989.
- 8 Secretaria de Salud. Dirección General de epidemiología. "Encuesta sobre sexualidad y SIDA en personal de salud". México, 1989.
- 9 Secretaría de Salud. Dir. Gral. de Epidemiología "Encuesta sobre sexualidad y SIDA en estudiantes universitarios". México, 1989
10. Villoro, Luis *Creer, saber, conocer*, S XXI México. 1989

(La enseñanza de una lealtad excesiva -ya sea a la nación, a la escuela, a la fraternidad o a la familia- es una manera de inducir al prejuicio. (Gordon Allport. *La naturaleza del prejuicio*)

CAPITULO III

ANALISIS DEL CASO WALTER. FANATISMO E INTOLERANCIA

Después de haber descrito lo que se dio en llamar "el caso Walter", paso a analizarlo con más detalle. Al final examinaré la figura del fanático y la de la persona tolerante, figuras que me serán muy útiles para considerar y esclarecer el cambio y la resistencia al cambio de las actitudes.

Algunas de las preguntas que podrían formularse respecto al relato del caso son: ¿a qué pudieron deberse la actitud y el comportamiento que adoptaron los padres de la comisión al inicio del conflicto, así como la del resto de la comunidad de padres a lo largo del conflicto? ¿A qué se debió el cambio de actitud de los padres de la comisión, por contraste con el incluso agudizamiento de las actitudes y conductas hostiles de la mayoría de los que integraban la comunidad de padres? El cambio de actitud de la comisión de padres -cambio de actitud discriminatoria a no discriminatoria-, ¿se debió a un asunto de razones morales o más bien a motivos psicológicos?, esto es, ¿su cambio de actitud fue razonable, basado en razones, o más bien fue no razonable, basado en meras causas psicológicas? ¿A qué pudo deberse que la Comisión y el resto de la comunidad de padres no hayan aceptado la información dada por los especialistas sobre los casi nulos riesgos de que los demás alumnos de la escuela se pudieran infectar del VIH?, ¿qué obstáculos había para aceptar tal información?, ¿por qué exageraron la probabilidad del riesgo de infección de los otros niños de la escuela?

Finalmente, ¿qué se requiere en general para lograr una modificación de actitudes? ¿Qué necesita una persona para cambiar razonablemente sus actitudes? ¿Qué requiere tener una persona para que sus actitudes (discriminatorias, por ejemplo) no cambien no obstante habersele presentado buenas razones para tal cambio, o haberse hecho el intento de moverlo a la compasión o simpatía?

Trataremos de contestar a estas preguntas a lo largo de este capítulo, no sin reconocer su gran dificultad.

Lo primero que podemos reconocer es que este tipo de problemas -como el del caso Walter- plantean un problema filosófico, específicamente de la filosofía moral, en cuanto a que se inscribe dentro de las cuestiones sobre conflictos de derechos y de intereses.

Asumo así lo que apunta Hare²⁷ en el sentido de que la moralidad (o más bien la filosofía moral) tiene como tarea, entre otras, esclarecer asuntos sobre conflictos de intereses (y derechos). Esto es, asuntos donde los intereses de uno(s) estuvieran en conflicto (afectarán de alguna manera) con los intereses de otro(s). La tarea del filósofo moral también es, por supuesto, detectar cuándo un conflicto es sólo en apariencia un conflicto de derechos.

Lo que es un hecho es que, de cualquier manera, el caso Walter fue un problema social que se planteó como un conflicto entre intereses y derechos de un alumno (Walter) y los intereses y derechos de la comunidad de padres y de sus respectivos hijos-alumnos (de una escuela primaria).

Antes de analizar en detalle el conflicto de intereses y derechos del caso Walter, quisiera mostrar, ya de entrada, por qué creemos que el cambio de actitud y de conducta de los padres no se debió a razones morales, ni siquiera a razones no morales sobre hechos pertinentes, sino sobre todo a causas psicológicas.

Los razones alegadas por los padres de los alumnos de la comunidad escolar - como justificación de que no se le debería de permitir el reingreso a Walter- fueron, recordemos, los siguientes:

P) El derecho de los padres a que sus hijos sean protegidos de los riesgos del contagio, y el derecho de los hijos de ser preservados de dichos riesgos.

Las razones ofrecidas a favor de la readmisión de Walter a la escuela eran las siguientes:

W) El derecho de Walter a su escolaridad, a asistir a clases y desarrollarse académicamente como cualquier otro niño, y el hecho de "lo injustificado del temor al contagio en la escuela". (Devries, p. 34)

Ahora bien, aunque creemos que el temor -de cualquier padre en tal situación- al contagio de sus hijos en la escuela, no estaba plenamente injustificado, puesto que una relación sexual no era imposible, ni tampoco lo era un posible contacto con sangre de Walter (en un accidente, por ejemplo), creemos también que los padres de familia percibían exageradamente la probabilidad de riesgo.

Como ya se indicó, a todos los padres de la comunidad escolar, incluyendo a los de la comisión, se les dio toda la información, la mejor información de que se disponía, la cual indicaba que era bastante plausible la no necesaria exclusión de Walter, debido al bajo riesgo para los demás alumnos -siempre y cuando se tomaran ciertas medidas de prevención. Veamos un ejemplo que nos aclare lo justificado de esta indicación.

Pensemos en el caso hipotético de que Walter, en vez de ser portador del VIH, tuviera hepatitis B (o sarampión). En una situación así, es que los padres afirmaran que no es prudente que dicho alumno ingrese a la escuela, y solicitaran su no ingreso, creemos que es más que razonable, puesto que las posibilidades de contagio son muy elevadas, y más si tomamos en cuenta las condiciones habituales en las escuelas: muchos alumnos, poco espacio en las aulas, etc., lo cual facilita la cercanía física.

En este caso hipotético, no diríamos que los padres exageran en la consideración del alto riesgo de contagio, ni de la pertinencia del no ingreso escolar del niño en cuestión, pues -contrariamente al caso de un portador o una persona con sida-, en el caso de la hepatitis B y el sarampión se pueden contagiar tanto por contacto físico como con el mero contacto de la saliva por un estornudo. Así, dadas estas razones,

negar la admisión del hipotético Walter no lo veríamos, razonablemente, como un caso de discriminación ni, por lo tanto, de injusticia.²⁸

Volvamos al asunto del verdadero caso Walter. Si dado que a los padres de la comunidad escolar en general, y a los de la comisión en particular, se les dio la mejor información de que se disponía sobre las vías de contagio del VIH -en este caso específico las vías posibles eran la vía sexual y la vía sanguínea, así como el intercambio de jeringas entre quienes consumen droga por vía intravenosa-, descartando toda otra vía de contagio (por ejemplo, contacto o cercanía física, intercambiar útiles escolares, saludarse, usar los mismos sanitarios, etc.), ¿por qué, no obstante eso, insistían, creían o percibían que el riesgo era alto?, más aún, ¿por qué al muy bajo riesgo que en realidad representaba la asistencia de Walter a la escuela le daban tanto peso, tanta importancia?

Reflexionemos: ¿acaso ese mismo peso le daban al riesgo de padecer otras enfermedades?, o, en el caso de otro tipo de riesgos como el de que sus hijos sufrieran algún atropellamiento automovilístico u otros accidentes -muy probables en las grandes ciudades-, ¿les daban el mismo peso y la misma importancia? ¿No será, más bien, que detrás de esta manera de proceder hay poderosas fuerzas psicológicas? ¿Qué papel desempeña en estas consideraciones el que el sida sea una 'enfermedad' estigmatizada? Para aclarar y responder, por lo menos en parte, a estos interrogantes, es preciso hacer ciertas distinciones.

1. MOTIVOS PSICOLÓGICOS Y RAZONES PARA CREER

Villoro, en su libro *Creer, saber, conocer*, hace una distinción entre "razones para creer" y "motivos para creer".

Por "razón" entiende Villoro "todo aquello que justifica para un sujeto la verdad o probabilidad de su creencia, el 'fundamento' en que basa una creencia [...]" (Villoro,

²⁸ Del concepto de "discriminación" me ocuparé más adelante, cuando trate las cuatro posibles maneras de manifestarse las actitudes de prejuicio negativo, de las cuales la discriminación es una de ellas. También

p.78); así, el concepto de justificación remite al concepto de razón y viceversa. Razones de la creencia de S en p es aquello que hace que "p" sea verdadera (o probable) para S. Justificación de la creencia de S en p es la operación por la que S deriva su creencia en p de una o algunas razones.

Es pertinente también distinguir entre buenas y malas razones, entre razones pertinentes y no pertinentes en el proceso de la justificación. Las buenas razones serán todas aquellas razones que dan solidez a la justificación, aquellas que hacen más probable la verdad de una creencia o afirmación. De las malas razones diríamos que sucede lo contrario, esto es, que hacen menos probable la verdad de una creencia. Las razones pertinentes son las que vienen al caso en el proceso de justificación. Lo contrario diríamos de las razones no pertinentes, o sea, las razones que no vienen al caso en tal proceso.

En cuanto a los motivos para creer, dice Villoro, "respondemos explicando la función que tiene la aceptación de esa creencia en la realización de los deseos, intenciones y necesidades". (Villoro, p.74) También se referirá a ciertos hechos de la personalidad del sujeto de la creencia.

Ahora, ¿en qué sentido podemos decir que una creencia está motivada por algún querer, deseo o necesidad psicológica?

Es pertinente preguntar por los motivos de una creencia "cuando las razones en que se justifica no nos parecen suficientes". (Villoro, p.104) Cuando las razones aducidas por alguien no nos convencen o de plano no son convincentes, es cuando resulta natural preguntar: si su creencia no está suficientemente justificada, ¿entonces por qué cree? Más aún, si a una persona se le ofrecen buenas razones para no creer "p" y aún así sigue creyendo "p", uno razonablemente le podría cuestionar: ¿cómo puedes seguir creyendo en "p"? Preguntar ésto implica, claro está, que no consideramos válida la justificación dada y que suponemos "algún motivo oculto entre sus razones"; conocer dicho motivo sería necesario para explicar por qué -no obstante habersele presentado

me refiero a él en el análisis que hago de los conceptos de "intolerancia" y "fanatismo".

buenas razones en contra de su creencia- sigue dando por válida una justificación insuficiente.

Preguntas de este tipo son las que justamente haríamos a la comunidad de padres del caso Walter y, en general, a quienes siguen mateniendo sus opiniones (prejuicios) no obstante habérseles presentado nueva información o datos en contra de éstas.

Cuando uno pregunta "¿cómo sigues creyendo que Pedro es de fiar cuando tantas muestras te ha dado en contrario?", uno no puede menos que suponer un motivo: por ejemplo, el apego que tal persona tiene a Pedro o el deseo intenso de que Pedro sea un hombre en el cual se pueda confiar, y el de no sentirse engañada. O si preguntamos: "si te acaban de demostrar que no hay testimonios fidedignos de que la Virgen se haya aparecido, ¿por qué sigues creyendo en ella?", uno puede razonablemente sospechar que esto se debe a "su angustia ante la pérdida de la fe religiosa". (Villoro, p. 104) Sobre este último ejemplo, sin embargo, habría que decir que en el terreno religioso las creencias religiosas, más que basarse en buenas razones, se basan en asuntos de fe o dogma, cuestiones que por cierto suelen aducirse como razones, sólo que estas son malas razones. (Esto último nos hace suponer que las mismas creencias religiosas no estarían exentas de análisis y crítica).

Por otra parte, los motivos no se imponen directamente a la creencia, pues nadie puede obligarse a creer por puro deseo. Los motivos no explican la creencia misma, sino la deliberación que conduce a ella, el por qué se toman como suficientes las razones que se aducen, "explican las argucias con que la voluntad interviene en la justificación de las creencias" (Villoro, p. 115)

Creo que lo anterior, aplicándose a toda creencia, incluye también a las actitudes, por las cuales -como lo hemos apuntado en el capítulo dos- entendemos toda creencia o juicio evaluativo. También lo hasta aquí dicho nos sirve para aclarar por qué el cambio de actitud de los padres de la comisión que se creó durante el conflicto del caso Walter, no se basó en razones, por lo menos no en razones morales, sino más bien en motivos, entendidos como meras causas psicológicas.

Volvamos al caso Walter. Como ya se ha indicado, la información sobre las vías de contagio del VIH y la ausencia de un alto riesgo de contagio fue menospreciada una y otra vez por la comunidad de padres, incluyendo los de la Comisión: "Se desvalorizaba el criterio médico, que era subestimado a pesar de los contactos presenciales con profesionales de prestigio en la materia y trataban diariamente de esclarecer a los padres". (Devries, p.86)

Las razones que consideramos relevantes para que no sea razonable tener una actitud de rechazo hacia la admisión de Walter, son de dos tipos:

(1) Razones médicas o epidemiológicas: dadas las vías de contagio del VIH, y las medidas preventivas que se tomarían, la presencia de Walter en la escuela no representaba mayor problema. El que podía representar, bien podría ser resuelto logrando prevenirlo: si el niño se pinchara un dedo o se sangrara por algún golpe o caída, alguna maestra (o la misma maestra de Walter) podría ayudarlo, protegida con guantes de látex, -previamente dispuestos-, llevándolo a lavarse y atender médicamente la herida y el sangrado.

(2) Razones morales: el hecho de que, dadas las razones anteriores, la no admisión de Walter a la escuela representaba un acto de discriminación y, por tanto, un acto de injusticia.

Ahora, si es cierto que, como dice Bernard Williams, retomando el pensar de Isaiah Berlin, "no podemos concebir una situación en la que al mismo tiempo se hubiera eliminado todo conflicto de valores [o derechos] y no se hubiera perdido ningún valor [o derecho] en el proceso" (Williams, p. 97), entonces en el caso Walter no hubo un genuino conflicto de derechos puesto que, por un lado, la readmisión de Walter finalmente se dio, de modo que no se consumó la discriminación (se respetó o hizo efectivo su derecho a asistir a la escuela), y, por el otro, el derecho de los niños de la escuela de ser protegidos contra el riesgo de infección del VIH, dadas las razones epidemiológicas, no se vio afectado. Esto es, no se perdió "ningún valor [o derecho] en el proceso".

Si adoptamos la posición de I. Berlín sobre los conflictos de valores, "el caso Walter" no fue un genuino conflicto de valores (o derechos), sin embargo, lo que es indiscutible es que fue un genuino conflicto social con dimensiones morales.

Por otra parte, creo que el encuentro de Walter con la comisión de padres -sugerido por Devries y aceptado por ambas partes- fue lo que más contribuyó al cambio o aligeramiento de la actitud excluyente de tales padres. Si recordamos, los padres de la comisión, ya frente a Walter, hablaban sin parar, aun interrumpiéndose entre ellos, con gran ansiedad, "tratando de "explicarle" a Walter su deseo de no perjudicarlo". (p. 56) Al parecer el sentimiento de culpa que tenían fue, como señalaba el mismo Devries, el que les hizo aceptar la sugerencia del encuentro: "En realidad, se sentían culpables por sus actitudes iniciales de hostilidad, y necesitaban dar muestra de lo contrario". Este sentimiento también se hizo patente cuando estaban ante Walter, como lo indica el Secretario de Educación: "El sentimiento de culpa generalizado frente a él era evidente". (Devries, p. 56)

Ahora, si bien el prejuicio sobre "el problema de conducta" de Walter -si juzgamos por lo que nos dice Devries- se debilitó, el cambio de actitud de rechazo hacia una actitud de cierta aceptación, se debió fundamentalmente a la experiencia que los padres tuvieron en el encuentro con Walter, pues, como indicaba Devries:

No significaba lo mismo rechazar o discriminar a un casi desconocido (cabe recordar que hacía dos años que Walter no concurría a esa escuela) que a un niño concreto que además manifestaba cierta sensibilidad y autenticidad en su conducta. (Devries, p. 57)

Pensemos: ¿y qué tal si Walter no hubiera dado muestra de tal "sensibilidad y autenticidad en su conducta"? ¿hubiera habido tal cambio de actitud? Creo que si su cambio de actitud se debió a la simpatía que Walter despertó en ellos, la falta de sensibilidad y autenticidad podría muy bien haber despertado lo contrario, antipatía hacia él.

Si juzgamos por todo lo anterior, la razón moral de la injusticia que se cometería -si se le negaba a Walter el reingreso a la escuela-, no desempeñó un papel importante en el cambio de actitud de los padres de la comisión. Más bien creo que en este cambio jugó un papel importante la actitud y conducta que mostró Devries hacia la comisión de padres (junto con la simpatía que manifestó hacia Walter), lo cual logró en ellos una "progresiva confianza -señala Devries- en la sinceridad de mis actitudes". (Devries, p.52)

Tampoco se manifestó que la cierta simpatía que Walter despertó en ellos (tanto en el sentido de verlo como persona grata, como en el de inspirarles compasión), les haya hecho percibir con claridad la injusticia que se cometería con la no admisión de Walter

Creo que la mejor muestra de lo que estoy sosteniendo, respecto a las "razones" del cambio de actitud de los padres de la comisión, la tenemos en lo que sucedió en la reunión última y masiva en que, no obstante la información pertinente que se les dio y el *encuentro en el cual Walter se ganó la simpatía*²⁹ de los padres de la comisión, la mayoría de los padres de la comunidad ahí reunidos mostraron -si juzgamos por las preguntas que formularon- desconfianza y rigidez; se dio un desborde explosivo de sus temores, una presión para rechazar el ingreso de Walter, etc. resultó que "hasta los miembros de la comisión incrementaron su actitud opositora al calor de las expresiones allí vertidas". (Devries, p. 61)

Y, por último, como señalábamos antes, habría que tomar en cuenta el hecho de que, ante el aviso que se dio a los padres de la comisión sobre la decisión del regreso de Walter -que ya se esperaban-, y ante "el hecho de haber establecido esa fecha y de no haber forzado la reincorporación antes lo sintieron como una muestra de respeto" (Devries, p. 65) Esto es, al parecer, el que a los padres de la comisión se les tomara en cuenta y les manifestaran respeto era algo de muchísima importancia para ellos. Algo, por cierto, que minaba su inflexibilidad

Finalmente, como podemos advertir de todo esto, ni el relativo cambio de actitud (ni la conducta última de no rechazo) de los padres de la comisión se puede considerar como

²⁹ Aunque sobre el concepto de "simpatía" me ocupare casi al final de este capítulo, por él entiendo, básicamente, la propensión a ayudar a enfrentar el sufrimiento de alguien o contribuir a su bienestar

un cambio razonable, como un cambio donde las razones morales fueran las protagonistas: bien podrían haber expresado su cambio de actitud así : "después de todo creemos que no está bien impedir el ingreso escolar a un niño que no es como negativamente pensábamos que era, pues dio muestras de ser sensible y auténtico, además en todo este proceso se nos tomó en cuenta, nos dieron nuestro lugar, y nada hicieron a nuestras espaldas".

Ahora, ¿a qué pudieron deberse la actitud y la conducta hostil y hasta violenta de muchos de los padres del resto de la comunidad? ¿Por qué los varios llamados a ponerse en el lugar del niño no despertaron la simpatía de la mayoría de los padres? ¿Por qué le darían tanto peso a la posibilidad o riesgo de contagio, y cómo explicar el 'consiguiente' rechazo de la persona infectada? La primera respuesta obvia es porque ellos no pasaron por el proceso , por llamarlo de algún modo, de sensibilización. Proceso por el que sí pasaron los padres de la comisión. Tal sensibilización la podemos entender como una activación de la simpatía, esto es, el intento de hacerles ver a las personas el sufrimiento por el que pasan, por ejemplo, los individuos víctimas de la discriminación e invitarlas a que se pongan en su lugar, a que piensen qué sentirían si estuvieran en la misma situación.

Intentando responder a la última pregunta, creo que el caso Waiter no es, lamentablemente, sino uno entre muchos casos donde el prejuicio, la moralización de la enfermedad y el estigma, dan pie a miedos e incluso a terrores al contagio, lo que puede explicar el gran peso que los padres de la comunidad estudiantil le dieron al riesgo de contagio. Por eso no es de extrañarse que estas mismas manifestaciones de rechazo y exclusión se den en no pocos casos de enfermedades estigmatizadas y negativamente moralizadas como el sida. Veamos uno de esos ejemplos semejantes:

En 1985, en Nueva York, [.] ante el anuncio de la alcaldía según el cual se permitía asistir a clases a un niño de siete años enfermo de SiDA, 10 000 padres de familia boicotearon la asistencia de sus hijos, y protestaron públicamente, pese a que la anuencia de las autoridades estaba basada en un dictamen competente. (Sepúlveda, p 386)

La historia da cuenta de este tipo de actitudes y reacciones de rechazo. Como señalan el historiador Juan José Pescador y el sociólogo Mario N. Bronfman:

La marginación de los nuevos réprobos en los nuevos leprosarios, lazaretos para sidosos, tiene firmes raíces en ideas tan antiguas como erróneas: separar al apestado equivale a separar a la enfermedad, toda vez que hayan sido separados los culpables, la muerte acabará tanto con el enfermo como con la enfermedad. En tal orden de reacciones parecen inscribirse algunas propuestas poco estructuradas de cuarentena para los enfermos, pese a que ésta ha demostrado históricamente su ineficacia como medida sanitaria. Dada la experiencia de la cuarentena frente al cólera, la tuberculosis o la lepra en la historia de la medicina, muy poca utilidad podría representar para la salud pública el satisfacer tales requerimientos en el caso del SIDA. (Sepúlveda, p. 386)

Pues, como bien señalan ellos mismos: "el recurso de la historia y del comportamiento social en circunstancias análogas [al fenómeno del sida] arroja luz para reconocer cuánto de viejo hay en lo nuevo". (Sepúlveda, p. 375)

Ante la letalidad de dicho mal (el sida), el difícil control del contagio y la imposibilidad inmediata de detenerlo (o extinguirlo), como señalan Pescador y Bronfman. "el miedo, la incertidumbre y la ansiedad han puesto en marcha viejos mecanismos irracionales, por medio de los cuales se canaliza la inseguridad social hacia la búsqueda de culpables a través de la exacerbación de prejuicios ya existentes". (Sepúlveda, p. 385)

Estos mecanismos irracionales, estos miedos desbordantes, al grado de acusar cierta paranoia, los advertimos en el caso Walter, cuando incluso los padres de la comunidad escolar creían ver una conspiración en su contra. Veamos esto.

En general, los padres de la comunidad daban muestra de una gran desconfianza y rigidez, expresaban temores e incluso terrores, un marcado celo de sus prevenciones y en presionar para lograr el rechazo institucional del ingreso de Walter. A esto Devries lo llamó "la lógica del temor", en la que, como señala él mismo: "cualquier argumentación diferente, por más racional, sólida o criteriosa que pudiera parecer, resultaba indeble e ineficaz frente a la presión de las vivencias, prevenciones o angustias de la mayoría de

los padres". (Devries, p. 61) Creo que dentro de esta paranoia habría que ubicar el miedo irracional -no sólo en el caso del sida, sino también en el de otras enfermedades de transmisión sexual-, al supuesto riesgo de contagio en contactos casuales

Los padres de la comisión tenían tal desconfianza que, cuando se abordaba el caso de Walter (su reingreso a la escuela), todo intento de argumentación contra sus fuertes temores lo veían como intentos de persuadirlos -como una forma de engaño o manipulación- para que aceptaran el reingreso del niño. Sobre esto, y sobre lo que decíamos de la supuesta confabulación, apunta Devries:

la fantasía común era la de suponer una voluntad, una intencionalidad premeditada por parte de la autoridad, de "meter" al chico a la escuela [] se afirmaba con fuerza que esto "era a propósito", que había una confabulación (supuestamente de alguien) con los medios periodísticos y hasta una intención de generar "un hecho político por parte del gobierno nacional" (Devries, p. 42)

Esta manera de pensar, con altos grados de irracionalidad, era, como señala el mismo Devries, "la consecuente contracara, casi inevitable, de la vivencia paranoide de que "semejante desgracia" no podía ser sino provocada por alguna voluntad". (Devries, p. 42)

Recordemos que esta manera de pensar y de elucubrar es común en los casos de fuerte prejuicio, estigma y miedo: de los judíos y de los "comunistas" se ha visto una supuesta conspiración de dominación mundial, y se les ha responsabilizado de ciertas desgracias: "los comunistas son responsables de los incendios, explosiones, etc."; "los precios altos son un resultado de la conspiración judía". (Allport, p. 192)

2. PROBABLES MANIFESTACIONES DE LAS ACTITUDES DE PREJUICIO

Según Gordon W. Allport, las comunes (o posibles) manifestaciones de las actitudes negativas de prejuicio lo mismo, y como un ejemplo de esto, lo podemos aplicar

al fenómeno del sida, son, desde la menos enérgica hasta la más enérgica, las siguientes:

- (1) Hablar mal del objeto de prejuicio.
- (2) Evitar el contacto.
- (3) Discriminación y/o segregación
- (4) Ataque físico.
- (5) Exterminación. (Allport, p. 29)

(1.) Hablar mal del objeto del prejuicio

Hablar mal del objeto de prejuicio consiste en expresar actitudes de rechazo, desagrado o desaprobación hacia el objeto del prejuicio (o del estigma).

En el caso Walter, se dio sin duda este tipo de manifestación, que podemos identificar en las constantes acusaciones sobre la conducta de Walter: sobre su "problema de conducta". Se hablaba de "anécdotas referidas a sus andanzas marginales, sus "malas amistades", rumores que circulaban por esos días en el barrio, en algunos casos muy poco fehacientes ("dicen que lo vieron haciendo..."). (Devries, p. 55)

El caso más extremo de "hablar mal del objeto de prejuicio", más o menos semejante en su gravedad al "ataque físico", se dio en el hecho de que el director de la escuela "llegó a ser amenazado de muerte". (Devries, p. 106)

En el caso del fenómeno del sida en general, podemos entender como una forma de "hablar mal" las expresiones de actitudes de exclusión y culpabilización que se han manifestado, tales como: "¡Hay que aislar a los homosexuales! ¡El cáncer gay es un castigo de Dios! ¡Este es el resultado de la permisividad!". (Monsiváis, p. 118). Otras frases que se han aplicado directamente a los homosexuales han sido: "¡son unos promiscuos!" (esto visto por sí mismo como algo malo). "¡Abusan de los niños!". "¡No respetan los valores de la familia!", etc.

(2.) Evitar el contacto

Es claro que la insistencia de que se impidiera la readmisión de Walter en la escuela era precisamente para evitar el contacto.

El evitar el contacto o aislarse del objeto del prejuicio o del estigma se vio claramente al final de la historia del conflicto escolar donde "una escasa cantidad de alumnos [...] cambiaron de establecimiento". (Devries, p. 66) También como una forma de evitación y rechazo común hacia estigmatizados fue que incluso se dio una "merma de clientes a su modesto comercio [de la familia de Walter], producida a partir del día en que había trascendido la información en el barrio". (Devries, p. 35)

(3.) Discriminación y/o segregación

En el caso de Walter -como lo hemos indicado al inicio de este capítulo-, su no readmisión en la escuela era una clara manifestación de discriminación y, por lo tanto, de injusticia.

Si bien finalmente se readmitió a Walter en la escuela -de manera que no se consumó la discriminación-, sí hubo, por cierto tiempo, una forma clara de discriminación: la segregación. Como lo he indicado, mientras el conflicto no se resolvía, Walter estaba, de manera aislada, tomando clases en otras instalaciones (Devries, p. 150)

Ahora, una manera en que se manifiestan tanto las actitudes de intolerancia como las de prejuicio social es en discriminación. Creo que es importante que esclarezcamos este concepto.

Según un memorándum oficial de las Naciones Unidas:

La discriminación incluye toda conducta basada en distinciones que hacen en base a categorías naturales o sociales, sin que ello tenga relación con las capacidades o méritos individuales ni con la conducta concreta de la persona individual (Allport, p. 70)

Esto es, hay discriminación cuando la distinción se hace en detrimento de alguien, sin tomar en cuenta las características particulares del individuo como tal, o si tales características son o no relevantes para el caso.

Si un empresario, por ejemplo no admitiera a un ladrón como empleado por el hecho de ser un ladrón, no diríamos razonablemente que comete una discriminación, pues pueden estar directamente en juego sus propios y legítimos intereses; además el ser ladrón es relevante para su admisión o rechazo como empleado. Si en una empresa se requiere de trabajadores, para los cuales es imprescindible tener buena vista -por ejemplo para piloto aviador, conductor de camión de carga, etc -, la no aceptación de ciegos no sería desde luego un acto de discriminación, pues la vista es claramente pertinente para estos casos. Ahora bien, si se requiere de personal para los anteriores empleos y no se admitieran, por ejemplo, a negros, judíos, etc., capaces de desempeñar tales labores, se cometería claramente un acto de discriminación, pues el ser negro o judío no es de ninguna manera relevante para acceder a tales empleos. La discriminación, como podemos advertir, implica injusticia, pues con ella se niegan ciertos derechos -si bien no es la única manifestación de injusticia.

Las Naciones Unidas citan como varias de las formas de discriminación practicadas oficialmente en diversas partes del mundo las siguientes:

- Desigual reconocimiento por parte de la ley (negación general de derechos a grupos particulares).

Desigualdad:

- ♦ -En cuanto a la seguridad personal (intromisión, arresto, vejaciones por el solo hecho de pertenecer a un grupo determinado);
- ♦ en cuanto a la libertad de movimiento y residencia (ghettos, prohibición de viajar, áreas prohibidas, restricciones vinculadas al toque de queda);
- ♦ en cuanto a la protección de la libertad de pensamiento, conciencia o religión,
- ♦ en el goce de la libertad de comunicación,
- ♦ en el derecho a la asociación con fines lícitos;

- ◊ en el tratamiento de los hijos ilegítimos;
- ◊ en el goce del derecho al matrimonio y a la fundación de una familia;
- ◊ en el goce de la libre elección de empleo;
- ◊ en la regulación y tratamiento de la propiedad;
- ◊ en la protección de los derechos de autor;
- ◊ en las oportunidades para la educación o para el desarrollo de las capacidades o talentos;
- ◊ en las oportunidades de compartir los beneficios de la cultura;
- ◊ en la prestación de servicios (protección de la salud, facilidades de recreación, vivienda);
- ◊ en el goce del derecho a la nacionalidad;
- ◊ en cuanto al derecho a participar del gobierno;
- ◊ en el acceso a los empleos públicos.
- ◊ También como actos de discriminación: trabajos forzados, esclavitud, impuestos especiales, uso forzoso de marcas señalatorias, leyes suntuarias y difamación pública de grupos determinados. (Allport, p. 70 y s.)

La lista puede ser, por supuesto, mayor. Un ejemplo mundial e histórico de discriminación sexista fue (y sigue siendo, en Kuwait por ejemplo), la negación del voto a las mujeres. La segregación es otra forma de discriminación según la cual se "colocan límites espaciales de algún tipo", donde se niega el derecho al libre tránsito, la libre residencia, etc.

Uno de los problemas que precisamente se han suscitado alrededor del fenómeno del sida es la discriminación y la violación de los derechos humanos de quienes viven con VIH o con sida, bajo el supuesto de 'proteger a los no infectados, por 'cuestiones de salud pública'. Pero, como muy bien dice Tomasevski (ex asesora sobre derechos humanos del Programa Mundial sobre el SIDA):

las limitaciones de los derechos humanos de los individuos con enfermedades transmisibles son legítimas cuando se requiere para proteger a otros de la enfermedad. En el caso del SIDA, en que la

infección por el VIH puede transmitirse de un número limitado de formas y no puede adquirirse mediante contacto casual o la mera proximidad física [] la Consulta Internacional sobre el SIDA y los Derechos Humanos llegó a la conclusión de que las exenciones de la observación de los derechos humanos, en que están regularmente justificadas medidas discriminatorias, no podrían justificarse pretendiendo simplemente que se requieren por razones de salud pública (Fuensalida-Puelma, p. 216)

La mentalidad discriminatoria y segregacionista en el caso de las enfermedades estigmatizadas es tan común como antigua, y el contemporáneo caso del sida no es la excepción. Así, a las personas que están infectadas por el VIH o que tienen sida se les han negado no pocos derechos: al matrimonio, al empleo, a la vivienda, servicios sociales, seguro, educación y entrada a un país. (Fuensalida-Puelma, Hernán, *et al.* p. 219)

(4.) Ataque físico

Los actos de violencia no fueron la excepción en el caso Walter, sólo que estos no se dirigieron a Walter, sino a las personas que, por así decirlo, estaban de su lado y eran, por eso mismo, vistos como adversarios.³⁰ No sólo hubo amenazas, lo cual es una forma de agresión, sino claros actos de ataque físico: hubo tanto un intento de atropello, con un automóvil, al director de la escuela (Devries, p. 35) como una pelea física entre uno de los padres de la Comisión (cuando éstos ya eran vistos como adversarios) y uno de la comunidad escolar (hubo incluso derramamiento de sangre, lo que produjo una fuerte tensión en el barrio). (Devries, p. 59)

(5.) Exterminio

³⁰ Esta manera de ver las cosas se basa seguramente en aquello que expresa la frase "El que no esté conmigo, está contra mí". De esta actitud general me ocupó más adelante.

Más allá de la amenaza de muerte al director de la escuela, no hubo en el caso Walter, por fortuna, linchamientos.

Lamentablemente en el contexto del sida sí se han dado intentos de exterminio y linchamientos. Estos se han dado a nivel mundial:

... en un pueblecito colombiano, se prende fuego a la clínica que atiende a dos sidosos, en Londres, se persigue a un enfermo en la calle, y se semidestruye su casa [] los sidosos se mueren literalmente de hambre, porque nadie quiere o nadie se atreve a socorrerlos[]" (Monsiváis, en Galván Díaz, p. 118)

3. PREJUICIO, CONDUCTA Y SU RACIONALIZACIÓN

Por otro lado, la constante en las expresiones de prejuicio (o en la mera expresión verbal de las actitudes de prejuicio) de exclusión (o dominación) ha sido: su racionalización.

Es un hecho que la gente se resiste (nos resistimos) a admitir cualquier imputación de que su pensamiento esté motivado por el prejuicio, o que el sostenimiento de éstos contra algún o algunos grupos (sobre todo minorías) se deba a motivos 'inconfesables' (ni a sí mismo, ni a los demás). Así, como señala el psicólogo social Leon Mann.

Los prejuicios contra una minoría pueden también ser desarrollados por una persona que sufre gran inseguridad acerca de su propio valor personal, puesto que esta actitud le permite establecer su "superioridad", al menos sobre el miembro del grupo despreciado. (Mann, p. 145)

Este asunto de que los prejuicios pueden "ser desarrollados por" algún motivo o necesidad psicológica, es lo que ha llevado a psicólogos sociales a hablar de la funcionabilidad psicológica de los prejuicios.

Ahora bien, aunque algunas creencias están motivadas por ciertos deseos o necesidades psicológicas, ante la pregunta ¿por qué crees?, como indica Viñoro,

"siempre se contesta con razones, aun en los casos en que las motivaciones le parezcan evidentes a quien pregunta". (Villoro, p. 106)

El concepto de racionalización es un concepto psicológico que se emplea para indicar la tendencia a buscar argumentos o razones para pasar por aceptable cierta actitud o conducta, las cuales encubren u ocultan los verdaderos motivos, los cuales son inaceptables para el racionalizador -si bien esto no se le muestra de manera patente. En la racionalización, como apunta Otto Fenichel, "las actitudes emocionales [y las conductas] se transforman en lícitas a condición de justificarse como "razonables" [y] de ser vistas como "buenas"." (Fenichel, p. 542) Este mecanismo de defensa, como se le llama, cumple el propósito, en el racionalizador, de descargar su sentimiento de culpa, protegerse de la censura o la desaprobación, y así lograr sentirse bien.

Un buen ejemplo del empleo de dicho mecanismo se ha dado en el contexto de la esclavitud, respecto a la posesión de esclavos. Refiere el psicólogo David A. Statt:

Los propietarios de esclavos en los Estados Unidos por ejemplo -quienes tenían esclavos por motivos económicos argüían que sus esclavos eran muy felices, que necesitaban una disciplina firme por su propio bien y que estarían completamente perdidos sin sus amos. (Statt, p. 142)

Según Allport, una de las razones determinantes que muestra por que es, muchas veces, tan difícil detectar las racionalizaciones es el hecho de que éstas siguen generalmente las siguientes reglas: (1) tienden a "aproximarse lo más posible a los cánones de la lógica aceptada": aunque no sean las razones o motivos reales de una conducta o una actitud verbalizada se tiende a dar "buenas razones" de éstas. (2) Tienden a conformarse a los cánones sociales aceptados (Allport, p. 192)

Advertimos lo anterior en "el caso Walter".

En "el caso Walter" podemos identificar muy bien estas dos reglas o elementos de la racionalización.

(1) La insistencia de los padres de la comunidad escolar en el sentido de que el riesgo de contagio del VIH en los niños de la escuela era alto, y que por ello lo más conveniente era que no se readmitiera a Walter 'suená' (y de hecho es) razonable si tal es el riesgo, cosa que, como sabemos, no lo era.

(2) Como la injusticia o la discriminación es socialmente vista como algo reprobable o moralmente malo (y efectivamente es el caso), en vez de que la comisión de padres y el resto de la comunidad admitieran que la no readmisión de Walter era un acto de discriminación (por sí mismo injusto), se esforzaron, en cambio, en creer y hacerse creer que no había tal discriminación o injusticia. Esto lo señala el mismo Secretario de Educación, Devries.

si depositaban en alguien la posibilidad de proveer justicia y ellos sentían tan íntimamente "justas" sus inquietudes y preocupaciones (más allá de la solución demandada), ambas circunstancias no aparecían como contradictorias [rechazo de Walter sin cometer injusticia] (Devries, p. 43 y s.)

De la misma manera, la insistencia, por parte de los padres de la comunidad escolar, en el supuesto "problema de conducta" de Walter "como factor agravante" del riesgo de contagio, también se presentaba como justificación de sus fuertes temores (ver p. 38) y de su actitud de rechazo. En palabras de Devries: "predominaba un alto grado de prejuicio sobre el niño, sus antecedentes, sus amistades y su familia, y la argumentación de rechazo del alumno se basaba más en "su conducta" que en su carácter de portador del virus". (Devries, p. 41)

Precisemos un poco más la noción de racionalización. El concepto de racionalización es parecido al uso coloquial que hacemos del término "justificación", sólo que entendiendo por racionalización una justificación fingida. "Justificar" se emplea a menudo en un sentido moral, referido tanto a actitudes como a acciones. Según este sentido, indica Villoro: "justifico mi actitud o mi conducta ante los demás o ante mí mismo, mostrando que se adecua a ciertos criterios morales, que busca fines valiosos o que tiene consecuencias buenas; justificar una acción es mostrar su valor moral". (Villoro, p.

78 y s.) Esto es, podemos entender la racionalización como un intento engañoso de justificar, de dar por buenas, actitudes o conductas que tenemos en un momento dado.

Esta tendencia a racionalizar o "justificar" nuestras actitudes y conductas puede ser explicado por una tendencia humana más general sobre la cual escribe Donald Davidson:

Como a todos nos agrada tener una buena opinión de nosotros mismos, existe la tentación de reducir la disonancia persuadiéndonos de que tenemos virtudes de las que en realidad carecemos o decidiendo que los rasgos que tenemos son virtudes y no vicios (Davidson, p. 357)

Volviendo a uno de los puntos pendientes, ¿qué necesita o requiere una persona para cambiar razonablemente sus actitudes negativas prejuiciosas?, y, contrariamente, ¿qué necesita o requiere una persona para que no pueda cambiar sus actitudes (de discriminación, por ejemplo) no obstante que, por ejemplo: se le hayan presentado buenas razones por ello, o que se haya intentado despertar en él cierta simpatía al pedirle que se pusiera en el lugar del otro (o que pensara en qué sentiría si estuviera en la situación de desventaja o desgracia en que está el objeto de su prejuicio)

4. EL FANÁTICO O EL INTOLERANTE POR EXCELENCIA: *PERSONALIDAD AUTORITARIA*

Para intentar contestar lo anterior, seguiré la estrategia de R. M. Hare en su artículo "Toleration and fanaticism" (Hare, p. 157-185), recurriendo, por un lado, a la figura del 'fanático' y, por el otro, a la del 'tolerante', representada por la figura del 'liberal'.

La caracterización que Hare hace del fanático es, sorprendentemente, similar a la caracterización que en el campo de la psicología social se ha hecho de lo que se dio en llamar la "personalidad autoritaria" y la caracterización que hace de la figura del liberal

corresponde, más o menos, a la caracterización que también se ha hecho en psicología social de lo que se ha dado en llamar la "personalidad tolerante".

Creemos que el estudio de estas figuras es pertinente o útil a la filosofía moral práctica y a la filosofía política, para lograr una mayor comprensión de problemas sociales (o humanos) como los prejuicios sociales, la intolerancia, los conflictos de derechos, la discriminación y, finalmente -algo que quizá los abarque a todos éstos- el problema de la justicia social.

Recurriré a una u otra clase de caracterizaciones, toda vez que nos ayuden a esclarecer -aunque breve y modestamente- aquellos problemas interrelacionados.

El concepto de "personalidad autoritaria" fue acuñado por Theodoro Adorno y otros estudiosos de la conducta humana a raíz (o como consecuencia) de sus investigaciones sobre el prejuicio antisemita. (Statt, p. 139-141)

Estos investigadores estaban particularmente interesados en lo que les había sucedido a los judíos en la Alemania nazi, y decididos a encontrar las raíces psicológicas del antisemitismo. Ellos encontraron que el antisemitismo se podía considerar psicológicamente como derivado de una tendencia más general: la tendencia a tener prejuicios respecto a otros grupos de personas.

Después de varios ensayos y revisiones, los autores diseñaron una escala de ítems, los cuales sirvieron para diferenciar a las personas con tendencia a tener muchos prejuicios de aquellas que se manifestaban relativamente sin prejuicios sociales. La llamaron escala "F" (por fascismo). Lo interesante de tales ítems es que no se relacionaban directamente con el prejuicio social. A la gente únicamente se le preguntaba si estaba de acuerdo con las siguientes proposiciones:

- ❖ "La obediencia y el respeto a la autoridad son las virtudes más importantes que un niño debe aprender".
- ❖ "Si la gente hablara menos y trabajara más, todos podrían ser mejores".
- ❖ "Existen dos clases de gente en el mundo: los débiles y los fuertes".
- ❖ "Nadie puede aprender nada realmente importante si no es a través del sufrimiento".

Adorno y sus colegas descubrieron que la gente que estaba de acuerdo con aquellas proposiciones también tendía a ser antisemita, racista, y en general mostraba actitudes de prejuicio hacia otros grupos sociales. Tanto los sujetos altamente prejuiciosos como los sujetos con bajo prejuicio fueron también entrevistados de manera intensiva y sometidos a varias pruebas de personalidad.

Fue así como del conocimiento y la caracterización de las personas altamente prejudiciadas se creó el concepto de *personalidad autoritaria*.³¹

Las características que se asocian a las personalidades autoritarias, las cuales han sido encontradas en las personas con un alto grado de prejuicios, son:

"Cosas tales como el que una persona sea rígida, convencional, moralista, impersonal, y guste de criticar [a los demás]".(Statt, p. 141)³²

Una característica que bien podría englobar a las antes señaladas es: la de ser personas intolerantes. La nota principal de la caracterización que hace Hare de la figura del fanático es, precisamente, la de ser intolerante, altamente intolerante.(Hare, p. 174 y s.) Como creo que esto es un asunto de grado, podemos entender por fanático a todo aquel que tiene aquellas características indicadas de manera extrema, esto es, su intolerancia es extrema. El paradigma de fanático es, desde luego, el nazi, y paradigma de fanatismo: el nazismo.

Las características de rigidez, convencionalismo social, rigorismo moral o moralismo, etc., atribuidas a las personalidades autoritarias, las poseían, por lo que se sabe, precisamente los nazis. Sobre ellos refiere Allport lo siguiente:

Los nazis se destacaron por el énfasis que ponían en las virtudes convencionales Hitler predicaba y en muchos sentidos practicaba el ascetismo. La abierta perversión sexual

31 Por cierto, otros investigadores, que retomaron las pesquisas de Adorno, habían más bien, aunque bajo la misma caracterización, de "personalidad prejuiciosa" (G W Allport, P Heintz, entre otros)

32 Los resultados de estas investigaciones fueron publicadas en 1950 en un libro titulado, precisamente, *The Authoritarian Personality*, (Nueva York, Harper & Row, 1950)

era violentamente condenada, a veces castigada con la muerte. Un rígido protocolo dominaba todas las fases de la vida militar y social. Los judíos eran constantemente acusados de violar los códigos convencionales, por ser sucios, miserables, desonestos, inmorales.³³ (Allport, p. 433)

Tales acusaciones contra los judíos, creemos, no eran sino proyecciones o meras racionalizaciones (o justificaciones) de un sistema de dominación, pues, como también señala Allport:

... si bien imperaba el moralismo pretencioso, parecía haber poca integración con la conducta privada. Era una corrección fingida, ejemplificada por la urgencia con que se quería dar la apariencia de "legalidad" a todas las expropiaciones y torturas de que fueron víctimas los judíos (Allport, p. 433)

Otro rasgo, bastante interesante y esclarecedor, que posee la personalidad autoritaria o prejuiciosa es su "tendencia a sentirse amenazado", pues en la raíz de esta personalidad existe una inseguridad subyacente, por lo cual teme a los cambios personales y sociales. Es por esto que "ama el orden, pero sobre todo el orden social. En sus netas afiliaciones institucionales encuentra la seguridad y la definición que necesita". Estas instituciones pueden ser logias, escuelas, iglesias, la nación, las cuales "pueden servir como defensa contra la inquietud que reina en su vida personal". (Allport, p. 438 y s.)

Esa tendencia a sentirse amenazados -asunto que tratamos en el primer capítulo-, o ver amenazas por casi todos lados como efecto de su inseguridad interior, hace que la persona que la padece, tenga una sobrenecesidad de autoridades que impongan el orden (o los salve de las amenazas, como lo que los padres esperaban de Devries), llevándolo hasta justificar la represión social de los que se consideran enemigos de la sociedad (o que supuestamente representan una amenaza). Ese recurso o convicción

³³ Esto último nos recuerda una de las manifestaciones del prejuicio: la del "hablar mal del objeto de

de la amenaza del enemigo externo es, por cierto, como bien dice Susan Sontag, "el lenguaje de la paranoia política, con su típica desconfianza en un mundo pluralista". (Sontag, p. 24)

La amenaza percibida en relación con las enfermedades estigmatizadas ha sido advertida por algunos investigadores. Estos autores señalan que "las enfermedades estigmatizadoras [son vistas] como una amenaza al orden social". (Fitzpatrick, p. 226) Lo anterior puede explicar, por lo menos en parte, los fuertes temores al riesgo de infección de ciertas enfermedades: como, por ejemplo, el miedo irracional de riesgo de contagio del VIH por contacto casual, y la rígida actitud de rechazo o intolerancia hacia los infectados o enfermos de ciertos padecimientos estigmatizados.

Este tipo de mentalidad -que podemos llamar autoritaria o prejuiciosa, o pensamiento primitivo³⁴- contribuye a que se generen cosas tan atroces como el nazismo: en el nazismo se dieron casi cronológicamente las cinco manifestaciones del prejuicio de que hemos hablado: fueron los ataques verbales de Hitler contra los judíos los que llevaron a muchos alemanes a evitar el contacto con sus vecinos judíos, aun con los que antes habían sido sus amigos. Esta preparación hizo más fácil promulgar las leyes de discriminación de Nuremberg, las que a su vez hicieron que pareciera natural el incendio de sinagogas y los ataques callejeros posteriores. El paso final fue el exterminio en los hornos de Auschwitz. (Allport, p. 30) Lo anterior no fue sino la manifestación más extrema de intolerancia y fanatismo. Pero detengámonos un poco en que debemos entender por tolerancia y, por su opuesta, la intolerancia.

Según Hare, el liberal -quien es acusado de no tener ningún ideal- reconoce como parte de su ideal de ser humano (y de una sociedad) justamente el "ideal de la tolerancia. "lo que caracteriza al liberal es que él reconoce, como parte de su ideal, el ideal de la tolerancia" (*"What does characterize the liberal is that he acknowledges, as part of his ideal, the ideal of toleration"*) entendida como "una disposición a respetar otros ideales de la gente como si fueran propios" (*"readiness to respect other people's ideals as if they*

prejuicio¹

³⁴ Sobre el "pensamiento primitivo" recuerdese lo dicho por Ruy Pérez Tamayo en el primer capítulo

were his own"). (Hare, p. 177) El fanático, por contraste -el representante más fiel de la intolerancia-, anula o hace a un lado los intereses, preferencias y derechos de los demás, esto es, no los respeta. (Hare, p. 175)

Ahora, mientras que la mentalidad o actitud del tolerante puede ejemplificarse bajo la idea de que "quien no está contra mí, está conmigo" (ve los ideales de los otros como si fueran propios); la del intolerante muy bien podría expresarse en la idea de que "quien no está conmigo, está contra mí" (los ideales, intereses y prácticas diferentes a las suyas, o grupos o personas diferentes, los percibe como una amenaza o como algo contra él mismo; si bien podría racionalizar que "son una amenaza para la sociedad").

Parte de la personalidad intolerante es la actitud, también intolerante, de que, observa Allport, "hay una sola manera correcta de hacer las cosas". (Allport, p. 430) Para ilustrar lo anterior, podemos tomar como ejemplo de un grupo intolerante y moralista al grupo Provida (hijo más que obediente de la Iglesia Católica, y ésta uno de los paradigmas históricos y actuales de intolerancia), el cual ha estado haciendo contracampaña en la lucha contra el Sida en México. Según tal grupo (y tal iglesia a la que pertenece) la única preferencia sexual "correcta" es la heterosexual, y las únicas prácticas sexuales "correctas" son las 'relaciones heterosexuales dentro del matrimonio (monogámico) religioso y sólo con fines procreativos'. Según esto, toda otra preferencia y práctica sexual es considerada "incorrecta" y "pecaminosa": la homosexualidad, la bisexualidad; las relaciones prematrimoniales y extramatrimoniales, la promiscuidad, la masturbación, el uso de anticonceptivos, etc.

La actitud de rechazo a la homosexualidad es uno de los ejemplos que Hare ofrece de actitud intolerante. Ahora, si la preferencia homosexual (o la práctica homosexual) por sí misma fuera algo que realmente dañara a los demás, el que se rechazara e incluso reprimiera no lo consideraríamos, razonablemente, como una manifestación de una actitud y conducta intolerante. La violación es el mejor ejemplo para aclarar esto. Reprimirla y condenarla no es de ninguna manera una manifestación de intolerancia, pues justamente es una práctica que daña, terriblemente, a la víctima, va contra su derecho a no ser agredida; es, en suma, una clara falta de respeto a la víctima.

Esto mismo no lo podemos aplicar de ninguna manera a 'la homosexualidad' (o a la práctica homosexual) en tanto tal. Si una violación la comete un homosexual, lo moralmente condenable no es que la haya cometido un homosexual, sino la violación misma. Esto es, lo moralmente relevante no es si la realiza un homosexual o un heterosexual, sino la violación misma, por el daño (en este caso muy grande) que se comete. Por eso cabe preguntarse ¿a quién daña o contra los intereses o derechos de quién van las prácticas sexuales como la masturbación, las relaciones prematrimoniales, las relaciones homosexuales, el uso de anticonceptivos, etc.? No hay tal daño en estas prácticas, por sí mismas. Donde sí hay un verdadero daño es en la prohibición y represión de tales prácticas, pues lesiona los derechos e intereses de sus practicantes, lo que constituye una práctica intolerante y, por ello mismo, algo moralmente reprochable.

Por lo anteriormente dicho, no vemos por qué la heterosexualidad y las prácticas sexuales permitidas por grupos como Provida y por la Iglesia católica sean las únicas expresiones sexuales moralmente irreprochables.

Ahora bien, aunque la tolerancia es un valor moral y social que hay que promover, ésta tiene sus necesarios límites. El concepto de tolerancia es, desde luego, incompatible con la intolerancia. Como indica Hare, "es sólo cuando la búsqueda de los ideales e intereses de algún otro interfieren con la búsqueda de éstos de otra gente este arbitraje llega a ser necesario; este es el límite de la tolerancia" (*"is only when somebody else's pursuit of his ideals or interests interferes with other people's pursuit of that this arbitration becomes necessary: this is the limit of toleration"*). (Hare, p. 178).

Algo que sorprende mucho de las personas con personalidad intolerante es que, muchas de ellas, si no es que todas, vean falta de respeto donde no hay sino el ejercicio de la legítima libertad. Un magnífico ejemplo de una brutal intolerancia lo ilustran las palabras que (en 1993) pronunció Ana Rosa Payán (en el congreso de la Asociación Nacional Cívica Femenina, a la cual pertenece). Declaró:

Si algo requiere hoy México entero es que los que tenemos un poco de conciencia cívica y también cristiana, pues que pongamos nuestro granito de arena para ir limpiando este país. Hace rato, en que

veníamos por ahí (por Viaducto), veíamos un letrero grandote que me llamó mucho la atención, y el letrero era anunciando condones y decía DIGA NO AL SIDA. En un gobierno que se precia de respetar a los ciudadanos no se deberían permitir anuncios como éste (Gonzales Ruiz, p 59)

Como se puede advertir de lo que declara Payán, los ciudadanos que el gobierno debería respetar, si "se precia de respetar a los ciudadanos", son, según Payán, aquellos que, como ella, tienen "un poco de conciencia cívica y también cristiana". No pensó en el respeto que "los otros" merecen en cuanto al derecho a dar y recibir información veraz. Recordemos como la figura del fanático de la que nos habla Hare, es aquella que hace a un lado o anula los intereses y derechos de "los otros".

Sobre dicha declaración, y a tono con nuestra idea del fanático y/o el intolerante, Monsiváis señala:

No nos fijemos en la riqueza idiomática y en la sintaxis de la señora Payán, sino en su proyecto moral. Ella exige la anulación de los derechos humanos y, sin duda, preferiría el castigo para los pecadores y no le molestaría la admonición a los perversos "Diga sí al sida, porque usted se lo merece" (Monsiváis, 1994 p. 3)

5. SIMPATÍA Y EMPATÍA : ACTITUDES MORALES IMPORTANTES

Creo que este tipo de actitud, a la que se refiere Monsiváis, es la que puede explicar la falta de simpatía o comprensión ante el sufrimiento y necesidades de atención médicas de, por ejemplo, los pacientes que viven con el VIH o SIDA, por parte de quienes tienen tal actitud.

La simpatía, que como sostiene Barry Stroud "parece, en verdad, desempeñar un importante papel en la moralidad" (Stroud, p.275), la podemos entender como una "disposición para ser movido a impedir el dolor y a fomentar el placer en los demás, o para desaprobador lo que tiende a producir dolor y a probar lo que tiende a producir placer en ellos". (Stroud, p. 276 y s)

Lamentablemente este fenómeno de la simpatía y la empatía (capacidad de ponerse en el lugar del otro) no es definitivamente frecuente o incluso está completamente ausente en cierto tipo de personas ante cierto tipo de fenómenos o ante ciertos grupos de personas que son objeto de estigmatización. Es 'curioso' que se diga precisamente de quien posee personalidad autoritaria que "en general no está dispuesto a ponerse en lugar de otras personas" (Heintz, p. 103). Así, ante el fenómeno del sida, señala Monsiváis: "las respuestas de los sectores moralistas se han distinguido por su inhumanidad que desea añadirle a la tragedia la reprobación a ultranza".(Monsiváis,1994, p. 3)

Esta propensión humana -pero sobretodo de cierto tipo de personas-, propensión que va más allá de un falta de simpatía, nos la describe Bertrand Russell:

tenemos un impulso que nos lleva a causar dolor a los que odiamos; creemos por ello que son malvados y que el castigo los corregirá. Esta creencia nos permite actuar bajo el impulso de causar dolor, en tanto que creemos [pensamos racionalizadamente] actuar motivados por el deseo de hacer que los pecadores se arrepientan. (Russell, 1991)

El caso extremo de la falta de simpatía lo tenemos en la figura de 'fanático de que nos habla Hare. Según esta figura, dado el deseo. pone por caso. del fanático nazi de exterminar a los judíos, ante la propuesta de que se "pusiera en lugar del otro" (en este caso en el lugar del judío), y de que reflexionara sobre qué pensaría o sentiría si, siendo judío, lo quisieran exterminar: éste diría -como fanático que es- que entonces en tal caso también debería ser exterminado. Evidentemente, ante esta mentalidad, ante este tipo de actitud, la argumentación es inútil. (Hare, 170 y s.)

6. ESTIGMATIZACIÓN DEL SIDA Y HOMOFOBIA

En el caso del sida, enfatizamos, las manifestaciones hostiles y excluyentes ante una enfermedad estigmatizada y negativamente moralizada se dan por el hecho

mismo de haberseles concebido de una manera negativa, y por el hecho de que, como apuntan Pescador y Bronfman, "siempre corren a su favor la desinformación, el temor natural al contagio y una serie de prejuicios ya existentes y fácilmente exacerbables". (Sepúlveda, p. 386) Un intento valiente de ubicar la mentalidad subyacente a las reacciones violentas, intolerantes e inhumanas ante el fenómeno de la Sida (enfaticando la responsabilidad de la homofobia), lo proporciona Derek Jarman.

El acercamiento oligofrénico a la epidemia del sida fue el resultado de mil años de prejuicios cristianos y del tratamiento pueril de la iglesia de la sexualidad. Si algún hombre en particular fue responsable es San Agustín de Hipona, que infamó su camino a la santidad predicando sobre los pecados que localizó en sus genitales.

Es importante que esta historia no se deje en manos de los teólogos que pueden esconder los horrores de la homofobia de santos demenciales tras las murallas de griego y latín. Su legado autorizó nuestro envío a las cámaras de gas sin un murmullo. Los Aliados, luego de liberar los campos de concentración, nos enviaron a las prisiones civiles para que cumpliéramos las sentencias a que nos condenaban nuestros "crímenes" sexuales. Los campos de concentración se inventaron en las mentes de la Santa Inquisición y nunca se les comprenderá a menos que se les ubique en el centro de una de las tradiciones cristianas. Aquellos de nosotros que somos VIH, estamos en otra suerte de campo de concentración. (Monsiváis, 1995, p. 3)

Por ejemplo, la actitud de Ana Rosa Payán bien puede ubicarse, piensa Monsiváis, dentro del fenómeno de la homofobia. Sobre ello señala el mismo Monsiváis:

La señora Payán no es sino una de las partículas de la homofobia, fenómeno que no tiene que ver con el derecho a la antipatía, sino con el ejercicio de la intolerancia, del abuso de poder que le da a las opiniones características de zonas de exterminio, aprueba los exámenes obligatorios del sida, despide de sus empleos a seropositivos y enfermos, desprecia y niega la humanidad de quienes son distintos. (Monsiváis, 1994, p. 3)

Es 'interesante' advertir que de las personas autoritarias o prejuiciosas no sólo se señale su escasa empatía, sino también se hable de "la dureza personal, de la

insensibilidad ante los dolores [...] no sintiendo ninguna compasión. a pesar de la conciencia más o menos clara de su propia debilidad, por los débiles, los explotados, los que sufren, etc.", y de su desprecio por los que son diferentes". (Heintz. P. p. 98 y s.) Si pensamos en el caso Walter, a los padres opositores incluyendo, en un principio, a los padres de la comisión se les puede acusar justamente de tal insensibilidad, sobre todo en cuanto a que no podían ver o imaginar que el caso de Walter bien pudo -o podría llegar a- ser el de su propio hijo.

Las consecuencias sociales de este tipo de actitudes, de este tipo de personalidad que se ha caracterizado -en el contexto de la moralización y estigmatización de algunas enfermedades-, han sido, como ya lo hemos señalado, muy lamentables y agudas en lo que se refiere a la violación de los derechos humanos de los que, por ejemplo, viven con VIH o con sida. Como señala Katarina Tomasevsky:

[la] estigmatización [...] y todas las actitudes negativas asociadas con esta enfermedad han reforzado la discriminación. Por ejemplo, un estudio sobre la discriminación relacionado con el VIH/SIDA en el Canadá puso de manifiesto que una proporción mucho mayor de personas con SIDA eran objeto de discriminación que las personas con incapacitaciones o personas de raza diferente. [También] los sondeos de la opinión pública realizados en muchos países han demostrado apoyo por medidas discriminatorias contra las personas infectadas por el VIH y las que tienen SIDA, las más de las veces por razones morales [sic] y religiosas. (Fuenzalida-Puelma, Hernán, p 219)

Quienes más han padecido la discriminación en relación con el sida, han sido, precisamente, grupos considerados desviados y ya de por sí estigmatizados. Continúa diciendo Tomasevsky:

las categorías [principalmente] afectadas por la discriminación relacionada con el VIH/SIDA corresponden a quienes son objetivos especialmente frecuentes de violaciones de los derechos humanos: los homosexuales, las prostitutas, los farmacodependientes, los prisioneros y los extranjeros (Op cit p 220)

Es por lo anterior que en las campañas antiestigmatizadoras -como en el caso de las campañas de lucha contra el sida- siempre se debe buscar, como se está haciendo en el caso del sida, la eliminación de mitos y prejuicios, esto es la desmitificación de las enfermedades.

En suma, "el caso Walter", como se ha indicado, no es sino un tipo de caso en donde se manifiesta una mentalidad, una visión del mundo, estrecha, excluyente, intolerante. Tal mentalidad -para el caso de la moralización, estigmatización y discriminación de los que viven con VIH o con sida, y su recurrente racionalización o justificación- creemos que la describe y diagnóstica muy acertadamente Monsiváis:

El centro de tal "moralización" es la homofobia, el odio históricamente interiorizado contra los homosexuales que engendra una certeza ante la sexualidad diferente el prejuicio sigue siendo el mejor método descriptivo que justifica acciones de toda índole incluso el linchamiento físico. Es tan vigorosa la producción de imágenes denigrantes de la homofobia que en muchas comunidades se convierte en ley inapelable. Como sucede con el antisemitismo, también en el caso de la homofobia el prejuicio se considera exento de cualquier respeto a los derechos humanos y civiles (Por eso el asesinato de homosexuales suele quedar impune. Al asesino lo perdonó la sociedad desde siempre). El homosexual es responsable ante la cultura judeo-cristiana y la familia, las instancias que automáticamente ven "sordidez" en lo distinto. (Monsiváis, en Galván Díaz, 1988 p. 127)

Por lo anteriormente dicho -en lo que se refiere a las actitudes de prejuicio hacia la homosexualidad-, las campañas de lucha contra el sida han de contemplar como asunto prioritario y urgente (so pena de más y más muertos, más y más discriminación y sufrimiento para quienes viven con VIH o con sida), el combate a la homofobia; haciendo ver su existencia y su grave error.

En suma, si queremos cambiar razonablemente las actitudes intolerantes y discriminatorias, debemos mostrar lo infundado o razonablemente injustificado de ideas tales como las supuestas amenazas al orden social que supuestamente representan los que son 'muy distintos', "los otros", "los desviados o anormales", en suma, los que son

objeto de estigma. Junto con esto, también tenemos que hacer ver que es un mero prejuicio (esto es, algo infundado) el prejuicio, del cual nos advierte Sontag, que identifica a lo extranjero con el mal. Debemos mostrar por ejemplo que aquellas sensaciones de amenaza al orden social no son sino fundamentalmente síntomas de una profunda inseguridad interior y sus correspondientes proyecciones de lo que no se acepta y admite en uno mismo. Mostrar que lo que verdaderamente representa una amenaza a la paz y convivencia social son las actitudes y conductas intolerantes, negadoras y anuladoras de derechos humanos.

Para esto, en términos generales lo que hay que combatir son las actitudes de prejuicio y los mitos, y en particular todos los prejuicios y mitos que envuelven los fenómenos de la estigmatización y moralización de las enfermedades (o de los enfermos); hay que desmitificarlas: hay que decir y volver a decir con Sontag que las enfermedades, al ser moralmente ciegas, no son "una maldición, ni un castigo, ni un motivo de vergüenza". (Sontag, p. 19)

Ahora bien, aunque el fanático es inmune a la argumentación para convencerlo de la irrazonabilidad de sus actitudes y para que se consiga cambiar sus actitudes y conductas, no por ello vamos a dejar de preocuparnos y ocuparnos de aquellos que son susceptibles de ser afectados por cualquier tipo de propaganda intolerante, propaganda de actitudes prejuiciosas o intolerantes, ya sean: racistas, sexistas, chovinistas, xenófobas, homófobas, etc.

Por otro lado, como la mera información no es suficiente, para lograr un cambio de actitudes intolerantes o discriminatorias habría que, también, promover y mostrar la importancia y necesidad de la autocrítica -frente al pensamiento predominantemente dogmático de las fuerzas conservadoras-, y, junto con esto, recurrir a desarrollar en los demás lo que Hare llama la *sympathetic imagination* (Hare, p. 185). Mostrar, sensibilizando y ejercitando la imaginación, al sujeto de la actitud prejuiciada e intolerante, a través de relatos, anécdotas etc. el sufrimiento por el que pasan las personas objeto de actitudes prejuiciadas e intolerantes; haciéndole percibir -señalando

los 'verdaderos hechos', la injusticia que se comete ante la discriminación de que suelen ser objeto, etc.

Recapitulando sobre el caso Walter, habíamos afirmado que el cambio de actitud de los padres de la comisión hacia Walter, con relación a su readmisión a la escuela, no había sido razonable, esto es, no había sido basado en razones fundamentalmente morales que los convencieran de que el rechazo de tal readmisión implicaba discriminación y, por tanto, injusticia.

También dijimos que su relativo cambio de actitud podrían haberlo expresado como sigue: "después de todo no creemos que está bien impedir el ingreso escolar a un niño que no es como negativamente pensábamos que era, pues dio muestras de ser sensible y auténtico; además en todo este proceso se nos tomó en cuenta, nos dieron nuestro lugar, y nada hicieron a nuestras espaldas". Tales "razones", si así hay que llamarlas, no son razones moralmente pertinentes.

Recordando la distinción que hace Villoro entre razones y motivos, lo que se presenta como justificación de que no "está bien impedir el ingreso escolar" a Walter, no son sino motivos (psicológicos) de tal actitud.

También recordemos que existen tanto razones como motivos (psicológicos) para creer. En el proceso de deliberación no sólo intervienen las razones sino también los motivos, y estos muchas veces de una manera negativa en cuanto obstáculos al conocimiento de las cosas. Sobre esto nos dice Villoro:

Los motivos interfieren en el acceso al conocimiento y mueven a aceptar el prejuicio, el deseo de seguridad, de reconocimiento, de pertenencia al grupo, obligan a la razón a detener el proceso de crítica y de fundamentación de las creencias[...] (Villoro, p. 245)

En el caso Walter, recordemos, no obstante que a los padres de familia se les dio la mejor información que sobre las vías de transmisión del VIH se tienen hasta el momento, la rechazaron e insistían en el supuesto enorme riesgo que para sus hijos

representaría la readmisión de Walter. Sobre esta manera de proceder nos da mucha luz lo que también señala Villoro:

Una persona, aunque tenga razones que fundamenten una creencia, puede negarse a considerarla suficiente para aceptarla, porque el hecho de que fuera verdadera le repugna, le angustia o simplemente choca con sus intereses y deseos profundos. (Villoro, p.112)

Ahora, ¿Qué debió haber pasado para que se diera un cambio razonable de actitud en los padres de la comisión?, ¿Que era necesario que pensarán o imaginaran para que se diera dicho cambio de actitud?

Sobre el intento de cambiar las actitudes se han empleado diversas estrategias. Entre ellos se encuentran la de legislar contra la discriminación, la de dar información pertinente en los diversos medios de comunicación; la del llamado 'contacto cara a cara' entre distintos grupos sociales junto con el llamado *roll playing* para combatir prejuicios sociales, y la técnica del psicodrama que se utiliza tanto para combatir éstos como otras actitudes y prácticas.

Estas estrategias bien pueden ser un excelente apoyo para que los padres pudieran advertir las razones en juego del caso Walter, ver lo equivocado de los prejuicios y de las emociones de pánico y de amenaza y para moverlos a que se pusieran en el lugar del otro, en este caso de Walter.

Ahora, ayudados de aquellas estrategias, qué podría haber pasado con los padres de la comisión en el plano de las razones, que podrían haber pensado o imaginado o haberseles hecho ver para que se hubiera podido dar un cambio razonable de su actitud. Sobre esto, D. Kats sostiene, señala L. Mann.

que los procedimientos que permiten al individuo llegar a un profundo conocimiento de sus propios mecanismos de defensa y de los motivos que tiene para sostener tal actitud, son aún más positivos para la reducción de prejuicios. (Mann, Leon. p 146)

En los casos como el caso Walter, esto es, que se encuentran en el contexto del fenómeno del sida, los motivos que se deben conocer son los siguientes:

- ◊ El hecho de que el sida sea precisamente una condición médica estigmatizada.
- ◊ Que el sida esta asociado a grupos ya previamente estigmatizados: fundamentalmente homosexuales y drogadictos.
- ◊ Que el sida este asociado con la sexualidad, aspecto de la vida humano muy propenso a ser moralizado.
- ◊ La influencia de la sociedad en el desarrollo de nuestras actitudes, las cuales muchas veces no cuestionamos.
- ◊ Que el mecanismo defensivo de proyección puede explicar ciertas actitudes y conductas de rechazo hacia ciertas personas, especialmente estigmatizadas. Allport advierte ésto y lo señala de manera magistral:

La indignación extrapunitiva produce un efecto regocijante. Ser bueno y estar enojado con otro, o con el destino, es como embriagarse. La alegría es doble. Por una parte es un alivio físico de la tensión y la frustración acumuladas. Por otra sirve para restaurar la autoestima. No soy yo, sino los otros, los que están totalmente equivocados. Yo soy inmaculado, virtuoso, víctima de los pecados de los demás y no pecador. (Allport, p 416)

BIBLIOGRAFIA

1. Allport, Gordon. *La naturaleza del prejuicio*. Universidad de Buenos Aires, Argentina, 1962.
2. Davidson, D. *Ensayos sobre acciones y sucesos*. UNAM Crítica, IIF, España, 1995.
3. Devries, Osvaldo. *Salud y educación. Sida en una escuela*. Paidós, Buenos Aires, 1995.
4. Fuenzalida-Puelma, Hernán, et al. (eds.) *Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA*. OPS, OMS, Washington, 1991.
5. Gonzalez Ruiz, Edgar. *Conservadurismo y Sexualidad*. Rayuela, México, 1994.
6. Hare, R. S. "Toleration and fanaticism". Moral reasoning.
7. Monsiváis, Carlos, "Caso paradigmático: las reacciones ante el sida en "Letra S", No. 1, Suplemento de *El Nacional*, noviembre de 1994.
8. Monsiváis, Carlos, "El sida y el humanismo radical" en "Letra S", No. 8, Suplemento de *El Nacional*. Junio de 1995.
9. Mann, Leon. *Elementos de psicología social*. Limusa, México, 1990.
10. Monsiváis, C. "Las plagas y el amarillismo: Notas sobre el SIDA en México". En Galván Díaz, Francisco (coordinador). *El sida en México: Los efectos sociales*. JAM, México, 1988)
11. Russell, B. *Analysis of Mind*. Londres, 1991.
12. Sepúlveda Amor, Jaime. *SIDA, ciencia y sociedad en México*. FCE, México, 1989.
13. Sontag, Susan. *El SIDA y sus metáforas*. Muchnik Editores, Barcelona, España, 1988.
14. Stroud, Barry. *Hume*. UNAM, IIF, México, 1995
15. Statt, D.A. *La psicología*. Harla, México, 1977.
16. Villoro, Luis. *Crear, saber, conocer*. S. XXI, México, 1989.

¡Pensar acerca de la enfermedad! -calmar la imaginación del inválido, de manera que al menos no deba, como hasta ahora, sufrir más por pensar en su enfermedad que por la enfermedad misma- ¡eso, creo, sería algo! ¡Sería mucho! (Aurora. Nietzsche)

CAPITULO IV

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS CONTRA LA AUTOESTIGMATIZACION Y LA AUTOMORALIZACION DE LOS ENFERMOS

Hasta ahora, en términos generales, nos hemos dedicado a caracterizar en que consisten los fenómenos de la estigmatización y la moralización en general, y de los enfermos, en particular; y a analizar las campañas educativas en lo que se refiere a las actitudes y al contenido de tales campañas enfocadas a combatir la estigmatización y la moralización de las enfermedades. Esto es, las campañas estaban pensadas para las personas que estigmatizan y moralizan a los portadores de ciertas enfermedades. Lo que a continuación analizaremos son las estrategias educativas que estén dirigidas a las personas con cierta enfermedad estigmatizada, y también me enfocaré fundamentalmente, en el área de las actitudes en su relación con las emociones

El propósito de este tipo de estrategias es lograr que se disminuya o se elimine la autoestigmatización y la automoralización de los enfermos. Prácticamente, el contenido general de este tipo de campañas no difiere del de las analizadas en el segundo capítulo. Para este capítulo seguiremos empleando como hilo conductor el fenómeno del sida.

El primer problema con el que nos enfrentamos al analizar el contenido de este tipo de campañas consiste en saber como ciertos enfermos interiorizan el estigma y la moralización; para que una vez comprendido este fenómeno sepamos mas cabalmente como se podría lograr i) que los enfermos que ya interiorizaron el estigma y la moralización de su enfermedad eliminen dicha autoestigmatización y automoralización, y ii) que los enfermos que no hayan realizado tal interiorización, no la realicen. Esto es, hablamos de los posibles internalizadores de tales fenómenos. El primer problema nos llevará a analizar el fenómeno de la autoestima.

1. AUTOESTIMA E INTERNALIZACIÓN DEL ESTIGMA

Para entender este problema es necesario hacer ciertas consideraciones generales sobre las relaciones interhumanas y específicamente sobre las que se dan entre miembros de 'una misma' sociedad. Para esclarecer este asunto, recurriremos al filósofo Isaiah Berlin, y me basaré en su libro Dos conceptos de libertad.

Con respecto a la relación entre individuos y sociedad, Berlin señala: "En tanto yo vivo en sociedad, todo lo que yo hago inevitablemente afecta a lo que hacen otros, y es a su vez, afectado por esto."(Berlin, p. 225)

Sin asumir que 'todo' "lo que yo hago inevitablemente afecta a lo que hacen los otros", aceptamos que es un hecho que hay influencias sociales en los individuos e influencias entre los individuos. Pero, ¿Qué tienen que ver estas relaciones con la autoimagen y la autoestima de los individuos? Como también señala Berlin:

Mas aun, yo soy un ser social en un sentido mas profundo que el que significa la interacción con los demás. Pues, ¿en cierta medida, no soy yo lo que soy en virtud de lo que los demás piensan y creen que soy? Cuando me pregunto que soy y respondo que un ingles, un chino, un comerciante, un hombre de importancia, un millonario o un convicto [o una persona anormal, un ser inferior, etc], si analizo la respuesta, veo que poseer estos atributos lleva consigo ser reconocido por otras personas de mi sociedad como perteneciente a un determinado grupo o clase [o categoría social], y que este reconocimiento es

parte del significado de la mayoría de los términos que denotan alguna de mis características más personales y permanentes. (Berlin, p 226)

Algo parecido dice Ervin Goffman sobre como se llega a dar la autoimagen y como coincide el contenido de la estigmatización del que estigmatiza con la del propio estigmatizado.

Es evidente que el individuo construye una imagen de sí a partir de los mismos elementos con los que los demás construyen al principio la identificación personal y social de aquel[] (Goffman, p. 127)

Ahora, sin pretender dar a entender que uno es lo que los otros consideran que somos, es verdad que, por otro lado, el trato verbal y no verbal que nos dan los otros influye en nuestra propia imagen y autoestima. Expresiones como "me hace(s) sentir (un tonto, poca cosa, que no valgo nada; o una persona brillante, alguien muy importante o muy valioso, etc.)" ilustran muy bien lo que estamos diciendo. Un ejemplo de esto y de la interiorización del estigma lo proporciona el testimonio de una persona que pertenece a un grupo estigmatizado, los desempleados:

Que difícil y humillante es pertenecer a la categoría de los desocupados. Cuando salgo, bajo los ojos porque me siento inferior. Cuando camino por la calle me parece que no puedo ser comparado con un ciudadano corriente, que todo el mundo me señala con el dedo. Instintivamente evito encontrarme con la gente. Los antiguos conocidos y amigos de tiempos mejores han dejado de ser cordiales conmigo. Cuando nos encontramos, me saludan con indiferencia. Ya no me ofrecen un cigarrillo y sus ojos parecen decir: "No te lo mereces, porque no trabajas" (Ver Goffman, p. 28 y s)

El testimonio de muchas personas maltratadas por sus padres refieren este tipo de percepción. Un buen ejemplo de esto lo muestra el siguiente caso:

Mis padres siempre me decían que yo no valía una mierda. Si había alguna manera de que pudiera relacionar mi nombre con una palabrota mientras me pegaba, lo hacía. Para cuando terminaba, yo creía

sinceramente que era la peor de todas las cosas vivientes. Y que si me trataban a golpes era porque me lo merecía. (Forward, Susan, p. 159)

Tales maltratos, tanto físicos como verbales, repercuten negativamente en la autoestima y la autoimagen de las personas, como lo indica la psicoterapeuta Susan Forward, que ha tratado mucho de estos casos:

En mis dieciocho años como psicoterapeuta he visto a miles de pacientes, tanto en mi consultorio privado como en grupos en el hospital, y una gran mayoría de ellos sufría de lesiones en su sentimiento de autovalía, debido a que uno u otro de los progenitores los habían golpeado rutinariamente, o los criticaban, o hacían "bromas" sobre lo estúpidos o lo feos o lo indeseados que eran los niños, o los habían abrumado de culpa, o habían abusado sexualmente de ellos, u obligado a asumir demasiadas responsabilidades, o los había sobreprotegido de forma desesperada (Forward, Susan, p. 18)

En el caso de las enfermedades estigmatizadas y moralizadas, combatir su estigmatización y su moralización impedirá u obstaculizará su interiorización en el portador, y, en caso de ya haberse dado tal internalización, combatir ésta implicará el desarrollo de una autoimagen y autoestima positiva y realista. Es por ello que, en este orden de ideas, grupos organizados en la lucha contra el sida están conscientes no sólo del fenómeno de la estigmatización sino también del de la autoestigmatización y de la necesidad de combatir a ambos. Tal es el caso de La Ermita Ajusto, de la cual habla su fundador Rene García:

La Ermita Ajusto es un espacio abierto y por eso lucha contra dos cosas. La primera es la desestigmatización del enfermo del sida, el no rechazo de la comunidad hacia el, la segunda: la desestigmatización de nosotros los enfermos ante la enfermedad []. (Ver Esquivel, Rosa, p. 49)

Creo que, como en el caso de las otras campañas educativas antes analizadas, en estas -ahora pensadas como estrategias educativas- las entidades más apropiadas para llevarlas a cabo son también las ONG, las cuales han mostrado sensibilidad y

auténtica preocupación. No sin dejar de presionar al gobierno de que cumpla con sus obligaciones en el área de la salud pública.

Respecto a los estigmatizados, Goffman sostiene que hay ciertos rasgos comunes en ellos: Se puede dar por sentado, en primer lugar, que las personas que poseen estigmas diferentes se encuentran en una situación bastante similar y responden de una manera parecida (Goffman, p. 152)

Sobre la interiorización del estigma y la moralización de su condición y sobre las consecuencias de esto, y de que entre las principales esta la vergüenza, nos señala el mismo Goffman:

Las pautas que ha incorporado de la sociedad mas amplia lo habilita para mantenerse íntimamente alerta frente a lo que los demás consideran como su defecto, hecho que lo lleva de modo inevitable, aunque solo sea esporádicamente a aceptar que, por cierto, esta muy lejos de ser lo que en realidad debería. La vergüenza se convierte en una posibilidad central, que se origina cuando el individuo percibe uno de sus atributos como una posesión impura de la que fácilmente puede imaginarse exento. (Goffman, p. 17 y s.)

Otras de las características de los estigmatizados que señala Goffman son: ocultarse o aislarse ante los demás, simular o mentir sobre su atributo desacreditado y estar en un estado permanente de ansiedad ante el miedo de ser 'descubierto'. En el caso de los estigmatizados por saber la sociedad que viven con VIH o sida no es la excepción. En el libro *Amor a la vida, confesiones íntimas de enfermos de sida*, Rosa Esquivel nos ofrece el siguiente testimonio de una persona que vive con sida, el cual muestra casi todas las características de las personas estigmatizadas:

A veces no quería ni salir a la calle. Salía toda cubierta con un chal. Me pongo no se que tanto para verme gorda ¿no?, porque estaba yo hecha un hilo de fiaca, la verdad. Entonces me ponía mi chal porque me daba vergüenza que me vieran y entonces la gente me decía: "Señora, que le pasa ¿está muy mal?" "Sí, pues sí, estoy mal, tengo diabetes", yo les decía, porque es la más común que uno se vaya adelgazando (Ver Esquivel, Rosa, p. 112 y s.)

2. AUTOESTIGMATIZACIÓN Y AUTOMORALIZACIÓN DE LOS ENFERMOS. DOS EMOCIONES MORALES INVOLUCRADAS: CULPA Y VERGÜENZA

Antes de continuar, veamos que vamos a entender por automestigmatización y automoralización de un enfermo.

Si retomamos lo dicho en el primer capítulo, por autoestigmatización de un enfermo podemos entender una actitud de autopercepción de inferioridad, de autorechazo y muy baja autoestima y, por ello mismo, con sentimiento de vergüenza ante el atributo desacreditado. Expliquemos esto con más calma.

El maltrato verbal y no verbal que se suele dar como manifestación de la estigmatización y moralización negativa de los enfermos o por otros factores -como las frustraciones del maltratador- contribuyen a que se dañe la autoestima y la autoimagen de las personas y esto, a su vez, puede hacer que se facilite la internalización de tales fenómenos. De tal manera que gente ya propensa a emociones de autoevaluación negativa, como la vergüenza y la culpa -emociones que examinaremos más adelante- facilita, junto con la presencia de aquellos dos fenómenos, su internalización. Estas emociones, en cuanto a la enfermedad que se tiene, serían, en parte, consecuencia de mitos y prejuicios asociados con tal enfermedad.

En este orden de ideas, podemos pensar que para que una persona no internalice el estigma y la moralización en cuestión se requiere previamente no poseer tales mitos y prejuicios y no ser propenso a tales emociones de autoevaluación negativa, ni que se las hagan sentir por el maltrato de que fuera objeto. Así, para combatir o impedir la internalización del estigma y la moralización de alguna enfermedad es necesario lograr, o que se den, dos cosas: i) Combatir la estigmatización y moralización de la enfermedad en cuestión, pues su internalización depende, en parte, de la presencia de tales fenómenos y ii) la persona debe tener la información correcta -libre de mitos y prejuicios- sobre la enfermedad, y no ser propenso a sentirse culpable y avergonzado, emociones que indican el bajo nivel de autoestima o autovalía. Esto es, debido a que el contenido de la estigmatización y la moralización (negativa) de la enfermedad tiene que ver con una

percepción negativa o de menosprecio hacia ciertos enfermos, no son los que tienen una buena opinión de sí mismo, un gran autoaprecio, los que fácilmente aceptan calificativos negativos o que se sientan merecedores de ciertos maltratos, sino justamente los que tienen una mala autoimagen y autoestima, junto con ciertas creencias míticas y prejuiciosas sobre la enfermedad en cuestión.

Por automoralización de un enfermo podemos entender dos cosas, según sea el tipo de moralización. Si la automoralización de la propia enfermedad es positiva, la podemos entender como la actitud de considerar que la enfermedad que uno mismo tiene es una señal de la propia superioridad moral o de que se posee cierto grado de santidad. Como ejemplo podríamos pensar en el caso de un epiléptico que considerara que tener tal enfermedad es una señal de que posee aquellas cualidades morales. Y si la automoralización de la enfermedad es negativa, la podemos entender como la actitud de considerar que la enfermedad que uno mismo posee es una señal de nuestra propia inferioridad moral o una consecuencia o castigo por nuestras faltas morales.

2.1. La culpa y la vergüenza

En las personas estigmatizadas son dos las emociones que suelen presentarse: la vergüenza y la culpa. Esto sucede precisamente en las personas que viven con VIH o con sida; así lo señala Susan Sontag: "En el caso del SIDA, la vergüenza va acompañada de una imputación de culpa [...]". (Sontag, p. 31). Estas dos emociones tienen una relación estrecha con la autoimagen y la autoestima. Son consideradas como emociones de autoevaluación. Olga E. Hansberg afirma al respecto lo siguiente:

La persona que siente vergüenza se siente expuesta a la mirada de los otros, se ve a sí misma como un objeto de observación y se juzga desfavorablemente. La culpa, al igual que la vergüenza, implica autocensura: la persona que se siente culpable podría pensar, por ejemplo, que ha hecho algo prohibido, que ha transgredido una norma, que ha roto un tabú o que ha dejado de hacer algo que consiera obligatorio. (Hansberg 1996, 159)

Creo que para hacer más inteligibles y efectivas las estrategias que estamos analizando es preciso y convincente compartir con Hansberg la idea de dejar de concebir a las emociones:

primordialmente como sentimientos o sensaciones que nos suceden, y frente a las cuales somos receptores pasivos, para concederles un componente racional que nos permita empezar a examinar las muy intrincadas relaciones que tienen con creencias, deseos y otras actitudes [proposicionales] (Hansberg, 1998, 151)

A veces pensamos, y con razón, que hay personas que se "sienten" avergonzados o culpables de algo pero que no es razonable que así se sientan. Es por esto que, como dice Hansberg:

tiene sentido hablar de emociones que en determinadas circunstancias, son racionales, irracionales, apropiadas o inapropiadas y, quizá también, de la capacidad que tiene los individuos de transformar, controlar y educar sus emociones (Hansberg, 151)

Esto solo es posible dentro de un enfoque cognoscitivo de las emociones, esto es, un punto de vista que sostenga que las creencias - evaluativas o no-, son condiciones necesarias de las emociones

Entre la variedad de las emociones, existe un pequeño grupo, el de las emociones morales. Esto es, existen algunas emociones que son morales y otras que no lo son. Entre estas últimas, podemos mencionar: el miedo y el enojo. Entre las emociones morales tenemos: la indignación, el remordimiento, la culpa y la vergüenza (moral). Este tipo de emociones, señala Hansberg: "pueden considerarse como morales porque requieren de un conjunto complejo de conceptos, creencias y deseos relacionados con la moralidad." (Hansberg, p. 153)

Las circunstancias por las que una emoción puede ser inapropiada se dan fundamentalmente cuando las creencias que generan la emoción son falsas. En este sentido, podemos afirmar que en el caso de los enfermos cuyo padecimiento es

estigmatizado o moralizado, los 'sentimientos' de vergüenza y de culpa que por ese podrían tener, son inapropiados. Primero detengamos con mayor cuidado en la vergüenza.

Algunos autores distinguen entre vergüenza natural y vergüenza moral. Según esto, la vergüenza natural sería la que uno tendría cuando el ser visto en una intrusión en nuestra intimidad. Ejemplo de ella es la vergüenza que uno podría sentir, en ciertas circunstancias, cuando alguien nos ve desnudos, cuando nos avergonzamos de un defecto físico o de nuestra torpeza. La vergüenza moral, en cambio, sería lo que uno siente cuando están en juego valores y exigencias morales, ideales acerca de cómo ser y cómo vivir, por ejemplo, la vergüenza por haber hecho algo cobarde, cruel o injusto (Ver Hansberg, p. 161)

La distinción tiene que ver, entonces, con el tipo de razones de la vergüenza. Si estas razones son morales -por haber hecho algo cobarde, cruel o injusto- la vergüenza es moral. Si las razones no son morales -como tener un defecto físico o psicológico, ser torpe etc.- la vergüenza es "natural". Si bien se puede dar significado moral a algo que no lo tiene, por ejemplo el pudor.

Ahora pensemos lo inadecuada que puede llegar a ser la vergüenza moral en el contexto del sida. Si en esta emoción moral "están en juego valores y exigencias morales, ideales acerca de como ser y de como vivir" (Hansberg, 1996, 161), ¿por que habría de avergonzarse una persona que vive con VIH o con sida? ¿Acaso esa situación, la cual es efectivamente algo lamentable e indeseable, es una manifestación de injusticia, de crueldad o de cobardía? Creo que si alguien siente vergüenza por esta situación, no es porque haya realmente una falta moral, sino que, debido la automoralización del padecimiento, se interpreta equivocadamente como algo moral -creencias como: "el sida es un castigo divino", "el sida es un castigo por llevar una vida desordenada (promiscua, infiel, etc.)-, como si hubiera una creencia, probablemente inconsciente, de que tal situación es indicio o resultado de haber hecho algo malo. Entonces, estaríamos hablando de vergüenza inapropiada. Ahora detengámonos en el caso del "sentimiento" de culpa

Ahora, ¿cómo explicar el caso en el cual una persona se siente culpable no obstante su consciencia de no haber hecho nada malo? Alguien podría confesarse a sí misma "¿por que me siento culpable de haberme infectado por el VIH: si sé que no he hecho nada malo, que no es un castigo por algo que yo haya hecho?"

Para explicarnos esto, probablemente sea útil recurrir a la teoría psicoanalítica. Veamos lo que Freud nos dice sobre el sentimiento de culpa:

La tensión creada entre el severo *super-yo* y el yo subordinado al mismo lo calificamos de sentimiento de culpabilidad; se manifiesta bajo la forma de necesidad de castigo.(...)El *super-yo* tortura al pecaminoso yo con las mismas sensaciones de angustia y está al acecho de oportunidades para hacerle castigar por el mundo exterior (Freud, pp 64 y s., 67)

Según Freud, "conocemos dos orígenes del sentimiento de culpabilidad: uno es el miedo a la autoridad; el segundo más reciente, es el temor al *super-yo*". (Freud, p. 68) Para Freud, , el *super-yo* es la internalización de normas, actitudes -como aquí las entendemos- y exigencias sociales, o como señala el mismo Freud, la internalización de la autoridad. Así, en un principio "se manifiesta, pues, la influencia ajena y externa, destinada a establecer lo que debe considerarse como bueno o como malo". (Freud, p. 65)

Freud nos habla de un *super-yo* individual y un *super-yo* cultural: "[...] cabe sostener que también la comunidad desarrolla un *super-yo*" y que "el *super-yo* cultural, a entera semejanza del individual, establece rígidos ideales [y normas] cuya violación es castigada con la "angustia de conciencia"". Además sostiene que en el *super-yo* individual, interiorización del cultural, "sus exigencias mismas a menudo yacen inconscientes". (Freud, p.84)

Así, "el *super-yo* cultural ha elaborado sus ideales y erigido sus normas" (Freud, p.84) las cuales suelen coincidir con las de muchos individuos, al haber internalizado tal *super-yo*. De esta manera, como por otro lado nos dice Hansberg:

Se trata aquí de un conjunto de actitudes compartidas: hay conductas que son admiradas, aceptadas o despreciadas. Con frecuencia son estas actitudes las que se internalizan y las que inhiben algunas formas de comportamiento. (Hansberg, p 161)

Tales actitudes y exigencias sociales pueden yacer inconscientes, podemos pensar que estas podrían estar en conflicto con las creencias conscientes, de manera que nos explicaría el por qué alguien puede sentirse culpable de algo que no considera malo o censurable pero que inconscientemente así se lo cree. Así, cuando la persona dice que "la hacen sentirse culpable(o avergonzado)" lo que hacen es dar fuerza a esas creencias y exigencias inconscientes...

En cuanto al fenómeno del sida, podemos advertir que el contenido de la estigmatización y moralización internalizada en el enfermo, el cual consiste en un conjunto de mitos y actitudes prejuiciosas que al parecer muchas veces se tienen inconscientemente, lo que explica por qué los enfermos muchas veces "sienten" vergüenza y culpa de su condición y esto los desconcierta. En tales casos, como ya hemos dicho, estaríamos hablando de emociones inadecuadas, esto es, causadas por creencias falsas, sean o no inconscientes.

3. CAMPAÑA EDUCATIVA CONTRA LA AUTOESTIGMATIZACIÓN Y AUTOMORALIZACIÓN DE LOS ENFERMOS

Por otro lado, si partimos de la idea que tanto el trato verbal (lo que dicen que somos) como el no verbal (lo que nos hacen o cómo nos tratan) que los miembros de la sociedad nos proporciona, influye en la autoimagen y en la autoestima; y que hay una relación entre la autoimagen y la autoestima, podemos pensar que las estrategias de una campaña educativa para combatir la autoestigmatización y la automoralización de los enfermos serían las siguientes:

- 1) Que, principalmente las personas conscientes y preocupadas por este problema, les brinden un buen trato a tales enfermos, de tal manera que se les haga

sentir como personas con igual valor humano, que no se les rechace ni se les discrimine, puesto que este rechazo y esta discriminación contribuye a desarrollar una mala autoimagen y esto, a su vez, a la interiorización del estigma y de la moralización negativa de la enfermedad. Tal es la demanda de una persona con VIH, que creo es representativa de la mayoría de los portadores que han sufrido o visto sufrir el rechazo social:

Así es como pase todas las tribulaciones: dejar a mis hijas [...] que mi familia no me viera, que la familia de mi esposo desde que murió nunca se ha parado para verme.. O sea que estoy sola en el mundo. Pero yo siento que tengo valor, y que ese valor lo tengo que defender. Lo tengo que defender por que soy humana, y nadie tiene derecho a rechazar a otro ser. (Ver Esquivel, Rosa, p. 110)

Como podemos ver, este primer punto va de la mano de las campañas educativas que luchan contra la estigmatización y la moralización de las enfermedades, pues del éxito de estas depende, en parte, el de la que ahora nos ocupa. Esto debido a que al combatir aquellos fenómenos, esto se podría traducir en mejor trato a la personas con tales enfermedades, de manera que contribuya a mejorar o no dañar la autoimagen y la autoestima de ellos. Y así evitar u obstaculizar la autoestigmatización y la automoralización de la enfermedad. La legislación podría contribuir a esto.

2) Una adecuada legislación contra la discriminación y la segregación de los enfermos estigmatizados podría contribuir a combatir tales fenómenos, y en algo ayudar al mejoramiento en la autoestima de los mismos. En cuanto a los beneficios de este tipo de legislación, Allport nos dice lo siguiente:

La argumentación a favor de las leyes de derechos civiles descansa sobre el hecho de que ellas pueden cambiar la estructura sociocultural de manera de conseguir mejores oportunidades para el contacto a igual *status* en la prosecución de intereses comunes. Por ejemplo, al poner fuera de la ley las cláusulas restrictivas la Suprema Corte hace que a los negros les resulte algo más fácil dispersarse en una comunidad, evitan así la alta congestión que lleva a la percepción de una "amenaza". Del mismo modo, toda la legislación antidisriminatoria ayuda a disolver las barreras que impone la segregación y libera las

fuerzas del "contacto a igual *status*" a fin de que puedan operar para reducir el prejuicio y la tensión (Aliport p 514 y s)

3) Que los enfermos comprendan el origen social e irreflexivo (su origen mítico y prejuicioso) de la autoestigmatización y automoralización de su enfermedad. Que entiendan que las enfermedades son moralmente ciegas, y que, por tanto, no son ni un premio ni un castigo por la vida que hayamos llevado; y que entiendan, en el caso del sida por ejemplo:

- que la transmisión del VIH, como cualquier otro agente infeccioso o contagioso, es un proceso causal natural, que no tiene nada de sobrenatural.
- que la infección del VIH y el desarrollo del sida no dice nada de la vida moral del afectado. Que el sida está equivocadamente asociado con ciertos grupos que, a su vez, están estigmatizados. Que el VIH y el sida lo pueden adquirir cualquier tipo de persona que no tome las medidas preventivas necesarias. Que no hay víctimas ni culpables en su adquisición.

4) Que los enfermos sepan que existen personalidades muy propensas al prejuicio y a la intolerancia, lo que en parte explica el por que de las lamentables actitudes y reacciones de rechazo hacia el fenómeno del sida.

5) Que los enfermos sepan que algunas de sus creencias y exigencias son inconscientes y que estas influyen en sus emociones y, por ende, en su autoestima y autoimagen. Que muchas de estas creencias son falsas y, por ello mismo, las emociones que tales creencias generan son inadecuadas, y que debido a éstas se facilita la autoestigmatización y la moralización de la enfermedad en cuestión

6) Que como en el caso de las campañas dirigidas contra la estigmatización y moralización de los enfermos -examinadas en el segundo capítulo-, para combatir la internalización en el enfermo también se pueden emplear las estrategias terapéuticas de *roll playing*, contacto cara a cara, psicodrama, etc. para que el enfermo pueda ver con más claridad las causas de sus emociones inadecuadas y de su baja autoestima y cómo detrás de tales emociones hay un trasfondo de prejuicio y mito.

BIBLIOGRAFIA

1. Allport, Gordon. *La naturaleza del prejuicio*. Editorial universitaria de Buenos Aires, Argentina, 1962.
2. Berlin, Isaiah. *Dos conceptos de libertad*.
3. Esquivel, Rosa. *Amor a la vida. Confesiones íntimas de enfermos de sida*. Ediciones del milenio, México, 1995.
4. Forward, Susan. *Padres que odian*. Grijalbo, México, 1990.
5. Freud, Sigund. *El malestar en la cultura*. Alianza Editorial, México 1970.
6. Goffman, Ervin. *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1968
7. Hansberg, Olga. "De las emociones morales", *Revista de Filosofía*, 3.a época, vol IX (1996), núm. 16.
8. Klineberg, Otto. *Psicología social*. FCE, México, 1963.
9. Mann, Leon. *Elementos de psicología social*. Limusa, México, 1972.
10. Sontag, Susan. *El sida y sus metáforas*. Muchnik Editores, Barcelona, 1989.

CONCLUSIONES

Como resultado de esta investigación, podemos decir varias cosas. Unas generales y otras específicas.

1. Lo primero que hay que decir es que las enfermedades son fenómenos naturales, esto es, nada tienen de divinas o sobrenaturales ni de demoniacas. En lo que se refiere a la moralidad, ellas son moralmente neutras, ni buenas ni malas moralmente, y nada indican, por sí solas, objetivamente acerca de la calidad moral de sus portadores. Las cualidades morales son independientes del hecho de tener o no tener cierta enfermedad.

2. Algunos grupos de enfermos, no obstante que el padecer cierta enfermedad no indica nada acerca de su calidad moral, son de hecho estigmatizadas y moralizadas. Si bien podemos decir que ninguna enfermedad es deseable, y que sería deseable que o no las hubiera, o las hubiera menos dramáticas, lo cierto es que según ciertas actitudes (creencias evaluativas). se considera que padecer cierta enfermedad es poseer un atributo indeseable y vergonzoso, y, por ello mismo, se vuelve un atributo profundamente desacreditador, o más correctamente, el portador es profundamente desacreditado y se le ve como inferior. Esta lamentable manera de pensar lleva a que muchos que comparten tal concepción rechacen o se aparten de tales enfermos.

3. Como podemos darnos cuenta, detrás de esa concepción acerca de ciertas enfermedades y de las enfermedades en general, hay una preconcepción general que les da fuerza y apoyo. Esta preconcepción se compone de un conjunto de creencias y actitudes generales acerca de lo que es considerado como lo aceptable y lo no aceptable para determinada sociedad, manifestada en las ideas de lo "desviado" o "anormal" y lo "normal". Se entiende por normal aquello que corresponde a lo que se ha dado en llamar el "orden simbólico" y lo que no corresponde a este orden es visto como desviado o anormal o como una amenaza al orden social, y, por ello mismo, es rechazado y hasta perseguido o reprimido. Resulta que tal orden simbólico, entendido como un conjunto de actitudes acerca de lo que es considerado aceptable y como

socialmente benéfico, no es sino la expresión de ciertos valores sociales que, a su vez, no son sino ciertas convenciones y prejuicios sociales que se han transmitido de generación en generación, aunque siempre sujetas a cambio, no siempre mantenidos de manera consciente y aceptados de manera dogmática e irreflexiva. De tal manera que los fenómenos de la estigmatización y moralización de los enfermos no es sino la expresión de tales convenciones o prejuicios sociales, junto con ciertos motivos psicológicos y ciertos rasgos de personalidad.

Entre los motivos generales, que tiene que ver con la función psicológica de los estereotipos sociales -en sentido general entendidos como creencias evaluativas acerca de cómo son y cómo actúan los miembros de un grupo 'social'- consiste en la tendencia humana, más marcada en unos humanos que en otros, a simplificar las cosas, a no ver diferencias entre los miembros de un mismo grupo, esto debido a que requiere menos esfuerzo y que éste, en general, es desagradable. Junto a este motivo general está el miedo a lo deferente, a lo extraño y a lo imprevisible. Estos dos motivos se manifiestan en la necesidad de pensar al mundo en general y al mundo humano dentro de un orden, el que hemos llamado orden simbólico, el cual se quiere llevar a la realidad, pues lo que escapa a tal orden es considerado desviado o anormal y como una amenaza o un peligro para el orden social. Esta idea de amenaza o peligro que supuestamente representa ciertos grupos por tener ciertos atributos "anormales" no es sino una racionalización -en sentido psicológico- de una inseguridad personal, propia de las llamadas personalidades autoritarias o intolerantes, que los hace sentirse amenazados ante lo diferente o ante la diversidad, y que a su vez, los lleva a rechazar, discriminar, perseguir, combatir o incluso exterminar a tales grupos

4 Una enfermedad estigmatizada y además moralizada corresponde a lo que algunos llaman el concepto religioso de enfermedad, que entiende la enfermedad como el castigo correspondiente a la violación de un tabú o regla divina. Dicho en lenguaje laico, lo que se estaría de hecho violando serían las prohibiciones y reglas que una sociedad suele establecer convencionalmente, pero que según tal concepto se les da rango de divinas o 'sobrenaturales'. Una concepción muy extendida del sida entra

perfectamente dentro del concepto mítico-religioso de enfermedad; debido a esto podemos explicarnos que el sida se vea como un castigo divino, y que por ello se de el fenómeno de la culpabilización de quien vive con VIH o con sida, así como la persistente y lamentable idea de que hay grupos de alto riesgo, cuando lo propio es hablar de prácticas de alto riesgo (de infección por VIH). La culpabilización de los homosexuales por la aparición del VIH o del sida, explicada en gran parte por la homofobia, entra también dentro de este enfoque, pues junto con el hecho de que miembros de este grupo hayan sido los primeros casos registrados de infección por VIH -en ciertas sociedades como la nuestra- está el hecho de ser considerados como desviados y como poseedores de una preferencia sexual vista como un tabú que corresponde a la norma de que lo adecuado -o lo que entra dentro del orden simbólico y que se debe realizar- es la preferencia heterosexual.

Con lo dicho hasta aquí, podemos también concluir que las enfermedades estigmatizadas y moralizadas son tales relativamente a una sociedad determinada, a sus valores predominantes y a lo que ella suele considerar como lo adecuado. lo normal y como su contra parte lo inadecuado y lo anormal; si bien entre una y otra sociedad puede haber ciertos rasgos comunes en sus respectivos universos simbólicos y también, por ello mismo, estigmatizar y moralizar una misma enfermedad, tal es el caso del sida, que todo parece indicar que su estigmatización y moralización es mundial. De tal manera que el que una enfermedad sea estigmatizada y moralizada -positiva o negativamente- es una cuestión empírica y contingente, esto es, el que una enfermedad tenga tal condición es algo que uno descubre mediante una investigación y que esa misma enfermedad podría no estar estigmatizada. Esto último se podría lograr si no se adoptaran concepciones como la que ejemplifica el concepto religioso de enfermedad y se vieran las enfermedades como lo que son: procesos naturales, moralmente ciegas y nada que deba avergonzarnos.

Así una enfermedad no es ni una desviación ni algo estigmatizado por sí mismo sino que esto se da relativamente a cierta concepción de alguna sociedad o parte de ella. Por supuesto, el que una enfermedad o, más bien, los que la padecen sean

estigmatizados por una sociedad no significa que todos sus miembros lo hagan, pues de hecho, por fortuna, hay algunos que incluso se organizan y forman ONG justamente para combatir tales concepciones erróneas y sus gravísimas consecuencias en cuanto a salud pública y a violación de derechos humanos.

5 El concepto de estigmatización moralizante es afín al concepto de mala reputación, solo que la estigmatización se puede entender como una mala reputación a nivel de grupos, por ejemplo los que viven con el VIH o con sida, y no de individuos como cuando decimos que alguien, por ejemplo Madonna, tiene mala reputación o mala fama. Pues bien, es importante distinguir entre tener mala reputación y ser 'mala persona'. Esto es, alguien puede tener mala reputación, es decir, que la sociedad o parte de ésta tenga una mala opinión o actitud negativa hacia ella y no obstante tales actitudes u opiniones ser falsas o que incluso esa persona sea alguien decente, pero que sea considerada indecente debido a ciertas actitudes convencionales de una sociedad. En ese sentido diríamos que dicha persona tiene una mala reputación inmerecida. La mala reputación que tienen ciertas enfermedades o quienes las padecen, por basarse en actitudes falsas o míticas también la podríamos llamar inmerecida o, más bien, injustificable.

Debido a que los fenómenos de la estigmatización y de la moralización de las enfermedades y de las malas reputaciones inadecuadas muchas veces tienen que ver con las mayorías en contra de las minorías, la desmitificación de las enfermedades, mediante campañas educativas, se traduciría en cierto debilitamiento del imperio de las mayorías.

6. Como podemos darnos cuenta, en el desarrollo de esta tesis, tales actitudes convencionales o prejuicios sociales que forman el contenido o el trasfondo de la estigmatización y moralización de las enfermedades, son tanto dirigidas a ciertos grupos –por ejemplo a quienes tienen cierta 'enfermedad' como el sida- como también internalizadas por sus portadores. De esta manera, para combatir los fenómenos de la estigmatización y moralización de los enfermos vimos que se hace necesario el diseño y aplicación de campañas y estrategias educativas que consistirían en mostrarles tanto

a los que estigmatizan y moralizan como a los que internalizan tales fenómenos: 1) lo convencional, mítico y prejuicioso de tales actitudes o valoraciones sociales y 2) los motivos psicológicos que hay detrás de estos fenómenos como son la proyección, -que más o menos consiste en proyectar o ver lo "malo" de uno mismo en los otros, para evitar el malestar de la culpa ante tal posesión- la sensación de sentirse amenazado por lo extrañamente diferente debido a una fuerte inseguridad personal y la existencia de otros rasgos de carácter comprendidos en lo que se ha llamado la personalidad autoritaria o intolerante: tendencia a criticar a los demás, ser moralista, etc. El propósito general de estas campañas y estrategias educativas consistiría en el desarrollo de la sensibilización o activación de la simpatía o la capacidad de ponerse en el lugar de los otros, de percibir fácilmente el sufrimiento de los que , como es el caso de los que viven con VIH o con sida, suelen sentir por el rechazo, maltrato y discriminación de la sociedad o de parte de ella; esto logrado principalmente por el empleo de estrategias como el *roll playing*, el psicodrama, etc.

Se trataría de modificar o cambiar actitudes intolerantes, emociones inadecuadas como la culpa, la vergüenza o el odio injustificado a ciertos grupos, y conductas intolerantes o discriminatorias -de manera razonable, sin necesidad de manipulación-. Por ello la importancia que tiene el concepto de causalidad razonable, el cual nos explica y permite lograr que actitudes, emociones y conducta que, debido a no ser impenetrables a las razones, puedan cambiarse mediante razones o argumentos. De tal manera que cualquiera, siempre y cuando no sea fanática -paradigma de autoritario, dogmático, etc.- se le puede hacer ver que, por ejemplo, rechazar de cualquier lugar a una persona por tener VIH o sida es una medida injustificada, discriminatoria y, por ello mismo, injusta. Esto puede lograrse más fácilmente, previa desmitificación de la enfermedad, si se sensibiliza a las personas que tienen actitudes de prejuicio o intolerantes, pidiéndoles que se pongan en el lugar del enfermo y se demuestre el sufrimiento que suelen experimentar las personas que son objeto de esas actitudes y así generar la simpatía que consiste en la tendencia a evitar el sufrimiento de los demás.

7. Si bien no es propio del filósofo, en tanto filósofo, diseñar o llevar a cabo tales campañas o estrategias, puede contribuir, sobre todo el filósofo moral, a poner en claro qué hay en juego en los debates acerca de estos problemas prácticos morales, en términos del análisis y clarificación de los conceptos involucrados en tales debates, así como en la evaluación de los argumentos que se ofrecen. Por último, algo que deben cultivar no sólo los filósofos, aunque quizá más ellos que nadie, sino todos los miembros de una sociedad, es el valor de la autocrítica que sirve como complemento al valor de la simpatía. Pienso que con la práctica de tales valores se daría por consecuencia una mayor aceptación hacia los que viven y piensan de manera distinta a la de uno o a la de la mayoría; se establecería una sociedad más tolerante y se minimizaría el ejercicio del autoritarismo, del dogmatismo, la doble moral y del rechazo y represión de lo que es diferente aunque legítimo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allport, Gordon W. *La Naturaleza del prejuicio*. Eudeba, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1962.
2. Bartley, W. *Wittgenstein* Quartet Books, Londres, 1977.
3. Berlin, Isaiah. *Dos conceptos de libertad*.
4. Davidson, Donald. *Mente, mundo y acción*, Paidós, Barcelona, 1992.
5. Davison, Donald. *Ensayos sobre acciones y sucesos*. UNAM Crítica, IIF, México, 1995.
6. Devries, Osvaldo. *Salud y educación. Sida en una escuela* Paidós, Buenos Aires, 1995.
7. Escudero Yerena, Ma. Teresa. *La comunicación en la enseñanza*. Trillas, México, 1977.
8. Esquivel, Rosa. *Amor a la vida. Confesiones íntimas de enfermos de sida* Ediciones del milenio, México, 1995.
9. Goffman, Ervin *Estigma. La identidad deteriorada* Amorrortu editores, Buenos Aires, 1968.
- 10 Fitzpatrick, R. et al. *La enfermedad como experiencia*. FCE, México. 1990
- 11 Forward, Susan. *Padres que odian*. Grijalbo, México, 1990.
12. Freixedo, Salvador *Las Apariciones marianas*. Posada, México, 1988.
13. Freud, Sigund. *El malestar en la cultura*. Alianza Editorial, México, 1970.
14. Fuenzalida-Puelma, Hernán. et al. (eds.) *Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA*. OPS, OMS, Washington, 1991.
15. Galván Díaz, Francisco "Opiniones a debate: En torno al SIDA en México" "El SIDA: Moral y política", en Francisco Galván Díaz (coordinador). *El sida en México: Los efectos sociales*. UAM, México, 1988)
16. Galvn Díaz, Francisco (coordinador). *El sida en México: Los efectos sociales*. UAM, México, 1988)

17. Goffman, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1967
18. Hansberg, Olga. "De las emociones morales". *Revista de Filosofía* 3.a época, vol. IX (1996). núm. 16.
19. Hare, R. S. "Toleration and fanaticism" en *Freedom and reason*. Clarendon Press, Oxford, 1963.
20. Klineberg, Otto *Psicología social*. FCE, México, 1963.
21. Mann, Leon. *Elementos de psicología social*. Limusa, México, 1990.
22. Monsiváis, Carlos. "Las plagas y el amarillismo: Notas sobre el SIDA en México", en Francisco Galván Díaz . "Opiniones a debate: En torno al SIDA en México". (México, Dic. de 1987)
23. Monsiváis, Carlos, "Caso paradigmático: las reacciones ante el sida", en "Letra S", No. 1, Suplemento de *El Nacional*, noviembre de 1994.
24. Monsiváis, Carlos, "El sida y el humanismo radical", en "Letra S", No. 8, Suplemento de *El Nacional*, junio de 1995.
25. Pérez Tamayo, Ruy. *El Concepto de enfermedad*. Vol. I, UNAM, CONACIT, FCE, 1988.
26. Putnam, Hilary. *El Significado de "Significado"* UNAM, IIF, México, 1984.
27. Royston Pike, Edgar *Diccionario de religiones*. FCE, México, 1991.
28. Scott y J. Douglas (comps.), *Theoretical Perspectives on Deviance*. Basic Books, Nueva York, 1972.
29. Scambler, Graham. "Diagnostico y enfrentamiento de enfermedades estigmatizadoras" en Fitzpatrick, R. et al. *La enfermedad como experiencia*. FCE, México, 1990.
30. Sepúlveda Amor, Jaime. *SIDA, ciencia y sociedad en México*. FCE, México, 1989.
31. Scott, R. "A Proposed Framework for Analyzing Deviance as a Property of Social Order".
32. Sontag, Susan. *El SIDA y sus metáforas*. Muchnik Editores, Barcelona, 1989
33. Statt. David A. *La Psicología*. Harla, México, 1978.

34. Secretaría de Salud Dirección General de epidemiología. "Encuesta sobre sexualidad y IDA en personal de salud". México, 1989.
35. Secretaría de Salud Dir. Gral de Epidemiología. "Encuesta sobre sexualidad y SIDA en estudiantes universitarios". México, 1989
36. Sontag, Susan *El sida y sus metáforas* Muchnik Editores, Barcelona, 1989.
37. Stroud, Barry *Hume*. UNAM, IIF, México, 1995.
38. Villoro, Luis *Creer, saber, conocer_S XXI*. México, 1989