

Quaderns (2011) 27, pp. 45-64. ISSN 0211-5557

LA COPIA DE LOS HECHOS. LA BIOMEDICINA,
EL PODER Y SUS ENCUBRIMIENTOS

Angel Martínez Hernández
Universitat Rovira i Virgili

Abstract: The Copy of Facts: Biomedicine, Power, and Concealment

Over the past 30 years, anthropology has broadened the spectrum of ethnographic objects to include biomedicine and scientific practice and discourse. Among the factors that have made this possible is the dissolution of the traditional boundary separating knowledge from belief. Nevertheless, challenges remain in the analysis of scientific language, which is often framed in positivistic terms as a mirror of nature. How is it possible to account for the cultural and sociopolitical dimensions of science if scientific language presents itself as a copy of facts? This article explores the way in which scientific language denies its social and political nature in the context of biomedicine and biomedical psychiatry. The argument presented here has less to do with biomedicine's relationship to power than with exposing the mechanisms by which that relationship is concealed.

Key words: biomedicine, biomedical psychiatry, positivism, scientific rationality, anthropology of science.

Resumen: La copia de los hechos. La biomedicina, el poder y sus encubrimientos

En los últimos treinta años, la antropología ha ampliado su espectro de objetos etnográficos para incluir la práctica y el discurso biomédicos y científicos. Entre los

factores que han posibilitado esta inclusión destaca la disolución de las fronteras tradicionales entre ciencia y creencia. No obstante, el análisis de la ciencia y la biomedicina implica algunos desafíos a la hora de abordar el lenguaje científico, entendido en las versiones más positivistas como el espejo de la naturaleza. ¿Cómo dar cuenta de las dimensiones culturales y sociopolíticas de la ciencia si su lenguaje se presenta como la copia de los hechos? Este artículo explora la forma singular en que el lenguaje científico niega su naturaleza social y política en el contexto de la biomedicina y de la psiquiatría biomédica. El texto indaga no tanto en la relación de la biomedicina con el poder, como en los artificios que encubren esta relación.

Palabras clave: biomedicina, psiquiatría biomédica, positivismo, racionalidad científica, antropología de la ciencia.

En realidad, como se espera demasiado de la ciencia,
se la concibe como una brujería superior.
(Gramsci, 1985:143)

Introducción: tras el espejo de la naturaleza¹

Uno de los campos antropológicos más prolíficos en los últimos tiempos es el estudio de la biomedicina y, por extensión, de la ciencia misma. Este quehacer ha ampliado el repertorio de nuestra disciplina con nuevos temas y debates, y propiciado otros horizontes para reflexionar sobre la relación entre naturaleza y cultura. También ha supuesto un salto cualitativo en la forma de entender nuestro trabajo –tradicionalmente circunscrito a otros territorios sociales– y una puesta a prueba de nuestro discurso. En cierta medida, la incorporación de lo “científico” y lo biomédico al repertorio de objetos antropológicos puede entenderse como una respuesta que ha intentado amortiguar la ofensiva de las teorías biológicas en la exploración de terrenos como la subjetividad y la cultura con una duda introducida por la puerta trasera. Una duda que vendría a recordar algo así como que la biomedicina y la ciencia son también productos de la vida social y la imaginación cultural.

El estudio antropológico de la biomedicina y de la ciencia es un quehacer relativamente reciente que podemos circunscribir a los últimos tres decenios y cuyo desarrollo

¹ Este texto surge de la reflexión y re-elaboración de otros trabajos previos (Martínez Hernández 2000a, 2000b, 2005, 2006 y 2010) que reiteran, amplían o simplemente apuntan algunos de los argumentos aquí defendidos. Quiero agradecer a Tullio Seppilli sus comentarios y reflexiones a una versión preliminar de este texto.

necesitó romper algunas resistencias. Una de ellas devenía de la pretensión de pertenencia de la antropología al conocimiento científico y las contradicciones que de esta adscripción se derivaban para un estudio de la ciencia: deconstrucción de la racionalidad, alterización de la ciencia, usurpación del territorio de la epistemología, etc. Otra resistencia –profundamente dependiente de la primera– fue la existencia de una demarcación fuerte entre ciencia y creencia. Como si se tratara de mundos irreconciliables, bajo esta demarcación la antropología consideró etnografiables los recursos terapéuticos indígenas y populares, el curanderismo o la medicina tradicional china, pero no en cambio la biología molecular, la investigación inmunológica o las teorías psiquiátricas sobre el stress postraumático. De alguna forma, la historia de la antropología puede entenderse como un desaprendizaje de este criterio de demarcación entre ciencia (sujeto investigador) y creencia (sujetos/objetos investigados). La proliferación contemporánea de los estudios socioculturales de la ciencia y la tecnología atestiguan de este cambio de mirada (Pinch y Bijker 1984; Traweek 1993), así como el desarrollo de la antropología de la biomedicina² y de líneas específicas como la llamada *Anthropology of the New Genetics* (Heath y Rabinow 1993, Rabinow 1996a, Pálsson 2007).

Pensar la ciencia y la biomedicina como objetos antropológicos ha supuesto modificaciones en las prácticas etnográficas. Ya no se trata de escrutar los campos laterales de la racionalidad científica, sino de indagar en la construcción de esta misma racionalidad; de tal forma, por ejemplo, que la construcción biomédica de los objetos de investigación se convierte, a su vez, en objeto etnográfico. Esta especie de pirueta epistemológica ha supuesto un reto que no es necesariamente análogo a los intentos de disolución de la racionalidad del ya arcaico postmodernismo antropológico, aunque algo le deba por la visibilidad del sujeto cognoscente y el descentramiento de la mirada que introdujo este movimiento intelectual. Piénsese que el antropólogo/a que escruta la ciencia está haciendo una tarea que podemos definir como una “antropología de las epistemologías”, pues está ubicando los diferentes sistemas epistémicos en la posición de los objetos culturales. Incluso este supuesto antropólogo/a puede trasladar este mismo enfoque a su propia disciplina, ya que si las investigaciones del proyecto Genoma Humano (Flower y Heath 1993, Rabinow 1996a, Pálsson 2007) o la técnica de la Tomografía por Emisión de Positrones (*Positron Emission Tomography* o PET) (Dumit 2004) se convierten en objetos antropológicos, por qué no la teoría postestructuralista, el *embodiment paradigm* o los *collages* etnográficos de Taussig (1980, 1992). De hecho, la posibilidad de este quehacer autorreflexivo fue la innovación –y en algunos casos la única contribución– de la antropología

2 Ver entre otros muchos: Mishler (1981), Menéndez (1981), Hahn y Kleinman (1983), Hahn y Gaines (1985), Lock y Gordon (1988), Good (1994), Seppilli (1996, 2007), Lock, Young y Cambrosio (2000), Burri y Dumit (2007), Dumit (2010).

postmoderna norteamericana. Desde esta orientación, el etnógrafo se convirtió en informante tanto de sus propias ansiedades como de las condiciones de la construcción etnográfica. También fue lector reflexivo de la producción textual de su disciplina. No obstante, en muchas de estas contribuciones el protagonismo del autor eclipsó la posibilidad de una reflexión etnoepistemológica de fondo sobre la construcción de la racionalidad científica. Probablemente *Making PCR* (Rabinow 1996a) y *Essays on the Anthropology of Reason* (Rabinow 1996b) fueron una de las pocas excepciones a esta tónica general.

Pero no todos los obstáculos para un estudio sociocultural de la ciencia han procedido del saber antropológico. También existen impedimentos que provienen del propio objeto a investigar; esto es: del conocimiento científico. Como indica Habermas (1984), una de las constantes del pensamiento científico, por lo menos en sus versiones más cercanas al positivismo, ha sido la eliminación de toda autorreflexión sobre el sujeto cognoscente. De esta forma, afirma el filósofo alemán, se ha caído en la contradicción de desenmascarar “las ficciones del mundo natural de la vida” mientras se denunciaba como “fantasmagoría” la reflexión que partía de ese sujeto cognoscente (1984:55). Curioso interés, éste, que se vuelca sobre el terreno de los objetos pero que en cambio considera metafísica la reflexión sobre el espacio del investigador. Quizá esto explique la ilusión de toda visión positivista de la ciencia de crear un universo de categorías que sean “la copia de los hechos”, ya que tal proyecto sólo es viable mediante la omisión del sujeto cognoscente y sus sistemas de acción y pensamiento. Quizá esto explique, a su vez, algunas de las dificultades del proyecto de una antropología de la ciencia, pues ¿cómo dar cuenta de algo así como la “transparencia” del conocimiento científico? ¿Cómo poner de relieve la voluntad de poder y la condición cultural de la ciencia si, como soñó Bacon, ésta es el espejo de la naturaleza?

El problema de la supuesta “transparencia” del lenguaje científico, que es el mismo que el de la invisibilidad del poder, puede considerarse uno de los retos más significativos de la antropología contemporánea. Frente a otros productos y estructuras culturales que hacen más explícitos sus valores, su particularidad, su adscripción a un mundo moral local, el discurso científico ha mostrado una especial opacidad al análisis cultural como consecuencia de su propia presentación como sistema desideologizado, universal, apolítico y extramoral (en el sentido de libre de valores). En el caso de los estudios antropológicos sobre la biomedicina, que son los que he seguido más en profundidad, el problema de la transparencia se ha afrontado desde fórmulas diversas que oscilan entre un culturalismo (hermenéutico o fenomenológico) más o menos crítico y los planteamientos materialistas en sus diferentes versiones marxistas y neomarxistas. Así, la biomedicina ha sido entendida como un sistema cultural (Burri y Dumit 2007), como un sistema *de y para* la realidad (Rhodes 1990), como una estructura de conocimientos

y prácticas tan imbricada *con* como dependiente *del* capitalismo (Baer 1987), como un campo de la biopolítica o incluso de la ecobiopolítica (Olson 2010), o como un entrenamiento social de la mirada (Good 1994), por poner sólo algunos ejemplos. En todos estos casos, el elemento de fondo que ha permitido capturar la condición sociopolítica de la biomedicina ha sido su re-ubicación en el mundo de los fenómenos sociales y el tratamiento de la “transparencia” como una forma de enmascaramiento.

El asunto puede plantearse en términos sintéticos: la biomedicina no sería una copia de los hechos sino una representación de ellos y, en consecuencia, su presentación como sistema aséptico y libre de valores respondería a una estrategia de ocultación de su dimensión socio-política. Al negar las relaciones sociales de producción del conocimiento y la praxis biomédicos, toda voluntad de poder sería omitida para dejar paso a una aureola de neutralidad. Estaríamos, así, ante un curioso sistema cultural en donde el poder se muestra a sí mismo al encubrirse. Ahora bien, ¿Cómo la biomedicina construye la ilusión de la transparencia?

Lo que sigue es un intento de responder a esta pregunta analizando tres artificios utilizados para generar el efecto de invisibilidad: la asocialidad, la universalidad y la neutralidad. Evidentemente, no se trata de una indagación exhaustiva, pues a estos tres operadores o cortes podríamos añadir otros íntimamente relacionados como el naturalismo, el individualismo, la atomización de los fenómenos, la mercantilización o la negación de la eficacia simbólica en el proceso terapéutico. Tampoco se trata de una empresa comprensiva de la totalidad de la biomedicina. Más bien, aquí voy a enfatizar el territorio particular de la psiquiatría biomédica; una especialidad que se caracteriza por sus intentos de mimesis con el ideal de la copia de los hechos y, como veremos, también por la exacerbación de este tipo de artificios.

Artificio 1: desocializar

Hay dos textos, entre otros muchos, que resultan útiles para poner en evidencia la dimensión sociopolítica de la biomedicina. El primero es el polémico *Death without Weeping* (1992) de Nancy Scheper-Hughes, donde la autora investiga y reflexiona sobre el fenómeno dramático del hambre en el Brasil de la década de los ochenta. Tras describir las condiciones de vida de las *favelas* y su impacto en la mortalidad y morbilidad de esta población, la antropóloga de Berkeley apunta que la estrategia del poder ha consistido en medicalizar el hambre con el objeto de convertir en un asunto individual algo que a todas luces es un problema social de gran magnitud. A ello habrían contribuido procesos de hegemonía —en el sentido gramsciano de la palabra— y de mistificación del

hambre en la forma de enfermedades en donde la biomedicina habría mostrado una sutil funcionalidad política: la desactivación de la conciencia social de los *favelados* sobre sus condiciones de existencia.

El segundo es un trabajo publicado por Michael Taussig unos años antes titulado "*Reification and the consciousness of the patient*", donde se subraya la capacidad de enmascaramiento de la biomedicina. En este caso, y siguiendo los trabajos de Lukács (1990:90) sobre el problema de la reificación y la conciencia del proletariado, el autor discute sobre la cosificación de una paciente/informante de clase obrera de cuarenta y nueve años diagnosticada de polimiositis (una enfermedad muscular). Con tono polémico, Taussig nos dice que los signos y los síntomas de una enfermedad, así como la tecnología médica, no son "cosas en sí mismas". Tampoco son realidades exclusivamente biológicas o físicas, sino "signos de las relaciones sociales" que han sido disfrazados como realidades naturales (1980:1). De esta manera, Taussig entiende los síntomas y los signos como fenómenos que condensan componentes contradictorios de la cultura y las relaciones sociales que los profesionales de la biomedicina tienden a invisibilizar y a observar como realidades individualizadas y por tanto deshistorizadas y desocializadas, e insisten en ello a la hora de transmitir esta información al paciente. Al negar el componente social de los signos y síntomas, la biomedicina introduce una reificación de las relaciones humanas que permite lo que Lukács definía como una "objetividad fantasmal", una mistificación por la que el mundo se convierte en una serie de objetos apriorísticos que responden a su propia fuerza y ley natural.

Tanto el trabajo de Scheper-Hughes como el de Taussig destacan la instrumentalización política de la biomedicina. En el primer caso en el contexto de una población sujeta a hambrunas crónicas. En el segundo, en una paciente que rechaza el encapsulamiento de su enfermedad en una dimensión puramente individual y que, en consecuencia, es acusada por los profesionales de falta de colaboración. Con todo, lo que despierta nuestra curiosidad en este punto no es el fenómeno de la instrumentalización, sino aquello que permite establecer esta instrumentalización; esto es: sus artificios. Porque ¿de dónde surge esta capacidad individualizadora de la biomedicina?, ¿qué artificio simbólico e ideológico permite que alguien pueda entender un problema de salud como algo personal y por tanto no achacable a una estructura de relaciones sociales y condiciones económico-políticas? Dicho en otros términos, ¿qué hace invisible a ese poder que se está expresando a través de la biomedicina? En cierta medida, la respuesta ya está presente en el concepto de reificación de los signos y síntomas que nos propone Taussig. No obstante, esta afirmación requiere de algunas matizaciones.

No hace falta llegar al argumento totalizador de Taussig para observar una tendencia en la biomedicina a la reificación de los fenómenos. La propia terminología médica nos

ofrece pistas sobre esta cosificación cuando por ejemplo define dos términos como el de signo y síntoma. El signo, también llamado signo físico o síntoma objetivo, sería la evidencia objetiva de una enfermedad en tanto que definida por el profesional. Signos físicos serían la fiebre, los eczemas o incluso la representación radiográfica de un enfisema pulmonar. Por otro lado, el síntoma, también llamado síntoma subjetivo, sería la evidencia subjetiva de una enfermedad. Algunos manuales indican que sería la propia expresividad del paciente cuando denuncia, a través del lenguaje, un malestar, ya sea físico, psíquico o ambas cosas a la vez.

Pues bien, una de las estrategias de la biomedicina es reconvertir los síntomas en signos, las expresiones del paciente en indicios naturales que sólo puedan ser tratados en la dimensión somática. De esta manera se establece una anulación interpretativa de los procesos sociales, pues al sacudir al enfermo y su mundo fuera de la esfera de la enfermedad, el clínico construye la ilusión de estructuras biológicas con su propia lógica. La enfermedad ya no es más queja y vivencia, sino un fenómeno natural como los ciclones o los terremotos³.

Este tipo de procedimiento resulta frecuente en los contextos de la psiquiatría biomédica que hemos analizado en otros trabajos (Martínez Hernández 2000b, 2006). El clínico lleva a cabo una búsqueda de indicios y “hechos” que le permitan elaborar un diagnóstico y pautar un tratamiento somático. Como hoy por hoy no se dispone de un saber corroborado sobre las bases biológicas de gran parte de los trastornos mentales, ni tampoco se cuenta con tecnología médica que permita revelar disfunciones mediante pruebas diagnósticas, la búsqueda se ve limitada a la observación de los signos físicos manifiestos, cuando éstos existen, y a la interpretación de los síntomas del paciente en clave de expresiones más o menos directas de supuestas alteraciones neuroquímicas o neurohumorales.

En la medida en que los trastornos mentales son entendidos bajo la analogía de las enfermedades físicas, la única diferencia con el procedimiento biomédico radica en la obligada circunscripción a un ámbito más fenoménico o, dicho de otra manera, en la dificultad de responder a ese ideal biomédico de penetración de la mirada clínica en el espacio de los órganos en busca de la etiología específica, de la lesión, del órgano

3 Este fenómeno de naturalización ha sido definido como la “construcción terapéutica de la trama” y lo hemos desarrollado en un trabajo anterior (2000b) poniendo en evidencia el papel del exceso de “intención del lector”: la “reader’s domination”. Como bien ha apuntado Dumit (2010:56) en una ampliación de mi formulación original, esta lógica de dominación puede englobar tanto al “autor” narrativo como al lector en los contextos de la modernidad mediatizados por los movimientos sociales de pacientes y el marketing de la *Direct-to-consumer Advertising*. En realidad, los modelos biomédicos sobre la enfermedad y la aficción traspasan las fronteras de este sistema experto para involucrar los saberes profanos. Medicalización, hegemonía e inculcación son algunos conceptos que han permitido explicar este proceso. Para una formulación en esta línea, véase Martínez-Hernández (2006).

enfermo. Esto hace de la psiquiatría biomédica un territorio privilegiado para observar los procesos de naturalización de los síntomas, del manejo de éstos como si fueran signos físicos, pues aquí se encuentran más presentes las hipérbolos de la biologización como resultado del intento de mimesis con un estilo biomédico aún inalcanzado⁴.

En un análisis sugerente, Brown (1991:255) ha definido el encuentro clínico en psiquiatría como la oposición entre el paciente que cuenta una historia (su propia historia) y el profesional que atiende a esta historia como una historia de misterio en la que se revelan pistas e indicios. Y la idea que introduce este autor parece en principio acertada, puesto que en estos casos los síntomas, más que significados, conforman una especie de lenguaje de hechos. Pensemos en el humo del tabaco de pipa aún flotando en la atmósfera, el barro en los zapatos de Mister X, el pedazo microscópico de una alfombra persa que ofrece a Sherlock Holmes una valiosa información mediante la abducción. De una manera aparentemente similar, el clínico desgrana las manifestaciones del paciente, pero no para recrearse en ellas, sino para reconvertirlas en un repertorio de hechos: “inquietud moderada”, “pérdida brusca de peso”, “insomnio”; pero también: “sentimientos de desesperanza”; etcétera. Bien podemos decir que aquí los síntomas son llevados a un plano de reificación como el barro que mancha los zapatos o el humo que proviene de la pipa. Hay un proceso de inferencia por el cual lo dicho por el paciente se convierte en una lógica de hechos reales, huellas, indicios, señales naturales, cuyo significado depende del proceso lógico-conceptual del destinatario. De esta manera, el sentido autóctono se desvanece, porque es lego, profano, inexperto y desconoce el verdadero código por el cual un conjunto de fenómenos adquieren sentido; por ejemplo: la pérdida de peso, los sentimientos de desesperanza, el decaimiento matinal, las ideas de suicidio y el insomnio como manifestaciones de la depresión.

Pero no todo son similitudes entre el procedimiento clínico y la investigación criminológica. El psiquiatra también busca, como Holmes, a un culpable. No obstante, los signos que maneja el psiquiatra hablan de emisores naturales que pueden universalizarse, mientras que el detective se las ha de haber con situaciones socialmente particulares, porque en ellas ha intervenido una intención humana, un “móvil”, que no deja de ser una especie de resocialización de las señales mediante la introducción de la sospecha de una autoría. Por esta razón, y a pesar de la sugerente idea que nos proporciona Brown en su “Psychiatric Intake as a Mystery Story” (1991), la analogía del clínico con el detective no es válida, porque en el fondo es inversa: el primero naturaliza lo social; el segundo, contrariamente, introduce una voluntad humana en las huellas y los indicios físicos.

⁴ Esta actividad imitativa se corresponde en gran medida a los fundamentos de lo que Canguilhem llamó “ideologías científicas”: reproducir el estilo científico desde “un campo lateral desde donde se mira oblicuamente”. Véase Canguilhem (1993:44)

El ejercicio de “desprendimiento” de lo social que se produce en la observación clínica puede interpretarse como un artificio cultural encaminado a la construcción de una ilusión de transparencia del lenguaje biomédico que opera en un doble plano. En un primer nivel, el objeto (la enfermedad) es reducido a una situación presocial, a un mundo de vísceras, disfunciones biológicas y desequilibrios neurohumorales. Esto permite construir la idea de que lo que está en juego tiene poco que ver con la biografía y con el contexto social. En un segundo nivel, la desocialización del objeto (el paciente ya reconvertido en enfermedad) evita cualquier interpelación, al menos en un sentido prioritario, sobre lo social del sujeto (el clínico) y permite desocializar las propias interpretaciones clínicas. La reificación adopta, así, un carácter de doble negación de las relaciones sociales, tanto en el plano del objeto como del sujeto. De esta forma, se construye un mundo de fenómenos naturales que pueden ser “copiados” sin interferencias, pues lo social ha sido ocultado por un proceso de reificaciones y desprendimientos.

Artificio 2: universalizar

Como una derivación del proceso de naturalización al que la psiquiatría biomédica somete los fenómenos que estudia y sobre los que interviene, aparece otra metáfora con gran poder evocativo de transparencias e invisibilidades. Me refiero a la universalización de los fenómenos, a su comprensión como elementos ajenos a un contexto local y particular. Hasta cierto punto este sesgo tiene que ver con la adopción de una perspectiva biológica, pero sólo hasta cierto punto, puesto que tendencias como la biología evolucionista entienden su cometido como la explicación de la diversidad y variación de la vida en los diferentes ecosistemas, de igual manera que la biología radical se muestra sensible a la diversidad generada por la dialéctica entre naturaleza y cultura. Más bien deberíamos hablar en el caso de la psiquiatría biomédica de un determinismo o reduccionismo biológico en donde la biología se corresponde con una especie de orden inmutable, universal, independiente de la vida social y determinante de esta misma vida, mientras que la cultura se percibe como una derivación epifenoménica de ese orden esencial.

Este ejercicio reduccionista puede hacerse explícito a partir de defensas monistas y unidireccionales de la relación cerebro-mente o de sentencias ya clásicas como que toda enfermedad mental es siempre una enfermedad cerebral. No obstante, también este reduccionismo puede cohabitar en el plano retórico con expresiones como el popular “enfoque biopsicosocial”, donde se puede rastrear una jerarquía al hilo del propio término (bio-psico-social) que tiene su correlato a nivel profesional. Piénsese que en el ámbito clínico la esfera “bio” es el espacio del psiquiatra y también de las terapias

orgánicas, fundamentalmente de tipo psicofarmacológico y electroconvulsivo, mientras que el dominio “psico” se asocia con el rol del psicólogo y el término “social” con el papel del trabajador social. En esta jerarquía profesional existen posibilidades de invasión profesional hacia abajo (de lo biológico a lo social), pero nunca hacia arriba (de lo social a lo biológico). Adicionalmente, los criterios de universalidad y particularidad parecen correlacionarse respectivamente con estos polos “biológico” y “social”, de tal manera que el orden de lo necesario se corresponde con el territorio del psiquiatra y el orden de lo anecdótico con el de los otros profesionales. La psiquiatría biomédica, sin embargo, encuentra algunos obstáculos en la puesta en práctica de este reduccionismo.

Ya se ha comentado que uno de los problemas de la clínica psiquiátrica contemporánea es la falta de un conocimiento corroborado de tipo etiológico y fisiopatológico sobre la mayoría de los trastornos mentales. Es cierto que existen diferentes hipótesis sobre la causa de trastornos como la esquizofrenia o la depresión, como la teoría dopaminérgica para la primera o la serotoninérgica para la segunda, por citar sólo algunas de ellas. Con todo, una hipótesis no es una corroboración, ni una conjetura es una certeza. Por esta razón, las clasificaciones psiquiátricas actuales son clínicas (centradas en los signos y síntomas) y/o patocrónicas (basadas en el curso), pero no etiopatogénicas (causales) o anatomopatológicas (de localización del trastorno). En otras palabras, lo que articula las clasificaciones diagnósticas no es un conocimiento fisiopatológico de los procesos mórbidos, sino las manifestaciones externas de estos procesos. Unas manifestaciones que, a pesar de las tentativas homogeneizadoras de la psiquiatría biomédica, muestran una importante variabilidad transcultural. Veamos un ejemplo: en el *Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders* de la OMS, una investigación llevada a cabo en cinco países (Canadá, India, Irán, Japón y Suiza), se apunta que es una “evidencia inequívoca” que la depresión existe en diferentes culturas y que manifiesta síntomas y pautas universales que pueden ser discriminados transculturalmente (Jablensky et al 1981:382). Sin embargo, cuando analizamos los datos encontramos que: a) mientras los “sentimientos de culpa y autorreproche” aparecen en el 68% de la muestra suiza, sólo están presentes en un 32% en la de Irán; b) que las ideas de suicidio exhiben cierta diversidad en su frecuencia: 70% en Canadá frente al 46% en Irán; c) que la agitación psicomotora tuvo una frecuencia media de 42% mientras que en Teherán fue del 64%; y d) que la somatización es mayor en Irán (57%) que en la muestra de Canadá (27%) o de Suiza (32%) (Jablensky et al. 1981; Marsella et al. 1985:305; Thornicrof & Sartorius 1993:1023). Una pregunta pertinente en este punto es: ¿dónde están los “síntomas universales” de la depresión en estos datos? Y más si tenemos en cuenta que los propios investigadores reconocen una sobrerrepresentación de los casos de pacientes occidentales y occidentalizados en países como India o Irán (Jablensky et al. 1981:382),

así como una mayor presencia de somatización en estos contextos nacionales frente a la “psicologización” que, según ellos, caracteriza a la depresión en los países occidentales.

La tensión entre una diversidad sintomatológica a nivel transcultural y un ideal biomédico de universalidad de la patología produce un efecto curioso de autocontradicción. La depresión, por no entrar ya en ese paisaje de diversidades locales que son los *culture-bound syndromes*, muestran una evidente variabilidad fenoménica; sin embargo, se insiste en la existencia de una uniformidad que atraviesa las fronteras culturales y nacionales y que dota a la enfermedad de una esencia invariable y –lo que resulta más sorprendente– discernible para el clínico. La pregunta en este punto es: ¿qué presupuesto teórico se invoca para congeniar esta contradicción?

La fórmula más frecuentada en psiquiatría para resolver el problema de la variabilidad de la sintomatología ha sido la aplicación del llamado modelo patogenia/patoplastia. Se trata de un par de conceptos introducidos por psiquiatras del siglo XIX como Kahlbaum, Kraepelin y Birnbaum que, en la era de la psiquiatría biomédica, han recobrado renacida actualidad. En síntesis, el modelo consiste en defender la existencia de una dimensión patogénica universal e invariable (la patogenia) de los trastornos mentales que cohabita con una fenomenología mudable (la patoplastia). De esta forma se intenta congeniar la presunta universalidad de la psicopatología con la diversidad transcultural de sus manifestaciones, pues la patogenia sería el núcleo duro y esencial de la enfermedad, mientras que la patoplastia sería el orden epifenoménico y contingente. Como es de esperar, en esta concepción la patogenia sería a la biología como la patoplastia a la cultura. Ahora bien, aquí aparece un problema no poco importante, ya que ¿cómo definir la patogenia cuando los únicos datos disponibles remiten a la patoplastia?

Debido a que no existe la posibilidad de trascender el nivel puramente fenoménico de los trastornos mentales, la psiquiatría biomédica suele vincular la patogenia con la forma del síntoma y la patoplastia con su contenido. Leff, que es un psiquiatra precisamente conocido por su sensibilidad transcultural, nos lo explica en *Psychiatry Around the Globe*:

In defining a symptom, it is necessary to make a distinction between form and content. Symptoms in psychiatric conditions are what patients tell you about their abnormal experiences. The form of a symptom comprises those essential characteristics that distinguish it from other, different symptoms. The content may be common to a variety of symptoms and is derived from the patient's cultural milieu. Thus severely depressed patients may hear voices telling them they are either criminals or sinners. The religious patient is more likely to hear the latter, and the non-religious, the former. What they both experience in common are auditory hallucinations of a derogatory nature, and it is this that gives the symptom its distinctive character. (Leff 1988:3-4)

Con esta fórmula, la diversidad sintomatológica no parece presentar un desafío a la clínica. Mientras se respeta una evidente variabilidad, se hace énfasis en que la forma (o signifiante) es lo verdaderamente importante, pues es la que permite inscribir los síntomas en un marco nosológico determinado. Por su lado, el contenido (o significado) es observado como una realidad afectada mayormente por la cultura, pero a la vez secundaria para el discernimiento de los cuadros psicopatológicos. Sin embargo, si reflexionamos atentamente, la fórmula en cuestión no ofrece una solución para una parte importante de los casos.

Tomemos, en primer lugar, el ejemplo de la alucinación que introduce Leff. De su texto se puede deducir que es viable discriminar una alucinación al margen de la diversidad de su contenido. Ahora bien, el problema es que como indica el propio DSM-IV-TR (APA 2000) —el marco de referencia por excelencia de la psiquiatría biomédica— una alucinación no siempre es un fenómeno patológico. Por ejemplo, entre diversos grupos amerindios es frecuente que ante una situación de duelo por la pérdida del cónyuge aparezcan experiencias auditivas en donde el fallecido se dirige a su cónyuge desde el más allá (Kleinman 1988:11). De hecho, para conocer verdaderamente si estamos ante una alucinación patológica es importante interpretar su contenido de acuerdo con el código cultural en el que se inscribe, a no ser que queramos confundir una forma consuetudinaria de vivir el duelo con un síntoma psicótico ligado a presumibles alteraciones de las vías dopaminérgicas cerebrales. En otras palabras, debemos saber si esta experiencia es congruente o no en el ámbito cultural del paciente. Y aquí la cuestión ya no será un problema de simple variabilidad de contenido, sino que el propio contenido (voces del cónyuge fallecido de un amerindio) tendrá la virtud de indicarnos si se trata de un proceso patológico o de una experiencia normal y normativa en su entorno.

Pero los juegos entre forma y contenido son incluso más complejos. Una sencilla pregunta puede ilustrar nuestras dudas: ¿La diferente manifestación de la depresión en síntomas de somatización y de psicologización qué es, una diferencia de forma o de contenido? En este caso nos encontramos con una situación inversa a la de las alucinaciones auditivas, pues es evidente que somatizar y psicologizar son formas expresivas diferentes. Incluso podemos pensar que un mismo contenido puede expresarse en los dos tipos de lenguaje: en el verbal y en el corporal. Un individuo puede verbalizar un sentimiento de tristeza o simplemente llorar, sentir un nudo (o vacío) en el estómago, expresar decaimiento o mostrar somáticamente un dolor de espalda. Esto es, en esta ocasión estamos ante una inversión del caso de la alucinación auditiva, porque ahora el contenido (la tristeza o, si se prefiere, el ánimo deprimido) es invariable y, en cambio, la forma (somatización, sentimientos de desesperanza, decaimiento, etc.) es variable. ¿Cuál será en este caso el criterio para definir lo patogénico y lo patoplástico, la forma o el contenido?

Lo curioso de este modelo teórico es que muestra fragilidades tanto si queremos hacer predominar la forma como el contenido. ¿Por qué, entonces, este énfasis en establecer que la forma es el núcleo patogénico fundamental? ¿Cuál es verdaderamente el modelo que se maneja bajo la polaridad patogenia-patoplastia?

En el texto de Leff se esboza un proceso de generalización característico del reduccionismo biológico: un conjunto de experiencias diversas son reconvertidas en signos físicos. Con este procedimiento, los síntomas y las expresiones del paciente quedan despojados de su contextualización cultural para ser modelados como indicios naturales universales cuyo contenido depende, ya no del paciente, sino del profesional. De esta manera, los síntomas se convierten en fenómenos “observables” bajo el modelo de los signos físicos que son recodificados en la mente de un destinatario médico entrenado para dotarlos de una inusitada uniformidad. La universalización de los fenómenos adquiere, así, condición de artificio cultural, porque es la mirada del investigador, sea éste clínico o epidemiólogo, la que está construyendo la ilusión de la regularidad mediante modelos como el de patogenia/patoplastia y forma/contenido. Así percibido, la “copia de los hechos” se convierte en un operador cultural que substituye la diversidad de los “hechos” por una “copia” imaginada de formas invariables.

Artificio 3: ¿un lenguaje extramoral?

Si los trastornos mentales son independientes de todo trasfondo social y por tanto universalizables al margen de sus variaciones locales, parece entonces viable pensar en el carácter neutral, objetivo, racional y libre de valores del conocimiento psiquiátrico. En otras palabras, tanto la investigación epidemiológica como el quehacer terapéutico podrán percibirse como procesos asépticos en donde los valores del profesional no serán relevantes. La psiquiatría biomédica se presentará, de esta guisa, como un sistema de conocimiento libre de metáforas, como una “copia de los hechos” carente de emborronamientos y distorsiones. También las conexiones existentes entre el desarrollo de la ciencia biomédica y los factores sociales, políticos y económicos quedarán silenciadas. Ahora, sólo tendremos ante nosotros un sistema de conocimiento que refleja la naturaleza y que no está sujeto a sesgos ideológicos o a prejuicios morales. Según Mishler, la funcionalidad de este punto de vista es obvia: “Thus, the view of medicine as a science serves to justify physicians’ control over technical, esoteric knowledge, and at the same time, such control supports, claims for professional autonomy and self-regulation.” (Mishler 1981:18)

La idea de la propia autonomía del grupo profesional es uno de los argumentos más reiterados en la literatura biomédica. La biomedicina se percibe a sí misma como un

sistema aparte de la vida social, que flota según su propia lógica y que es independiente de las fuerzas económico-políticas y de la historia. De ahí algunas afirmaciones que resultan sorprendentes para cualquier científico-social, como la que apunta Klerman, uno de los representantes más emblemáticos de la psiquiatría biomédica: “In discussing the history of psychiatry, one of my premises is that professional groups, such as a medical specialties, are able to determine their own destiny.” (Klerman 1984:539)

No es extraño que en las producciones de la psiquiatría se amplifiquen los rasgos ideológicos del modelo biomédico. Esta especialidad ha tenido que defender históricamente su parcela de conocimiento entre las ciencias médicas con el problema añadido de saber que en su campo sólo podían delinearse tímidamente los éxitos de la biomedicina: conocimiento de la etiología, localización de lo patológico, paliación de las enfermedades, etc. En la afirmación de Klerman se revela, así, todo un proyecto de construcción positiva que trasciende las fronteras de la historia de la psiquiatría: la biomedicina se regula a sí misma, es dueña de su propio destino.

Esta misma idea de neutralidad es traspasada sin diferencias perceptibles al terreno de la práctica clínica. Como dice Guze en un artículo programático de la orientación biomédica en psiquiatría:

Whether the diagnosis is [...] mania, schizophrenia, or obsessional neurosis [...] is more important treatment, course or outcome than whether the individual is male or female, black or white, educated or ignorant, married or divorced, well adjusted or not, religious or not, etc. (Guze 1977:225)

En esta cita es evidente que el diagnóstico emerge como una actividad neutral que no debe verse afectada por la diversidad étnica, de sexo, edad, religión y clase social. Lo importante son las enfermedades, su tratamiento, curso y evolución, no los atributos sociales de los enfermos. Sin embargo, esta conclusión se contradice con algunos estudios sobre la hospitalización de los pacientes de acuerdo con su adscripción étnica. Como indican Snowden y Cheung en un análisis comparativo del “uso” de los servicios de salud mental por parte de las “minorías étnicas” en Estados Unidos:

Blacks and Native Americans are considerably more likely than Whites to be hospitalized; Blacks are more likely than Whites to be admitted as schizophrenic and less likely to be diagnosed as having an affective disorder; Asian American/Pacific Islanders are less likely than Whites to be admitted, but remain for a lengthier stay, at least in state and county mental hospitals. (1990:347)

Las diferencias entre las expectativas de Guze y los resultados de un estudio como el de Snowden y Cheung son lo suficientemente evidentes para hablar por sí mismas. Donde Guze percibe neutralidad de la ciencia, los datos indican parcialidad de sus practicantes. El diagnóstico, la hospitalización psiquiátrica y la duración de esta hospitalización desvelan, en su juego de variaciones étnicas, la fragilidad de esa idea de neutralidad que sitúa a la clínica, de forma claramente antirreflexiva, como una práctica aséptica e impermeable a las realidades sociales. En este sentido, no sorprende que la biomedicina haya sido percibida desde la antropología como un peculiar sistema cultural cuya ideología precisamente se desvela en sus intentos de desideologización, en su presentación como ciencia y técnica aséptica.

Pero no todo el problema se debe a la discrepancia entre práctica ideal (el planteamiento de Guze) y práctica real (los resultados de Snowden y Cheung). Si fuera sólo eso, la neutralidad de la psiquiatría podría entenderse como un valor postulado, como un horizonte que simplemente no puede ser alcanzado en su plenitud. El problema se acrecienta cuando fijamos nuestra atención en la estructura de las propias nosologías y en sus criterios diagnósticos.

Este es el caso de los manuales diagnósticos más recientes de la Asociación Americana de Psiquiatría, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (el DSM-III, el DSM-III-R, el DSM-IV, el DSM-IV-TR y el anunciado DSM-V). En ellos, y después de una clara autoproclamación como manuales ateóricos —“como el DSM-III es en general ateórico” (APA 1983:10, APA 1987:11)— y neutrales desde el punto de vista del uso de criterios morales o ideológicos —“Ni el comportamiento desviado (p. ej. político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales” (APA 1995:xxi)—, el lector puede observar la vulneración de estos mismos principios en algunas nosologías. Por ejemplo, según el DSM-IV-TR (2000), para diagnosticar un “trastorno antisocial de la personalidad” se requieren tres o más de los siguientes ítems: (1) “fracaso para adaptarse a las normas sociales”, (2) “deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias...”, (3) “impulsividad o incapacidad para planificar el futuro”, (4) “irritabilidad y agresividad”, (5) “despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás”, (6) “irresponsabilidad persistente” y (7) “falta de remordimientos”. ¿Dónde está aquí la neutralidad y la independencia moral a la que aluden los autores de estos manuales diagnósticos? Incluso en el DSM-III-R, la versión anterior al DSM-IV, se llegaba a utilizar como criterio diagnóstico de este mismo trastorno conductas como “no mantener una relación totalmente monogámica durante más de un año”. Este juicio ha desaparecido afortunadamente de los criterios del DSM-IV, aunque no totalmente, pues se utiliza como ejemplo en el texto que explica más a fondo las características diagnósticas de este supuesto trastorno. Pero fijémonos en las posibles

combinaciones de tres criterios, como la que sigue: “fracaso para adaptarse a las normas sociales”, “deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias...” y “falta de remordimientos”. ¿Acaso esta combinación no es aplicable a cualquier activista político en la clandestinidad?

Evidentemente, algo falla en la congruencia del ideal biomédico de neutralidad cuando los prejuicios morales pueden convertirse en criterios diagnósticos o la adscripción étnica del paciente puede revelarse como un predictor de error diagnóstico. Y es que, como apuntaba George Canguilhem en *La Connaissance de la Vie*, siempre subyace una dimensión moral y normativa a todo intento de definir lo normal y lo patológico (1992:69). Ese componente normativo es precisamente el que aquí trata de negarse, hasta tal punto que en la irreflexividad de no pensarse como sistema social, la búsqueda de un conocimiento racional es sustituida por una especie de “sentido común” profesional.

A modo de conclusión

En este texto he tratado de reflexionar sobre cómo los principios de asocialidad, universalidad y neutralidad pueden entenderse como artificios que encubren la condición cultural y sociopolítica de la psiquiatría biomédica. Se trata de artificios que operan en la doble dimensión del objeto y del sujeto de conocimiento, ya que al reificar el objeto y atomizarlo como un *a priori* natural, el sujeto se convierte en invisible bajo ese modelo creador de transparencias que es la “copia de los hechos”. La asocialidad, la universalidad y la neutralidad son, en realidad, formas de negar la construcción sociopolítica del objeto por parte el sujeto cognoscente. La “transparencia” deviene, así, como resultado de un quehacer irreflexivo sobre la propia naturaleza y provisionalidad del conocimiento que, a la vez que se contradice con la propia definición de método científico, se acerca a la de cientifismo, entendiendo este último término como esa contradicción *in termini* que es la fe de la ciencia en sí misma.

Se puede pensar que al negar la dimensión social de su existencia, la psiquiatría biomédica resuelve algunos conflictos que podrían paralizar su desarrollo técnico y su universo de aplicaciones. Es sabido que la biomedicina es una técnica que necesita de cierta rapidez de movimientos y que de ella se espera acción más que pensamiento. No obstante, también es cierto que al rehuir un conocimiento sobre sus propias condiciones de conocimiento se deja de lado la posibilidad de una reflexión sobre las estructuras de poder en donde se inserta la práctica clínica, la investigación epidemiológica y la elaboración de las propias categorías diagnósticas. También se dificulta la aplicación de modelos alternativos y más comprehensivos, como el paradigma de la vulnerabilidad

o la idea de la co-producción socionatural de las enfermedades y las aficciones. En este punto, la tarea de la antropología médica ha consistido en mostrar la imbricación entre biomedicina y vida social y en apuntar otras posibilidades explicativas que devuelvan a las enfermedades, trastornos y aficciones su condición de realidades biosociales. Nuestra aportación se inscribe en este contexto, aunque el objetivo aquí no haya sido analizar las estructuras sociopolíticas de la biomedicina sino el propio ejercicio de su encubrimiento.

Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1983) *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1987) *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd revised edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1995) *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2000) *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2010) *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5-Development*. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx> , accessed 11 november, 2010.
- BAER, H.A. (Ed.) (1987) *Encounters with Biomedicine: Case Studies in Medical Anthropology*. New York: Gordon and Breach.
- BROWN, P. (1991) "Psychiatric Intake as a Mystery Story". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17, pp.255-80.
- BURRI, R.V AND DUMIT, J. (Eds.) (2007) *Biomedicine as Culture: Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*. London & New York: Routledge.
- CANGUILHEM, G. (1992) *La Connaissance de la Vie*. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin

- CANGUILHEM, G. (1993) *Idéologie et Rationalité dans l'Histoire des Sciences de la Vie*. Paris, Librairie Philosophique J. Vrin.
- DUMIT, J. (2004) *Picturing Personhood. Brain Scans and Biomedical Identity*. Princeton: Princeton University Press.
- DUMIT, J. (2010) "Pharmaceutical witnessing: drugs for life in an era of Direct-to-consumer Advertising", in Edwards, J. et al (Eds.) *Technologized Images, Technologized Bodies*, New York: Bergham Books, pp.37-64.
- FLOWER, M. J. AND HEATH, D. (1993) "Micro-anatomo politics: Mapping the Human Genome Project", *Culture, Medicine and Psychiatry* 17, pp.27-41.
- GOOD, B. (1994) *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective. Lewis Henry Morgan Lectures*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GRAMSCI, A. (1985) *Introducción al estudio de la filosofía*. Barcelona: Crítica.
- GUZE, S.B. (1977) "The future of psychiatry. Medicine or social science?". *The Journal of Nervous and Mental Disease* 165, pp.225-30.
- HABERMAS, J (1984) *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
- HAHN, R. AND GAINES, A. (Eds.) (1985) *Physicians of Western Medicine*. Dordrecht: Reidel.
- HAHN, R., AND KLEINMAN, A. (1983) "Biomedical practice and anthropological theory", *Annual Review of Anthropology* 12, pp.305-33.
- HEATH, D. AND RABINOW, P. (1993) "An introduction to bio-politics: The anthropology of the New Genetics and Immunology", *Culture, Medicine and Psychiatry* 17, pp.1-2.
- JABLENSKY, A. ET AL. (1981) "Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four cultures. A report from the WHO collaborative study on the assessment of depressive disorders", *Acta Psychiatrica Scandinavica* 63, pp.367-383.
- KLEINMAN, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, A. (1988) *Rethinking Psychiatry: from Cultural Category to Personal Experience*, New York: The Free Press.
- KLERMAN, G.L. (1984) "The advantages of DSM-III", *American Journal of Psychiatry* 141, pp.539-42.
- LEFF, J. (1988) *Psychiatry around the Globe* (2nd Ed.), Plymouth: Gaskell.
- LOCK, M, AND GORDON, D. (Eds.) (1988) *Biomedicine Examined*, Dordrecht: Reidel.
- LOCK, M. ET AL. (2000) *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LUKÁCS, G. (1990) *Historia y conciencia de clase*. México: Grijalbo.

- MARSELLA, A.J. ET AL. (1985) "Cross-cultural studies of depressive disorders: An overview", in Kleinman, A. & Good, B. (Eds.), *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, Berkeley: University of California Press, pp.305-324.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2000a) "Rendere visibile l'invisibile", *AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica* 9-10, pp.9-34.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2000b) *What's Behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*. London and New York: Routledge.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2005) "Metáforas ocultas. Sobre la invisibilidad del poder biomédico", in Pérez-Taylor, R. *IV Coloquio Paul Kirchhoff Las expresiones del poder*, México DF: Publicaciones de la UNAM, pp.219-233.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2006) "La mercantilización de los estados de ánimo", *Política y Sociedad* 43 (3), pp.43-56.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2010, en prensa) "Biomedical psychiatry and its concealed metaphors: An anthropological perspective", *Collegium Antropologicum*.
- MENÉNDEZ, E. (1981) *Poder, estratificación y salud*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- MISHLER, E.G. (1981) "Viewpoint: Critical perspectives on the biomedical model", in Mishler, E.G. (Ed.) *Social Contexts of Health, Illness and Patient Care*, Cambridge: Cambridge University Press, pp.9-23.
- OLSON, V. A. (2010) "The ecobiopolitics of space biomedicine", *Medical Anthropology* 9(2), pp.170-193.
- PÁLSSON, G. (2007) *Anthropology and the New Genetics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- PINCH, T.J. AND BIJKER, W.E. (1984) "The social construction of facts and artefacts: Or How the sociology of science and the sociology of technology might benefit each other", *Social Studies of Science* 14(3), pp.399-441.
- RABINOW, P. (1996a) *Making PCR. A Story of Biotechnology*. Chicago: Chicago University Press.
- RABINOW, P. (1996b) *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton: Princeton University Press.
- RHODES, L.A. (1990) "Studying Biomedicine as a Cultural System", in Johnson, T.M., and Sargent, CF (eds.). *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, New York: Praeger, pp.159-173
- SCHEPER-HUGHES, N. (1992) *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- SEPPILLI, T. (1996) "Antropologia medica: fondamenti per una strategia". *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica* 1-2, pp.7-22.

- SEPPILLI, T. (2007) "L'antropologia tra individuo e contesto: una interpretazione sistemica della condizione umana", in Mele, A. et al. (eds.), *Salute e complessità. Viaggio nei campi del sapere*, Bologna: Il Mulino, pp.39-71.
- SNOWDEN, L.R. AND F.K. CHEUNG (1990) "Use of inpatient mental health services by members of ethnic minority groups", *American Psychologist* 45, pp.347-355.
- TAUSSIG, M. T. (1980) "Reification and the consciousness of the patient", *Social Science and Medicine* 14B, pp.3-13.
- TAUSSIG, M. T (1992) *The Nervous System*. New York: Routledge.
- THORNICROFT G, SARTORIUS N. (1993) "The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders", *Psychol Med* 23(4), pp.1023-32.
- TRAWEEK, S. (1993) "An introduction to cultural and social studies of sciences and technology", *Culture, Medicine and Psychiatry* 17, pp.3-26.