

Paradojas de la antropología médica europea¹

Josep M. Comelles*
A. Angel Martínez

En un libro muy reciente, *Writing at the Margin*, Arthur Kleinman, líder de una de las escuelas de la poderosa antropología médica norteamericana, - y por añadidura director del departamento de *Medical Anthropology* en la influentísima *Harvard Medical School* efectúa, a partir de su itinerario per-

sonal, de médico y psiquiatra a antropólogo, una cierta exaltación de su marginalidad. Visto desde mi caso, también médico y psiquiatra y posteriormente antropólogo médico catalán -que suele escribir en castellano-, la marginalidad de Kleinman suena a broma. Creo que mi sentimiento puede ser compartido por la mayoría de mis colegas europeos y latinoamericana-

* Departament d' Antropologia Social i Filosofia, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España

¹ Este texto debe mucho a la larga amistad y colaboración desde hace años con Angel Martínez Hernández reflejada en Comelles y Martínez (1993) y Martínez y Comelles (1994). Parte del mismo formaba parte de una serie de borradores que esbozaban una obra sobre antropología y psiquiatría que no llegó a terminarse, y que preparábamos conjuntamente. Con su habitual amabilidad me ha permitido utilizar los materiales conjuntos, así como materiales de su tesis de doctorado (1994). Debo

asimismo agradecer a la Maestría de Antropología médica del CIESAS su amable invitación a impartir un curso a finales de 1995, parte de cuyos materiales y sugerencias de los compañeros se han recogido aquí. Mi agradecimiento a Eduardo Menéndez, René di Pardo, Sergio Lerín, Patricia Ravelo, María Eugenia Módena, Paul Hersch y Lillían González-Chávez y a Enrique Perdigüero sus certeros comentarios a los borradores de este texto.

nos que podríamos afirmar en coro que para marginales, nosotros.

Entre Europa y América Latina -y renuncio a hablar de los africanos o de los asiáticos², la antropología médica se escribe en lenguas latinas, germánicas y eslavas y aun en finés, vasco o húngaro entre otras. Y aunque entre latinos, o entre germánicos o entre eslavos con un pequeño esfuerzo podemos aprendernos, y entre nosotros utilizamos el inglés o el francés, lo cierto es que esa atomización lingüística nos encierra a todos en un *ghetto* del que no es posible salir. Esta atomización, me impide escribir sobre la antropología médica en alemán o en sueco, aunque puedo leer la holandesa o la noruega o la alemana escrita en inglés. La hegemonía anglosajona, como antaño la francesa, supone que los demás hemos de ser, como mínimo, bilingües para que ellos sean monolingües. Pero nuestros escritos en inglés no son, las más de las veces, más que malabarismos lingüísticos en *Basic english*, cuyo objeto es un intento anecdótico de alzar el dedo meñique para afirmar que existimos en el margen que preside Kleinman (es decir en el centro). Este ejercicio de funambulismo literario en el nuevo *pidgin english* académico plantea problemas fundamentales: cómo traducir al inglés los *idioms of distress* de nuestros informantes en un inglés que es segunda, tercera o cuarta lengua; cómo explicar en inglés problemáticas que no están directamente relacio-

² Con la excepción de los antiguos y actuales súbditos de Su Graciosa Majestad, y de los antiguos *citoyens de la République*, hoy en el área del franco CFA.

nadas con las discusiones teóricas y metodológicas en las que suelen enzarzarse los mil setecientos miembros norteamericanos de la *Society of Medical Anthropology* de la *American Anthropological Association*,³ y que tienen que ver a menudo con la distribución interna del poder académico en las universidades americanas. Nuestros intereses nucleares, son para ellos anécdotas, o adoptan el carácter de esa *qualité europea* que les hace preferir el Perrier a las aguas minerales envasadas en su país.

La atomización lingüística y temática no es sólo el producto de la lengua, sino que es parte constituyente, nuclear, de la cultura y de la historia europea. Pero es también el producto de una paradoja. Cuando hablamos de antropología médica, pensamos en un marco identitario y discursivo que surge, fundamentalmente, de la antropología norteamericana y canadiense y en la que tanto la discusión sobre los objetos de estudio como la *cultura profesional* del colectivo surgen de un puñado de autores esencialmente norteamericanos y canadienses que se convierten en los *maîtres à penser*. Más aún, cuando trato de contemplar el surgimiento de antropologías médicas en Europa acabo topando, salvo relativas excepciones, con posicionamientos que se efectúan a partir de referentes norte-

³ Por citar un ejemplo, simplemente explicarles que sucede en Europa con la profesión médica cuyo empleador prácticamente único es el Estado u organismos públicos, y donde el salario de un médico suele estar en un nivel medio bajo en relación con los niveles salariales del sector privado en general.

americanos. Y estos, no hay que olvidarlo, son el producto de un contexto académico, económico y político específico, de una historia particular que nosotros incorporamos -*embodiamos*- hasta en tanto esa incorporación no muestra sus fisuras, sus desajustes y sus trampas.

Este proemio es indispensable para justificar lo que no puedo hacer en este artículo: hablar de la antropología médica europea en su conjunto para lectores latinoamericanos. Un balance, aún apresurado, implicaría leer textos en una treintena de lenguas distintas dispersos por cientos de revistas *marginales* que nunca estarán reseñadas en el *Medline* o en *Current Contents*. Por esta razón mi propósito es mucho más modesto y va a consistir en tratar de ofrecer algunas claves para entender cuál ha sido el escenario en el que se han establecido las relaciones entre medicina y psiquiatría y las ciencias sociales; en particular, con la antropología y la sociología.⁴

Mi punto de partida teórico ha sido esbozado en otro lugar tanto para las especialidades médicas (Comelles 1988), como para la antropología (Comelles 1987, Comelles y Prat 1992). La idea base es que cualquier profesión en la sociedad contemporánea, no puede explicarse al margen de su articulación específica con el desarro-

⁴ En Comelles y Martínez (1993) y Martínez y Comelles (1994) intentamos situar las líneas generales que separan los desarrollos europeos de los americanos. Por razones de política editorial no pudimos matizar suficientemente algunas de esas diferencias, y entre otras cosas hubimos de renunciar a esbozar siquiera la problemática específica de las relaciones entre antropología y psiquiatría.

llo de cada estado y con la significación que en cada uno de ellos adquiere como práctica de mediación social. En segundo lugar, el desarrollo de un campo situado en los márgenes entre la medicina y la antropología, inevitablemente debe conducir a considerar no sólo el contexto del desarrollo de la antropología como profesión, sino también el de la medicina como tal.

El error común, en Europa, ha consistido en aplicar mecánicamente al desarrollo de las distintas disciplinas y profesiones -y también a la antropología médica-, de modelos elaborados a partir de estudios de caso sobre Francia, Gran Bretaña o Estados Unidos, y postular su universalidad. En el viejo continente, fuertemente atomizado política y culturalmente, el desarrollo de cualquier disciplina o profesión es el fruto de procesos idiosincrásicos, y a menudo micro-sociales que tienen que ver con su respectivo papel en cada país como discursos orgánicos en contextos históricos, sociales y culturales específicos y que dan lugar a modelos distintos de profesionalización e institucionalización.⁵

Si tomamos la noción de modelo desarrollada por Eduardo Menéndez en relación con la medicina -el *modelo médico* (Menéndez 1978)- y en relación con la antropología -los modelos de salón, antropológico clásico, y el actual (Menéndez 1991)⁶- y la aplicamos

⁵ De ahí que la aproximación de Castel, Castel y Lovell (1980) sobre el caso de la psiquiatría norteamericana sea una buena opción metodológica de la que se deriva mi posición, la utilicé para explorar el caso de España (1988, 1991, 1991a).

⁶ Menéndez (1977, 1991) destaca la evolución del modelo clásico a un nuevo modelo más diversificado

al caso europeo, el panorama dista mucho de lo que las historias de la antropología suelen expresar.⁷ Incluso la cronología de la antropología propuesta por Menéndez ni siquiera se cumple en Gran Bretaña (Kuper 1975, Goody 1996).

La emergencia del *modelo médico* responde también a cronologías distintas. Significa unas relaciones distintas entre la práctica antropológica y la médica. El modelo médico marginó radicalmente en Europa la práctica etnográfica y el discurso antropológico holístico sostenido hasta entonces por la medicina -fruto de la herencia hipocrática-, y su suplantación por

de antropología. Creo que ésta no ha supuesto una remodelación profesional y corporativa de la disciplina al menos en Europa donde siguen existiendo reticencias importantes en relación con la antropología aplicada (ver Baré 1995), o en *nuevos campos* de la disciplina, como la antropología médica percibida como un punto de fuga venal de antropólogos hacia los intereses del modelo médico (Augé 1986). Aunque la historiografía convencional de la antropología reserva algún espacio a las antropologías nacionales europeas, suele contemplarlas a partir del *ideal type* del modelo de profesionalización que Eduardo Menéndez llama modelo antropológico clásico. Para nosotros no es el producto de un proceso universal inherente a la ciencia, sino el fruto de un proceso político-corporativo en la Norteamérica de principios de siglo. Su exportación en los cincuenta de la mano de la hegemonía norteamericana y su incorporación a las viejas *escuelas nacionales* de la antropología europea implicó adaptaciones, relecturas y compromisos distintos con otras disciplinas y sus respectivos desarrollos profesionales.

⁷ A este respecto puede ser útil la excelente deconstrucción de las historias de la antropología más comunes que ha efectuado Verena Stolcke (1993). Sugiere que la antropología clásica sirvió en Francia y Alemania para reconstruir una historia de la antropología políticamente correcta que disimulase la aportación de ambos países al racismo y al biologicismo.

otras tendencias antropológicas de raíz organicista que podían articularse mejor con sus caracteres estructurales, y con sus estrategias de formación y reproducción profesional (Comelles 1996b). Esta opción de la medicina haría muy difícil el diálogo interdisciplinar con una antropología que, en Europa, es más el fruto de una ampliación curricular en el seno de las ciencias sociales o humanas que una profesión autónoma.⁸

En la Europa de finales del siglo XIX, las cuatro ramas de la antropología clásica -la arqueología, la lingüística, la antropología física y la etnología-, eran ya autónomas. La etnología, y el folklore, estructurada en torno a museos, centros de investigación o en formaciones universitarias, ocupa un espacio marginal con un significado cultural, intelectual y político muy limitado.⁹ La

⁸ Esta argumentación la desarrollé mediante una comparación en el desarrollo de la psiquiatría en España y de la antropología, para señalar como el caso de España podía presentarse como un particularismo histórico. El caso de España permitía cuestionar la idea implícita según la cual el desarrollo del estado liberal-capitalista implicaba necesariamente un desarrollo de la psiquiatría o de la antropología como discursos orgánicos. (Comelles 1991)

⁹ El discurso relativista sobre el multiculturalismo que caracteriza al modelo antropológico clásico tenía poco que hacer en una Europa dominada por el pensamiento político jacobino y en la que las diferencias culturales o lingüísticas eran percibidas como *survivals* que una nueva cultura cosmopolita e igualitaria debía borrar del mapa. La filosofía política europea y su dispositivo de protección social se conciben bajo el criterio de la igualdad de todos los ciudadanos con independencia de su origen cultural, étnico o lingüístico, en un contexto en que las diferencias raciales son inapreciables. Por eso el folklore solo adquiere un carácter orgánico cuando actúa como discurso sobre la identidad, en los demás casos queda como un lujo cultural.

antropología física penetró en las escuelas de medicina o de biología siguiendo el modelo propuesto por Broca.¹⁰

Los estados de la cuestión anglosajones, sobre antropología médica no suelen dar cuenta de la imbricación entre la práctica médica y la práctica etnográfica o antropológica evidente tanto entre los antropólogos de salón, como en los médicos etnógrafos del siglo XIX y XX. Remiten los antecedentes de este campo a Rivers, Clemens, y a la obra americana de Ackercknetch y Sigerist, vinculada al modelo antropológico clásico. Olvidan la medicina social europea vinculada al marxismo, las etnografías positivistas de la medicina popular habitualmente conocidas como folclore médico, el discurso de los filósofos y fenomenólogos sobre la enfermedad y el sufrimiento, o las aproximaciones en los límites entre la historia y la etnología desarrolladas a lo largo del siglo XX. Esos reportes ignoran también la rica labor etnográfica de los médicos desde el Renacimiento, las propuestas metodológicas y técnicas en el estudio de la *folk-medicine* de Pitrè -que conforman desde hace cien años el folclore médico en Europa-, las complejas relaciones entre la antropología y la medicina antes y después de la constitución del *modelo médico*, las notables y abundantes re-

flexiones de los médicos sobre la cultura y la sociedad, el papel de la práctica etnográfica y del discurso antropológico en la configuración del médico como intelectual orgánico en la Europa moderna y contemporánea, en la medicalización del campesinado europeo, en la detección precoz de ciertas patologías sociales, en torno al despliegue de los dispositivos de asistencia psiquiátrica, y en la apropiación por parte del modelo médico del concepto de enfermedad arrebatado a su previa conceptualización religiosa y antropológica. A fines del XIX, la enfermedad es, en Europa, un concepto médico y como tal adquiere un papel orgánico en el despliegue de las políticas europeas de protección social que aún hoy diferencian al capitalismo europeo del norteamericano o del japonés.¹¹

El modelo médico da lugar, en Europa, a una medicina de estado estructurada en torno a dos proyectos políticos paralelos: la definitiva consolidación del Estado-nación moderno -en sus opciones democráticas o

¹⁰ Antes que Boas, Broca propuso un modelo de institucionalización vigente en Francia hasta hace veinte años. En España y en Italia se copió su modelo. Sobre su influencia en Gran Bretaña, ver Stocking (1987). En cualquier caso, un reciente libro de Goody (1996) deja muy claros los límites materiales y la nula influencia política de la antropología británica antes de los años cincuenta.

¹¹ El seguro social transformó profundamente la imagen cultural, la función social y el papel intelectual de la medicina, al escindir la intervención social en prevención asumida por ingenieros y urbanistas, de un modelo de salud colectiva de raigambre mutualista y centrado en la resolución de las enfermedades individuales de los derechohabientes. La prioridad, una vez controladas las grandes epidemias, de la vigilancia epidemiológica y de la medicina social ya no es la mejora global de la salud colectiva que implicaría un discurso crítico sobre las desigualdades brutales fruto de la expansión del capitalismo, como la detección precoz de las enfermedades que plantean mayores problemas sociales y sanitarios, y cuyos paradigmas fueron la tuberculosis y la sífilis. Sobre los orígenes de la protección social europea, véase Sigerist (1984).

autoritarias-, en la que juega un papel determinante la medicalización, y su legitimación a partir de un pacto social que implicaba el desarrollo de un dispositivo integral de protección social tanto en los estados democráticos como en los autoritarios. En la medida en que en la fase de construcción de este modelo el perfil epidemiológico dominante era la enfermedad infecto-contagiosa, el análisis de las variables etiológicas *no naturales* deviene secundario por la incapacidad metodológica de la medicina clínica en interpretarlas correctamente. De ahí que los criterios orientadores emerjan de la epidemiología, de la estadística sanitaria o se recurra al uso metafórico de la teoría microbiana. Los límites culturales del modelo médico se interpretan como *survivals* (Comelles 1996a).

Las ventajas políticas del modelo de causalidad sostenido por el modelo médico, y el uso sistemático de la metáfora microbiana para explicar *cualquier* enfermedad sin entrar en análisis que pudiesen cuestionar el orden social y político, permiten comprender el desinterés del modelo médico por las interpretaciones holísticas de la enfermedad que habían sido el objeto central de la medicina hasta finales del XIX, su rechazo a la etnografía como fuente de saber y su incorporación de la antropología física y no de la social o la cultural.¹²

¹² Aunque Lantéri-Laura (com. pers. 1977), sugiriese que el despliegue de dispositivos descentralizados de atención implicaban replantearse el papel de ciertas variables sociales y culturales, la concepción de la ciudadanía como conjunto indiferenciado motivó que el énfasis se hiciese sobre todo

Esta antropología tiene su espacio de trabajo en el hospital -la sala de disección y el laboratorio-, los observatorios forenses -cárceles, manicomios y comisarías de policía-, los campos de concentración y los campamentos militares. En cualquiera de estos escenarios, la observación escinde al sujeto de su contexto, individualiza los casos y refuerza la imagen de neutralidad, objetividad y control de variables que caracteriza a la metodología clínica. Pero excluye, como ámbito de conocimiento, los demás escenarios de la práctica médica como el domicilio y el contexto social del paciente, espacios en los que la práctica se limita a la aplicación de saberes engendrados en otro lugar (Comelles 1997a).¹³ Podría pensarse que, como en América, las relaciones de la medicina con el campesinado o con las sociedades coloniales, inducirían un espacio de confluencia entre la etnología, el folklore y la medicina. No fue así. Los folkloristas relegaron las prácticas médicas populares a *supersticiones y creencias*, los médicos folkloristas siguieron la estela de la etnografía clínica de Pitriè (1896). En

sobre indicadores de desigualdad social más que sobre indicadores de variabilidad y diversidad cultural puesto que estos en el estado-nación jacobino resultan políticamente incorrectos. El énfasis en la desigualdad más que en la diferencia cultural era ya en el s. XVIII el núcleo de la problemática médica y política (Comelles 1996).

¹³ En este espacio, en determinadas circunstancias es posible todavía una etnografía marginal como la de los informes de pasantía de los médicos mexicanos. Para una contextualización de la tarea etnográfica de los médicos en contextos locales, ver Comelles (1996b).

las colonias, esta escisión es también evidente.¹⁴

Los médicos construyen además otra antropología. Se trata de una retórica teórica y humanista, que si recientemente adopta el papel de reflexión bioética o filosófica y remite a problemas como el consentimiento informado, los problemas éticos de la fecundación *in vitro* o la ingeniería genética, hace algunos años se movía en un terreno más delicuescente en torno a la discusión sobre las implicaciones humanas del enfermar, sobre la relación médico paciente, o sobre la posición del médico en el mundo.¹⁵ Este discurso rechaza la posibilidad de convertirse en una sociología empírica o positivista de la práctica médica al modo de Parsons, y se encierra en la reflexión moral o filosófica que no sólo no cuestionaba el modelo médico y sus contradicciones, sino que era un instrumento de su legitimidad e identidad profesional y corporativa.¹⁶ Ofrecía al clínico una coartada

moral para avalar el despliegue de sus técnicas, y resolver sus contradicciones cuando debía trasladar los contenidos de su formación a realidades que la ponían en evidencia.¹⁷

La ruptura radical entre las ciencias sociales positivistas y la medicina -que las primeras tampoco han tratado de romper-, ha conducido a ésta a tratar de resolver las contradicciones que le plantean las variables sociales y culturales a su manera. Este estilo de actuación y la cultura profesional a que ha dado lugar permiten comprender sus complejas y mal conocidas relaciones, algunos de cuyos ejemplos vamos a esbozar a continuación.

alemanes como Binswanger, Jaspers y Von Weizsäcker. Esta corriente intelectual permitía desarrollar argumentalmente una teoría sobre la enfermedad, el sufrimiento o la relación médico-paciente sin cuestionar el modelo médico. Más aun no sólo acotaba el problema a una relación diádica y muy clínica, que podía fundamentarse históricamente, sino que además se constituía en la base de una ética médica *ad hoc*. Sospecho que este tipo de discurso tenía una enorme funcionalidad en el contexto del modelo médico: no se planteaba un estudio empírico crítico sobre la medicalización, hacía una teoría subjetiva y no empírica del sufrimiento, y construía una ética de raíces cristianas para la práctica médica convencional. Pedro Laín acuñó la expresión antropología médica para hacer referencia a esta corriente, y propugnaba reservar la noción de antropología cultural médica a lo que conocemos como *medical anthropology* (Lain Entralgo 1984).

¹⁷ Aunque este tipo de discurso es muy frecuente en la medicina europea su posición en los currícula universitarios es muy débil. La formación médica en Europa es muy rígida en casi todos los países, y se funda en la hegemonía de las ciencias biológicas y de las especialidades clínicas, en las que únicamente hay contenidos marginales de psicología general, historia de la medicina y ética; más excepcionalmente de ciencias sociales. Esto favorece que salvo excepciones, el médico recién licenciado no disponga de elementos teóricos suficientes para desarrollar una indagación sobre ello.

¹⁴ Dozon (1985) ha estudiado el despliegue de la medicina colonial francesa realizado por las delegaciones del Institut Pasteur en África. La lucha contra la tripanosomiasis fue concebida como una operación militar regida por los principios del *drillage* militar contra la peste de los higienistas del s. XVII, y en el que la cultura local no cuenta. En un libro reciente Goody (1996) establece los límites del trabajo aplicado en la antropología británica anterior a 1950.

¹⁵ Un excelente ejemplo es el libro colectivo de Marañón y otros (1962) en que una serie de médicos españoles de gran prestigio discuten acerca de la ética profesional y de los problemas de su práctica.

¹⁶ En toda Europa este discurso procede de la fenomenología y del pensamiento cristiano. En los países hispánicos el autor más representativo es Pedro Laín Entralgo (1964, 1968), muy influido por el filósofo Xavier Zubiri y por fenomenólogos

PSIQUIATRICAS CHAPUZAS

Desde la Ilustración, la medicalización de la locura supuso una mirada clínica y racionalista sobre comportamientos relacionados con la mística y las visiones de naturaleza religiosa. Este era un territorio proceloso sobre el cual la Iglesia sostenía actitudes contradictorias entre la condena y la aceptación. Los conceptos de manía o monomanía esquirolianos incluyeron los delirios místicos y religiosos, al tiempo que los psiquiatras naturalizaban sus causas achacándolas a los males de la civilización.¹⁸ El interés de los clínicos racionalistas por esas manifestaciones que consideraban patológicas respondía al intento de sustraerlas a las fuerzas de la ignorancia y la irracionalidad -para el caso del fanatismo religioso o de la Inquisición-, y la locura se convirtió en uno de los campos de batalla en los que se dirimió la pugna por la hegemonía entre médicos y religiosos, alimentada por miles

¹⁸ Hasta finales del XIX, la etiología de la locura se fundamentó en un discurso ambientalista que la veía como lacra de la civilización. Su tratamiento consistía en aislar al enfermo en una institución. La asunción del modelo microbiano, la descripción de la parálisis general progresiva sifilítica y el descubrimiento de un quimioterápico para la sífilis a principios de siglo, ofrecían una alternativa a la etiología de los trastornos psiquiátricos que reforzaba metafóricamente la causalidad biológica del trastorno mental e inducía a un acercamiento de la psiquiatría a la medicina y a la neurología. La consecuencia en Europa fue el abandono del tratamiento moral y su sustitución por una *clínica moral* que construía enfermedades y perversiones sobre la base de una evaluación clínica de cualquier comportamiento no normativo (ver Castel, Castel y Lovell 1980, Comelles 1992).

de informes clínicos y etnográficos sobre todo tipo de culturas.¹⁹

La actitud de la Iglesia era muy contradictoria. Asumía la psicopatología moderna pero contemporizaba con ciertas formas de religiosidad popular que lindaban con la heterodoxia presentándolas como manifestaciones de la fe. En tierras de misión las combatió ferozmente y trató de extirparlas construyendo sus límites culturales, como la medicina, mediante las nociones de superstición o de *survival*.²⁰

El interés de médicos y religiosos por esclarecer el valor real de esas prácticas, explica la inclinación de los primeros por reinterpretar los datos etnográficos en torno a claves psicopatológicas, caracterológicas, genéticas, o constitucionales. Convertían trances, posesiones y experiencias chamánicas en categorías clínicas convencionales -principalmente psicosis disociativas como la esquizofrenia y trastornos paranoicos e histéricos. Al mismo tiempo, ambos trataban de establecer su valor terapéutico para deslindar las prácticas

¹⁹ Ernesto de Martino exploró magistralmente la problemática de las relaciones complejas entre los escritores religiosos y los médicos en torno a las descripciones e interpretaciones del tarantismo en los XVII y XVIII (1994 [1961]:228-280). El modelo de análisis que propone, amparado por una documentación excepcionalmente rica, como él mismo destaca, da lugar a una etnografía muy densa de las relaciones entre los intelectuales ilustrados en relación a la construcción e interpretación de problemas sociales.

²⁰ De nuevo puede hacerse referencia a la obra de De Martino (1994). Un ejemplo de esa misma problemática fuera de Europa está en las actitudes de la Iglesia en relación con el vudú en Haití (ver Metraux 1958). Sobre la problemática relativa al discurso médico y religioso en relación con las supersticiones, ver Comelles (1996a).

empíricas que podían interesar a la medicina, y las no empíricas para las cuales se buscan conceptos como la sugestión, la simulación, el engaño o la superchería, que ya habían servido para explicar el *charlatanismo*. Estos aspectos no interesaron a la antropología académica.²¹

Las descripciones de los síntomas psíquicos en sociedades aborígenes servían a los médicos en su objetivo de sentar las bases de una clínica universal y situar la psiquiatría en la medicina. Kraepelin, teórico de la psiquiatría clínica, trató de poner a prueba en el campo sus criterios sobre la *daementia praecox* -el antecedente de la *esquizofrenia*-, y la *psicosis maniaco-depresiva*.²²

²¹ Para los médicos sólo tienen interés las conductas individualizadas y su caracterización dentro de la matriz clínica y eventualmente forense; para la antropología el tema central es el origen de la religión o la comprensión de su significado cultural y político. Durkheim, y en menor medida Mauss, rechazarán la dimensión explicativa de los rasgos psicológicos en la conducta social, con lo cual la ruptura se hace más manifiesta. Además, las polémicas intelectuales y cruditadas sobre el tema alejan esos enfoques de la medicina más pragmática. Solo a veces los toma para apuntalar algunas interpretaciones, como hizo Freud. Los antropólogos con formación médica como Rivers o Seligman, piensan como antropólogos, no como médicos.

²² Como resultado de sus viajes -el de Java es el más importante- pudo observar otras formas de relación entre los factores socioculturales y la enfermedad mental, como la escasa prevalencia en el Sureste asiático de los trastornos inducidos por alcohol, de los estados depresivos y la parálisis general progresiva que afectaban a altos porcentajes de la población internada en los países europeos y en los Estados Unidos. Martínez (1994) compara las actitudes clínicas del positivismo de Kraepelin, y las contraponen a la actitud interpretativa del neurólogo Freud, para resaltar la existencia de dos tendencias que se proyectan en la actualidad en el tratamiento del material clínico entre psiquiatras y antropólogos

Como Pitrè, trata de encajar las prácticas y los saberes populares sobre la enfermedad en la matriz de la medicina anatómico-clínica, pero Pitrè pretendió construir los límites culturales del modelo médico, mientras que Kraepelin trata de incorporar la sintomatología étnica al modelo médico y rechaza la posibilidad de una etnopsiquiatría comparativa.

Los kraepelinianos criticaron también la práctica en los manicomios que asociaban a la supervivencia obsoleta del tratamiento moral decimonónico, a la corrupción administrativa y al desinterés de los políticos. Lo hicieron mediante informes etnográficos de carácter naturalista, con los que pretendían llamar la atención de políticos y ciudadanos sobre su situación con el objeto de promover su reforma, pero sin plantearse ni una discusión sobre su significado ni una teoría acerca de cómo se había llegado a ese estado de cosas.²³

y que explica las controversias en la antropología actual. Su reduccionismo biológico dividía la enfermedad psíquica en dos dimensiones complementarias: patogenia y patoplastia que se correspondían aproximadamente con lo endógeno u orgánico y lo exógeno. Este modelo le llevó a entender ciertos trastornos propios del Sureste asiático como el *amok*, el *latah* y el *korv* como manifestaciones culturales de la epilepsia, la histeria y la depresión, respectivamente.

²³ Los autores son siempre médicos. En Europa no se concibe que un no-médico pueda dictaminar sobre ello. Eso no significa que los informes no sean de considerable calidad y que adopten una postura crítica muy contrastada (ver Vives y Casajuana [1919] 1979). En todos ellos hay un compromiso razonablemente sincero con la necesidad de profundas reformas, pero carecen de un aparato teórico que les permita analizar las causas de la situación que describen en toda su complejidad.

Su propuesta de reforma era introducir en ellos el modelo clínico-médico para incrementar la eficacia del tratamiento institucional, contrarrestar el poder creciente de los administradores, asegurar la hegemonía de los médicos en el manicomio, mitigar la pésima imagen de las instituciones y desarrollar un mercado de atención psiquiátrica a enfermos de las clases altas, partiendo del presupuesto teórico que la etiología de los trastornos psíquicos, aunque no se conociese plenamente, era indefectiblemente orgánica (Comelles 1992).

El organicismo radical del kraepelinismo y su interés por legitimar una clínica psiquiátrica universal en el seno del modelo médico, impidió la relación con las ciencias sociales y dificultó la penetración del paradigma psicoanalítico. El dispositivo de formación médica en Europa no podía aceptar en su seno parcelas de saber médico que no estuviesen bajo su total control, menos aún en torno a problemáticas definidas como exclusivamente médicas. Por esta razón, la relación con las ciencias sociales no siguió el modelo americano, mucho más pragmático, que permitía un diálogo más abierto con el psicoanálisis, la sociología empírica o el culturalismo, sino que se configuró a partir del picoteo -por parte de los médicos- de teorías y enfoques tomados del mercado intelectual y la elaboración de chapuzas sincréticas en las que dominaron en Europa las influencias más compatibles con la permanencia de los psiquiatras en el modelo médico; es decir, aquellas que enfatizaban la

subjetividad, la psicología individual o el organicismo. En los sectores más reaccionarios triunfaron las teorías lombrosianas, el constitucionalismo y la eugenesia; los más progresistas les añadieron el psicoanálisis y la higiene mental. Unos y otros asumen la psicopatología fenomenológica alemana, o la positivista francesa²⁴ -las más influyentes hasta el DSM-III-, cuya ortodoxia médica permitía soslayar casi completamente lo social y lo cultural y contrapesar el uso sistemático del custodialismo y de las terapéuticas biológicas incisivas con una verborrea psicoanalítica o fenomenológica, insuficiente para borrar su pésima imagen social y la de sus manicomios.²⁵

²⁴ Aunque en Francia tendrá una carta de naturaleza particular, en el resto de Europa el psicoanálisis es una práctica marginal ahorrada por la hegemonía de las escuelas clínicas de psiquiatría, cerradas a la innovación hasta los años sesenta. Un buen ejemplo es la *Encyclopedie Médico Chirurgicale* dirigida durante más de treinta años por Henri Ey, cuya orientación *organo-dinámica* suavizaba su profundo biologicismo, y permitía una presencia notable de las escuelas psicoanalíticas más medicalizadas. Los capítulos destinados a los aspectos culturales han sido indefectiblemente realizados por psiquiatras canadienses.

²⁵ En Estados Unidos la crítica al custodialismo provocó un considerable volumen de estudios socioantropológicos empíricos sobre el mismo (Grob 1991:124 y ss). En Europa, en cambio, son más frecuentes las tomas de posición y las opiniones, cuando no el uso de recursos literarios como la espléndida novela de Hervé Bazin (1948), basada en su experiencia personal de internamiento y que constituyó una piedra de toque en el debate. Si Hollywood realizó casi dos docenas de películas entre 1950 y 1965 sobre instituciones psiquiátricas, la mejor de ellas es europea. Se trata de la adaptación de la novela de Bazin realizada por el antiguo documentalista Georges Franju en 1959. Franju, combinando una narrativa procedente del documental expresionista y elementos del surrealismo, del cual es con Buñuel el mejor representante en la historia del cine, supo

La re-medicalización de los manicomios no excluyó, sino todo lo contrario, un discurso sobre la higiene mental. Pero este último es un posicionamiento minoritario y harto retórico, limitado a algunas experiencias piloto de reforma asistencial (Murard y Furquet 1975:64), por propuestas socioterápicas innovadoras en la Alemania de Weimar (Tosquelles 1967: 22-41), y en Cataluña (España) por el diseño, entre 1914 y 1939, por parte de algunos psiquiatras nacionalistas de una reforma asistencial y de planificación asistencial que resultó de una síntesis entre el modelo anti-tuberculoso, la socioterapia alemana y las aportaciones del psicodiagnóstico y la psicotécnica norteamericana. Pretendían adaptarla a la *realidad étnica* del país (Vives Casajuana 1979), para la cual diseñaron la *comarcalización* de la asistencia psiquiátrica; tratando de recuperar lo *social* y lo *étnico* para estructurar su práctica, pero sin un aparato conceptual para desarrollarlo.²⁶

poner de manifiesto el horror institucional y lo absurdo del custodialismo jugando con los elementos puramente surreales de unas instituciones que sesitúan fuera del mundo y están destinadas a contener lo que pensamos es locura.

²⁶ Las relaciones entre el nacionalismo catalán y los intentos de los psiquiatras nacionalistas de convertirse en los intelectuales orgánicos de una reforma del Estado han sido destacados en Comelles (1988) y en Balcells (1996). De este grupo, el autor más conocido es Emili Mira, un psiquiatra formado en el kraepelinismo pero influido por el psicoanálisis y la psicología aplicada norteamericana, que fundó el laboratorio de psicotécnica e implantó la psicología industrial y el psicodiagnóstico. Diseñó los protocolos de selección de los reclutas en el ejército republicano y organizó una estructura descentralizada de tratamiento para los trastornos psíquicos en el frente (Mira 1944). En este conjunto de experiencias

El interés del caso catalán estriba en su influencia posterior, en la estructuración del dispositivo militar psiquiátrico de los Aliados, pero sobre todo, a través de su influencia directa en los modelos teórico-prácticos de despliegue de la psicoterapia institucional francesa. Si la primera vino de la mano de la obra de Mira (1944), la segunda correspondió a Francesc Tosquelles, un psiquiatra joven próximo al POUM, y que llegó exilado al manicomio de Saint Alban en la Lozère, una comarca aislada en el centro de la Francia ocupada e impulsó su reforma. Esta venía motivada por la toma de consciencia de los profesionales, médicos y enfermeros militantes de la resistencia, respecto a las contradicciones que planteaba el internamiento institucional en un país ocupado, y en una situación llena de paradojas en que el manicomio se convierte en lugar de asilo de disidentes políticos, en que la locura actúa como coartada para disimular la normalidad, y en que la libertad se refugia tras los muros del asilo.²⁷ Saint Alban

conceptos como modalidad étnica no se fundamentan teóricamente ni recuperan los conceptos de las ciencias sociales. Sobre Mira, ver Iruela (1993).

²⁷ Las historias que se cuentan de Saint Alban corresponden al mejor surrealismo: cuerdos que se internan en el asilo y pasan por locos para escapar a la GESTAPO, locos que salen de la institución para asegurar la logística interna. El manicomio adquiere su dimensión de isla de libertad en un mundo oprimido precisamente porque es un asilo. También, en las postrimerías del franquismo, entre 1968 y 1976, algunos manicomios españoles asumen un papel muy similar y motivaron también una toma de consciencia de algunos sectores del personal y de los médicos. De ello nos han quedado algunos testimonios de clara filiación ácrata como los de García (1979, 1995).

es el mito fundacional de la *psicoterapia-institucional* francesa (Murard y Furquet 1975:80-85).

Ni las comunidades terapéuticas de Jones en Europa ni la psicoterapia institucional francesa conectaron con la sociología o la antropología empíricas. No se plantearon una teoría de la enfermedad y sus causas, solo una alternativa de gestión terapéutica por lo cual en el primer caso podía ser más o menos útil el lenguaje y la música del funcionalismo;²⁸ y en el segundo, el aparato conceptual del psicoanálisis.²⁹ Una vez asumida la crítica intelectual al custodialismo, no se concibe

²⁸ La idea de un hospital terapéutico, fue desarrollado por los alienistas morales del XIX, y reformulado por Jones (1970) durante la guerra mundial. Comprobó como la interacción en grupo con *feed-back* mutuo entre enfermos y *staff*, permitía mejoras sustanciales y aceleraba la reinserción del paciente. En el Belmont Hospital, funcionaba un *staff* multidisciplinario, al que se incorporaron los antropólogos Rapoport (1960) y Parker. La institución se estructuraba en torno a una serie de tareas de grupo con los pacientes, de la que surgía una cultura terapéutica que facilitaba la comunicación: los pacientes ganaban perspectiva de sus problemas y el *staff* se acostumbraba a asumir el lenguaje de los pacientes (Jones 1966:94 y ss.). Para Jones, los trastornos psíquicos eran el fruto de variables ambientales, y la comunidad terapéutica basada en la permisividad y en un intento de democracia interna, inhibía la reproducción de respuestas hostiles y facilitaba la adquisición de pautas de conducta adaptativas (Jones 1966).

²⁹ Una buena recreación de la historia de la psicoterapia institucional francesa está en el texto colectivo de Murard y Furquet (1975). Se trata de una recreación historiográfica en la que se pone de manifiesto como los referentes teóricos son por el lado político, el marxismo, y por el terapéutico el discurso psicoanalítico. La síntesis entre ambos no implica finalmente una discusión sobre el significado del modelo colectivo de asistencia, sino sobre el diseño de un espacio en que fuese posible una psicoterapia individualizada.

su evaluación mediante el estudio de campo. En América hay una muy extensa bibliografía etnográfica sobre manicomios y comunidades terapéuticas anterior de 1965, destinada en lo esencial a analizar el custodialismo o a evaluar las experiencias de reforma (Grob 1991). En Europa, la única en este periodo es la monografía de Rapoport ([1959]1973) que evaluó etnográficamente la clínica de Jones, y tuvo poca repercusión.³⁰

Las monografías sobre manicomios europeos son mucho más tardías y, salvo raras excepciones, no fueron escritas ni por antropólogos, ni por sociólogos. Surgen en torno al mayo francés, y a la crisis asistencial en Francia, Italia y España durante los sesenta. Estos textos son sobre todo el producto de la necesidad de escribir experiencias personales particularmente traumáticas. Responden a la frustración de los psiquiatras en relación a las expectativas profesionales e institucionales de médicos, psiquiatras, psicólogos y a veces de enfermeros y a su toma de consciencia respecto al significado del dispositivo custodial y a las contradicciones que se les planteaban como profesionales. Por eso no son intentos de evaluación más o menos

³⁰ No se tradujo en Francia hasta 1973, en plena efervescencia de libros sobre la reforma psiquiátrica, pero no tuvo el eco comparable de otras obras más críticas ni sirvió para una reflexión metodológica empleada. En general las monografías americanas sobre manicomios llegaron en cuentagotas a Europa. He hallado sus rastros en algunas bibliotecas psiquiátricas, e incluso alguna fue traducida al castellano (Caudill 1966). No parecen tener ninguna influencia en el diseño o en la discusión de los límites del custodialismo.

objetiva del custodialismo o de las experiencias de reforma, sino testimonios militantes en los cuales subyace el compromiso personal y político de sus autores. Oscilan entre el relato puramente autobiográfico y la monografía académica, y recibieron la influencia del interaccionismo simbólico, la sociología de la desviación, el funcionalismo, el lacanismo y la sociología histórica.³¹

La mayor parte fueron redactadas por sus propios protagonistas (Basaglia y otros 1972; Baloste-Fouletier 1973; Majastre 1973; García González 1979, García 1979, 1995), por actores marginales (Storper-Perez 1973, Comelles 1979, 1986), y solo raras veces por científicos sociales en proyectos puramente académicos (Rapoport 1974, Charuty 1985, Comelles 1988). La militancia de la mayoría de autores, mucho más que las influencias teóricas, explica su carácter testimonial y justifica su subjetivismo, su torpeza metodológica y su falta de distancia crítica.³²

³¹ Foucault (1961) influyó directamente en la teoría psiquiátrica, pero indirectamente en las monografías. Su análisis de las condiciones de emergencia del discurso sobre la locura habían de vincularse igualmente al análisis de las instituciones que producía, y eso ya no podía plantearse como una evaluación *actual* de la situación de tal o de tal otro hospital, ni siquiera como verificación de la eficacia terapéutica, como habían hecho Stanton y Schwartz (1954) o Rapoport (1959).

³² Sólo en algunas de ellas, tesis de doctorado o investigaciones formales hay intentos de discusión metodológica. En Majastre la aplicación del modelo funcionalista americano, en García González, Charuty y Comelles el intento de conciliar la antropología, la historia social y la sociología en la medida en que la primera está muy influida por la historia de las mentalidades y la segunda por Foucault y Castel.

Las aportaciones europeas a la etnografía de las instituciones psiquiátricas no han sido aún evaluadas.³³ Se opone a ello su heterogeneidad, su situacionismo y su propio carácter de experimentos narrativos no del todo logrados. Representan una ruptura con la tradición, entonces ya trunca, de las monografías funcionalistas norteamericanas, puesto que todas tratan de trascender el relato etnográfico contextualizándolo histórica y políticamente mediante el uso de distintos géneros narrativos: la autobiografía (Baloste-Fouletier 1973), el manifiesto o el panfleto político (García 1979), combinando el análisis micropolítico con las perspectivas abiertas por Foucault y los historiadores sociales (García González 1979, 1980, Comelles 1988; Charuty 1985).

La derrota -brillantemente descrita por Castel (1981)-, del discurso y la práctica de la psiquiatría comunitaria, de la antipsiquiatría y de la psicoterapia institucional francesa frente al neokraepelinismo en el contexto de las políticas neoliberales, acabó con ese tipo de escritura.³⁴ Las demás mono-

³³ Castel (1973) hizo una primera evaluación crítica de algunas de esas monografías. También hay una sobre los italianos en Menéndez (1979). En Comelles (1981) hay una evaluación más amplia pero demasiado próxima a los acontecimientos como para tener suficiente distancia crítica. El trabajo está por hacer, y es especialmente urgente, puesto que el reciente descubrimiento de Basaglia por la antropología crítica norteamericana puede dar lugar a los peores desmanes si no se contextualiza adecuadamente a Basaglia en un contexto cultural italiano y europeo.

³⁴ Evidentemente a la psiquiatría biológica no le interesa una etnografía actual de las instituciones organizadas en torno a sus protocolos de asistencia.

grafías no son percibidas como aportaciones a una posible socioantropología institucional, sino como reflexiones personales, anecdóticas, situacionales, de escasa trascendencia científica o como curiosidades historiográficas. Raramente han servido como puntos de partida de la discusión de los avatares posteriores del dispositivo de asistencia psiquiátrica en Europa. Incluso para los antaño psiquiatras progresistas, hoy burocratizados, son testimonios de una época a olvidar y ocultar.

En Europa, los psiquiatras pensaron que podían asumir con su aparato conceptual, o con préstamos puntuales, la reforma de su práctica sin ceder ese espacio a las ciencias sociales, ni asumir la necesidad y la dureza de un reciclaje que les permitiese recuperar un lapso de más de sesenta largos años de cultura estrictamente clínica. Por todo ello aceptaron la chapuza intelectual mientras no se plantease críticamente las claves de su ideología, de su posición social y de su poder. Para la psiquiatría progresista, las ciencias sociales, el psicoanálisis asilvestrado y el marxismo, tienen el papel que la fenomenología tuvo en sus maestros; pero en la me-

didada en que no quisieron asumir los costos personales y políticos que hubiese representado asumir su aparato conceptual y metodológico, una vez concluida la fase de compromiso personal, se negaron a hablar de ello.³⁵

CUATRO CUENTOS MORALES

Las relaciones entre la antropología y la psiquiatría, entre antropólogos y psiquiatras en Europa no se limitaron a las monografías sobre manicomios, ni a los intentos de autores como el sociólogo Roger Bastide (1965) por abrir puentes de comunicación entre ambas disciplinas y ambos colectivos. Existen aquí y allá publicaciones dispersas que testimonian también la existencia de problemáticas comunes a la antropología y a la medicina y la psiquiatría. Ante la imposibilidad de un rastreo exhaustivo de estas fuentes en Europa he escogido cuatro ejemplos que representan otros tantos escenarios posibles de interdisciplinariedad: el antropólogo que se interesa por una problemática médica desde la antropología; el del psiquiatra que se interesa por una problemática antropológica desde

En la medida en que las instituciones más técnicas están fuertemente identificadas con los servicios puramente biomédicos no existe una toma de conciencia crítica por parte de los psiquiatras, puesto que su modelo de práctica corresponde a los parámetros sobre los cuales accedieron a la profesión. Significativamente, la crisis de las etnografías psiquiátricas en Europa ha sido compensado por un desarrollo importante de estudios sociohistóricos sobre las instituciones psiquiátricas y su entorno, pero sustrayéndolas a los debates médicos y abriéndolas al debate historiográfico o científico-social. Véase por ejemplo la colección de la revista *History of Psychiatry*.

³⁵ Aunque entre los psiquiatras progresistas sigue el mito de Basaglia, una figura con ribetes míticos pero a la vez pragmáticos. Se han olvidado los perfiles mítico-esotéricos de Ronald Laing y David Cooper, o los demasiado lacanianamente intelectualizados de Oury, Guattari y Deleuze. Son hoy figuras de un vago y lejano santoral, sin que se haya producido en la psiquiatría progresista europea un discurso intelectualmente sólido que tratara de fundamentar teóricamente su práctica.

la psiquiatría; el del antropólogo que estructura un equipo interdisciplinar con psiquiatras para explorar un problema antropológico; y el del psiquiatra que estructura un equipo interdisciplinar con antropólogos para explorar un problema psiquiátrico. Los cuatro casos se sitúan cronológicamente entre 1945 y 1961, veinte años antes que empezase a hablarse en serio, en Europa, de antropología médica.³⁶

LA MAGIA EN EL DIVAN

Entre 1947 y 1949, un joven aún poco conocido, llamado Lévi-Strauss, vuelto recientemente de América, publicó en *Les Temps Modernes* y en *Archives d'Histoire des religions* dos artículos que plantean, en Europa, una discusión sobre el papel de la eficacia de lo social y lo simbólico en la terapéutica a partir de varios ejemplos etnológicos. Sartre dirigía *Les Temps Modernes* y en ella escribían intelectuales, literatos y profesores. Lévi-Strauss no podía hacer, ni lo pretende, un artículo estrictamente etnológico, sino un artículo abierto a la discusión intelectual.³⁷ Su *primum movens* es la obra de Cannon sobre la

muerte vudú, pero la discusión subyacente se refiere a la eficacia de las técnicas psicoterapéuticas (psicoanálisis incluido) y no oculta que su texto va dirigido a médicos y psicoanalistas. Así mirados, sobre todo *Le sorcier et sa magie*, son una aportación nuclear a la antropología de la práctica del curandero, del chamán, del médico y del psicoanalista. El autor, con el pudor, quizás sólo aparente, del que no se atreve a ir más allá de su conocimiento de profano respecto a esas prácticas, utiliza la etnografía de aborígenes como el espejo en que nos miramos.³⁸ La interpretación que hace del itinerario de Quesalid, y de su uso de la innovación para explicitar el triunfo del chamán puede ser leído como un mensaje subliminal a una sociedad como la francesa que aplaudió a rabiar el *Knock o el triunfo de la medicina* de Jules Romains en donde se utiliza la dramaturgia para explorar los rituales de la relación de un médico rural con su clientela, y que denuncia su profundo cinismo.³⁹

de Jean-Paul Aron (1986:42-46). Pueden ayudar al lector a situarse en relación a Lévi-Strauss, Lacan, Sartre y otros intelectuales franceses de la época. Vale la pena resaltar que Lévi-Strauss los escoge de nuevo para la primera *Anthropologie structurale* (1958), un libro destinado a antropólogos.

³⁶ La idea de una antropología médica europea, a partir de los patrones de la antropología norteamericana, empieza a discutirse en Europa durante los setenta, pero los manifiestos correspondientes se publican con algo de retraso. Sobre Inglaterra ver Loudon (1976), sobre Francia, Retel Laurentin (1983); sobre Italia véase el número 8 de *La Ricerca Folklorica* (1983); y sobre España (Kenny y de Miguel 1979, y Comelles 1984).

³⁷ Una visión corrosiva del clima intelectual de esta época puede verse en las excelentes crónicas

³⁸ Cuando Lévi-Strauss escribió estos textos, Parsons trabajaba en la problemática del rol del paciente y de la medicina en la sociedad también en base a observaciones etnográficas. Compárese el impacto teórico de la obra de Parsons en la sociología, y la antropología de la medicina de los cincuenta y el nulo impacto de los artículos de Lévi-Strauss, que abren perspectivas teóricas mucho más amplias y ricas.

³⁹ Buena parte del éxito de la obra vino de la interpretación, magistral, que hacía Louis Jovet de

Pero su análisis y su deconstrucción de la práctica curadora no obtuvo respuesta.⁴⁰ Los lectores psiquiatras y psicoanalistas de *Les temps modernes* no parecen hacerse eco de ese texto. Tal parece como si no fuese con ellos, pese a la virulencia del debate entre ellos en esa época (Murard y Furquet 1975, Aron 1986) quizás bajo la coartada que la teoría psicoanalítica de Lévi-Strauss era más bien tosca y su visión de la cura psicoanalítica, profana y profanadora.

En un contexto de luchas fratricidas corporativas entre psiquiatras y psicoanalistas y entre las distintas sectas de éstos, es fácil comprender la renuencia a abrir de un debate sobre los límites culturales, terapéuticos y simbólicos de unas prácticas fuertemente sacralizadas y poderosamente involucradas en la cultura y la sociedad francesas. Por si acaso, Lévi-Strauss, buen amigo de Lacan, no ha vuelto a incidir en el tema.

médico. Para tener una idea de ella, sugiero al lector que lea la obra, y que vea la interpretación que hace el actor de fraile capuchino en *La kermesse Hérvique* de Feyder.

⁴⁰ Lévi-Strauss matizó algunos aspectos en su introducción a la obra de Marcel Mauss publicada en 1950. Estos textos no fueron recuperados hasta su republicación diez años después. Pero tengo la sensación que esa recuperación ha tenido que ver sólo con la significación que ambos artículos han tenido en las dimensiones cognitivas del proceso, no en lo que se refieren al análisis y a la contextualización del significado de las prácticas, aunque bien es cierto que Ernesto de Martino, del que hablaremos después llama la atención sobre ellas ([1961]1994), en el sentido de acentuar su análisis de las prácticas.

PSICOSIS DE GALLEGO

Cuentan, o así me lo han contado, que hacia 1951, el psiquiatra gallego Manoel Cabaleiro Goas se presentó en Madrid con una tesis de doctorado bajo el brazo titulada *La psiquiatría en la medicina popular gallega* (1953), y que dirigiría Pedro Laín Entralgo.⁴¹ Fue defendida en la Universidad de Madrid y obtuvo la modesta calificación de sobresaliente por mayoría. Ante su fracaso académico y la falta de respuesta de sus colegas, Cabaleiro no quiso hablar más de ella y no llegó a publicarse.⁴²

El punto de partida de Cabaleiro eran dos mil historias clínicas de pacientes privados y hospitalarios en las que se proyectaban sistemáticamente los discursos populares sobre la enfermedad mental y entre las cuales no pocas de las demandas de atención estaban relacionadas con síndromes de filiación cultural como el *meigallo*

⁴¹ Sobre su trayectoria como etnógrafo ver Mariño (1992) y González y Simón Lorda (1992), que efectúan una breve semblanza del mismo en dos artículos destinados a presentar los grandes clásicos del folclore gallego que se interesaron por las prácticas y las creencias médicas. A ellos debo la fotocopia de la tesis de doctorado de Cabaleiro. Un capítulo de la tesis fue publicado hace algunos años (Cabaleiro 1992).

⁴² En la cultura de las tesis españolas, una sobresaliente por mayoría significa que la tesis no ha gustado al tribunal, con independencia de su valor académico o intelectual. A menudo es una forma de castigar a disidentes. Cabaleiro, considerado en su tiempo como uno de los mejores psiquiatras formados en la fenomenología, no pudo acceder a la cátedra de Santiago, pese a su largo magisterio en la Universidad, porque se le vetó el acceso (González y Simón Lorda 1992:115).

(brujería), el mal de ojo o el *mal do aire*. Cabaleiro se planteó inicialmente vincular la patoplastia con la patogenia de las psicosis y tratar de ubicar los síndromes de filiación cultural en categorías diagnósticas que le permitiesen una orientación terapéutica. Los límites que observaba en ese planteamiento, le condujeron a una investigación en la que combinó observaciones etnográficas amplias, y a la vez un trabajo de revisión documental sobre el tema, producido esencialmente por folkloristas. Su intención era comprender su sentido y tratar de indagar sus claves culturales. Sin más formación etnológica que las lecturas de que podía disponer, estructuró su obra por partes: una primera en la que establece una clasificación nosológica de los padeceres populares gallegos según los criterios de los campesinos; una segunda en que trata de explorar la emergencia de esas nosologías a partir de tres directrices: una psicológica, utilizando para ello la literatura psicoanalítica y especialmente a Jung que parece gustarle mucho; una etnológica, que va de Frazer a Havelock Ellis y Lévy-Bruhl, de Durkheim y Mauss a la teoría de las necesidades de Malinowski; y una histórica, en la que pesan fuertemente las aportaciones de folkloristas.

La posición teórica de Cabaleiro parte de una dura crítica a la noción de *survival* sostenida por los folkloristas e historiadores para explicar la persistencia de las creencias populares, y a la noción de mentalidad primitiva de Lévy-Bruhl. Para él, las concepciones de los campesinos gallegos no son ni

primitivas ni el fruto de la ignorancia, sino que corresponden a una lógica cultural que trata de explicar a partir de una síntesis entre la posición funcionalista de Malinowski y las aportaciones de los fenomenólogos que él, como psiquiatra de su tiempo, conoce perfectamente. El producto final, a pesar de sus deficiencias técnicas, las conclusiones, es muy interesante puesto que elabora una racionalización de la lógica y el sentido de la terapéutica popular a partir de la valoración del significado colectivo del acto ritual, en un intento de verificación etnográfica de las hipótesis de Laín Entralgo sobre el valor de la eficacia de las terapéuticas que éste último llamaba irracionales.

Sorprende en un psiquiatra perdido en provincias en la siniestra España de la postguerra, un itinerario intelectual de esas características.⁴³ Este contexto explica su excepcionalidad y su condena al silencio y al olvido pese a que contenía en su seno los elementos claves para desarrollar en Galicia un proyecto que podría haber conducido no sólo al desarrollo de algo parecido a los estudios etno-

⁴³ David Simón Lorda ha conseguido salvar la biblioteca psiquiátrica de Cabaleiro, que falleció ya, en el hospital psiquiátrico de Toén. La biblioteca, con más de cinco mil volúmenes es impresionante si se tiene en cuenta donde está Orense y las condiciones con las que Cabaleiro hubo de trabajar. Tuve ocasión de visitarla y me impresionó por la riqueza de los fondos y por lo que explicaba en ella misma de su propietario. Pone de manifiesto la riqueza intelectual del personaje y sus esfuerzos por conectar con las distintas dimensiones del saber psiquiátrico: el fondo de ciencias sociales es notable con buena parte de las traducciones latinoamericanas del culturalismo americano; y con un excepcional fondo de literatura psicoanalítica, de filosofía fenomenológica y existencialismo.

psiquiátricos, sino -y mucho más importante- a un despliegue distinto del dispositivo asistencial.

Puede sorprender aun más su falta de recepción por la antropología. En la España de su tiempo, creo que sólo Caro Baroja hubiese, de haberlo conocido, podido conectar con él y comprenderlo. Para la antropología médica de Laín Entralgo era demasiado empírica su propuesta y demasiado alejado su estudio de los campesinos de la alta cultura. Para los folkloristas y etnólogos de esa época, atrapados en el folklore positivista y que emplean como única matriz interpretativa la noción de *survival*, una ruptura demasiado radical. Para los médicos era un insulto poner en el mismo plano la eficacia de la cura ritual que un internamiento medio de cinco años para un psicótico, una docenita de *electroshocks*, o una lobotomía. Cabaleiro, internado de por vida en Orense, no pudo ni supo conectar con la medicina, pero tampoco con una antropología que había descubierto intuitivamente, pero que no existía en su país.

LA ESTRATEGIA DE LA ARAÑA

En 1959, el antropólogo e historiador de la religión Ernesto de Martino propuso una investigación sobre el tarantulismo, un síndrome de filiación cultural muy bien conocido en la península italiana e ibérica y que, especialmente en Italia, constituye una de las enfermedades culturales mejor do-

cumentadas por la literatura médica, religiosa y folklórica desde el Renacimiento. Debido al peso de la literatura médica que consideraba enfermos a los tarantizados (*picados por la tarántula*), decidió poner en pie un *équipe*, compuesto por el psiquiatra Jervis, por una psicóloga, un etnomusicólogo, una etnógrafa y una asistente social. Aunque su proyecto era una investigación académica en antropología religiosa, la incorporación de psiquiatras y psicólogos era indispensable para responder a un síndrome descrito como enfermedad por la medicina, en la que ésta quería ver la expresión cultural del síndrome tóxico, consecuencia de la picadura del arácnido.⁴⁴

Leída hoy, en pleno apogeo de la postmodernidad antropológica, *La Terra del Rimorso* (1961) es un ejemplo fascinante de radicalidad etnográfica *avant la lettre*, que se adelanta treinta años a su tiempo.⁴⁵ Es un modelo

⁴⁴ La modernidad del texto ha sido destacado por Pandolfi (1992, 1993), el día que la antropología crítica norteamericana lo lea, este libro va a convertirse en un mito intelectual, si es que a los postmodernos no les da vergüenza que un oscuro *scholar* italiano de los cincuenta ya hubiese inventado algo más rico que lo que ellos proponen. Uno de los mejores capítulos del texto es la crítica, sobre bases etnográficas, clínicas e históricas, de la falta de sentido de esta teoría. La refutación es modélica en el sentido que propone una metodología para desmontar otros mitos médicos entre los cuales están los de no pocas enfermedades psíquicas. Pero además, en la medida en que acepta que la clínica tóxica pudo fundamentar un patrón de conducta que posteriormente pudo reconstruirse metafóricamente a otras situaciones, destruye la concepción del sincretismo que subyace en los estudios de folkmedicina al uso.

⁴⁵ La radicalidad de De Martino ya estaba presente en dos de sus anteriores monografías (1975, 1983), sin embargo en esta se acentúa precisamente

inigualable de las posibilidades que abría de una antropología de la medicina europea a partir del desarrollo de una propuesta metodológica que alcanza aquí su máximo esplendor por la repercusión en el texto de la dialéctica interdisciplinar en dos planos distintos: por una parte, la derivada del propio trabajo en equipo; por otra, por la recuperación histórica del debate multidisciplinar que desde el siglo XVII alimenta la polémica entre folkloristas, médicos y religiosos y que se traduce en estrategias corporativas distintas en cada uno de ellos, que acaban subvirtiendo la lógica del tarantismo en su sociedad y propiciando la crisis a largo plazo que la etnografía del presente pone de manifiesto.

A este juego extremadamente sofisticado y servido con un prosa admirable que cambia de registro en cada capítulo, la obra se estructura como un diálogo entre la observación etnográfica realizada en un solo mes y la observación etnográfica de los testimonios del pasado en un contraste absolutamente insólito en las antropologías y los folcklores de su tiempo. En un segundo nivel, esta comparación entre dos formas de escritura etnográfica se proyecta sobre una minuciosa investigación histórico-cultural y a partir de ella en una interpretación que combina orientaciones fenomenológicas, una discusión con

el estructuralismo y el marxismo gramsciano.

La lectura impresiona si pensamos en la idea de la reconstrucción del hecho social total que propusiera Mauss. El autor articula el presente y el pasado, la etnografía y la historia, lo diacrónico y lo sincrónico, lo material y lo ideal a partir de la reconstrucción del auge y la decadencia del significado popular del tarantismo en el contexto de su formación social, y del papel de los intelectuales orgánicos, médicos y curas, en la caracterización del mal en función de sus especiales estrategias corporativas y en su gestión. El caso del tarantismo salentino pone de manifiesto el conjunto complejo de articulaciones entre lo político, lo económico, lo ideológico y lo cultural y la influencia en la construcción de los saberes populares de los religiosos y los médicos.

De Martino no concibe su obra sólo como un ejercicio intelectual o académico sino que con una intencionalidad aplicada que va más allá de la intención de crear un estado de conciencia en el lector; y que se evidencia en el relato etnográfico y en el reporte que componen él y la asistente social y que es el colofón lógico del compromiso social del etnógrafo. Frente a quienes, en Europa, han anatemizado el trabajo aplicado de la antropología como una concesión venal e indigna, de Martino deja claro que no hay etnografía sin compromiso.

Creo que es fácil de comprender el silencio ante la obra de De Martino. El silencio de Jervis, el psiquiatra que le acompañó y que después cooperó

por la interacción que se establece en ella entre los distintos miembros del equipo y en la estructura de su redacción final realizada por De Martino, pero seguida de una serie de apéndices por los demás miembros del equipo.

con Basaglia en la desinstitucionalización de la psiquiatría italiana; la falta de relaciones sinceras entre los psiquiatras y los científicos sociales (Pandolfi 1992);⁴⁶ el clamoroso silencio de las antropologías europeas ante su obra; o la ignorancia de la antropología americana, a pesar de las decenas de monografías de comunidad sobre el campesinado italiano que se realizan desde los años cincuenta. El modelo antropológico clásico no podía aceptar una ruptura tan radical en la organización de la investigación, el equipo frente al investigador solitario, las implicaciones de los autores, el manejo del documento histórico como relato etnográfico, la reivindicación de la historia. Sobre todo, no podía aceptar una *démarche* que supone la destrucción de las lindes corporativas entre la medicina, la psiquiatría, la historia, la ciencia social e incluso la literatura, la música y la poesía; pero que destruye los instrumentos narrativos formales de la medicina, de la historia y de la etno-

⁴⁶ Incluso en Italia, donde Basaglia simboliza la reforma directa de una política de estado, la desinstitucionalización, el diálogo entre psiquiatras y científicos sociales no se construyó, y eso que Jervis, colaborador de Basaglia, trabajó en el proyecto de De Martino (Pandolfi (1992:163). La síntesis de Basaglia y su grupo entre el marxismo y las ciencias sociales no influyó en la antropología europea de entonces aunque tuvo cierto eco en sectores de la sociología y la sociología histórica especialmente a través de Robert Castel. Recientemente la antropología médica norteamericana ha redescubierto a Basaglia, por lo cual cabe esperar su pronta elevación a los altares y su santificación. Para no caer en la tentación y dejarle en sus límites -que son bien interesantes en sí mismos-, vale la pena ver los análisis críticos de Menéndez (1978) y de Pandolfi (1992).

grafía; y que se permite, mucho más allá del juego musical que brinda Lévi-Strauss en las *Mitológicas*, convertir su texto en una ópera que termina con un *finale* transido de poesía y en un canto al humanismo.

LA DESCOLONIZACION DE LA LOCURA

Fundado en 1956, en los epígonos del colonialismo francés y en el contexto de la revisión de las políticas asistenciales de la metrópoli, poco antes de la independencia de Senegal en 1960, Fann, en Dakar,⁴⁷ era un manicomio clásico que se modernizó para atender mejor a una clientela esencialmente africana cuando se comprobó que el dispositivo custodial excluía a los enfermos de su red social y de su comunidad, y que ello retardaba su reinserción social. En Fann, Henri Collomb, un psiquiatra digamos clásico, estructuró en torno al hospital un *équipe* compuesto por médicos, psicólogos, psicoanalistas y etnólogos, con el objetivo de desarrollar una experiencia nueva de asistencia psiquiátrica.

En Senegal, mucho más que en los países desarrollados, se plantearon contradicciones entre la psiquiatría

⁴⁷ Sobre Fann es indispensable Collignon (1978) que efectuó una clasificación exhaustiva de la producción impresa derivada del hospital. El bloque es literalmente impresionante. Sobre la experiencia hay una buena síntesis crítica de Pandolfi (1986, 1988), y un comentario sobre la práctica clínica del psiquiatra en una intervención de Zempléni en Benoist (1992)

clínica clásica y su dispositivo institucional, y la existencia simultánea de un dispositivo étnico de clasificación y tratamiento de los trastornos psíquicos. La constatación de los obstáculos en el contrato terapéutico, en el que influyeron la psicoterapia institucional y las teorías de Maxwell Jones, explican el desarrollo, junto a las reformas asistenciales, de un *équipe* de investigación clínica y de campo pluridisciplinar compuesto por médicos, psiquiatras, psicólogos clínicos e infantiles, y por sociólogos.⁴⁸ Esta experiencia se reflejó en la organización de una comunidad terapéutica y en procedimientos alternativos de incorporación de la red social de los pacientes a la terapéutica, junto con experiencias de institucionalización intermedia entre otras.⁴⁹

Edmond y Marie Cécile Ortigues (1966) revisaron las tesis freudianas sobre el *Complejo de Edipo*, en las aborígenes africanos sobre la base de una experiencia de cuatro años de trabajo analítico en medio hospitalario. Como

⁴⁸ El eclecticismo de Fann se reflejó en la revista *Psychopathologie Africaine*. Collignon (1979) resaltó el papel de Collomb y reseñó casi seiscientas referencias, entre ellas cuarenta tesis y una docena de películas que surgieron de la institución. Resulta imposible reseñar mínimamente el interés de una obra inmensa con implicaciones fundamentales en la etnología, el psicoanálisis, la psicología y la psiquiatría social y el africanismo.

⁴⁹ Storper Pérez (1974), publicó una monografía al respecto en la que analizó brillantemente las contradicciones de ese modelo de práctica en la medida en que introducía sesgos fundamentales en los modelos de gestión aborígenes al modificar no sólo las interpretaciones a cerca de la enfermedad, sino fundamentalmente en la elaboración de la práctica sobre ella.

ha subrayado Collignon (1978:136), en un contexto con escaso personal adiestrado, el psiquiatra aparece como el agente de una práctica social dubitativa en la que existen contradicciones entre su compromiso con los pacientes y su función social de celador. Esto explica, el cuestionamiento por los profesionales progresistas de ese modelo y el desarrollo en Fann de una alternativa desinstitucionalizadora.

Aunque Fann sea hoy una anécdota en la psiquiatría actual, su trascendencia etnológica no deja lugar a dudas. Aunque Collomb y los Ortigues eran médicos y Zempleni, psicólogo clínico, el desarrollo de investigación de campo sobre problemas como la posesión, la adivinación y las prácticas psicoterapéuticas en sociedades africanas era la consecuencia inmediata de la práctica clínica y había de revertir a ella. Al recuperar el psicoanálisis y el estructuralismo fueron, no obstante, más allá y se situaron en el debate teórico de los modelos cognitivos establecidos por ambas corrientes y por lo tanto en la discusión de la teoría antropológica general. Junto a los Ortigues (1966), que representan la antropología psicoanalítica, la investigación más interesante desde el punto de vista etnopsiquiátrico, vino de la mano de Andrés Zempleni, influido por el psicoanálisis y el estructuralismo y que se interesó por los procesos terapéuticos en un sentido muy cercano al que había propuesto Lévi-Strauss. Investigó las formas de posesión y los rituales terapéuticos de los lebu-wolof (1966), inicialmente desde la psicología clínica y posterior-

mente desde la etnología,⁵⁰ para establecer su alcance y su significado en torno a los trastornos considerados mentales por los propios aborígenes. Su tarea sobre el *ndöp*, fue probablemente uno de los primeros intentos de verificación en el campo de las hipótesis de Lévi-Strauss sobre la eficacia simbólica. En su estudio, describió con precisión clínica los rituales y efectuó un análisis estructural de los procedimientos terapéuticos y de los sistemas simbólicos que los engendraban. En sus conclusiones destacó cómo la terapéutica aborígen empezaba en la consulta al terapeuta; la importancia del contexto social en el cual se articulan los trastornos; y cómo lo vivido se reconvertía en la experiencia alucinatoria en un sentido opuesto al de los occidentales: curar no era criticar la alucinación, sino, por el contrario, interpretarla -de ahí el problema de las diferencias entre el delirio y la alucinación y las fases del ritual, de interpretación, de experiencia onírica y de reconstrucción de las relaciones familiares que implicaban la reintegración del enfermo a su colectividad.

La importancia de la obra de Zempleni está en su profundo y etnográficamente rico análisis del proceso terapéutico, en el que se reflejan una excelente formación clínica y de investigador de campo -que enlaza con la tarea del africanismo británico-, desde un punto de vista teórico, las influencias del estructuralismo y del

psicoanálisis, que se traducían en un ir más allá del discurso sobre el papel de la magia, o de la posesión en el control social para introducir en él el análisis de los procesos de cognición y de las lógicas específicas del pensamiento.

Sin embargo, los etnólogos franceses, muy influidos por el estructuralismo o por el marxismo, se separaron progresivamente del trabajo aplicado clínico y entraron en los circuitos académicos aislándose de la medicina y de la psiquiatría durante casi una década. Parece como si la etnología francesa, en un instante en que la tendencia de las antropologías era cuestionar el modelo clásico y tratar de sustituirlo por opciones más abiertas, renunciase a ello y se encerrase en una suerte de *torre de marfil*.⁵¹ Este modelo de retórica etnológica hacía aguas por sus márgenes en la medida en que la crisis progresiva de los campos tradicionales de trabajo habían de ser sustituidos por otros, más cercanos, en la metrópoli o en torno a problemas que afectaban a médicos o a psiquiatras y en los que decididamente hay ya una considerable participación de antropólogos jóvenes.⁵²

⁵¹ Paradójicamente, una de las posturas aplicadas más radicales en la antropología francesa ha sido desarrollada por Tobie Nathan (1986), un psicoanalista discípulo de Devereux, y heredero por tanto de una larga tradición de trabajo académico y teórico.

⁵² Vale la pena destacar la continuidad de la experiencia de Veil y Bastide, y el debate que se abre hacia 1980 sobre la posibilidad de una antropología médica (Retel Laurentin 1983), así como posteriormente la interesante labor del colectivo AMADES dirigido por Jean Benoist, y la maestría de antropología médica (1985) organizada por Luís Mallart y Andras Zempleni. Sobre el problema de la antropología aplicada en Francia, ver Baré (1995) y Benoist (1992).

⁵⁰ Zempleni trabajó posteriormente sobre la adivinación en el Chad, (Adler y Zempleni 1972), y sobre el profeta Albert Atcho en la comunidad de Bregbo (Piault y otros 1975).

EPPURE SI MUOVE

Decía el añorado Bastide (1973) que para que la tarea multidisciplinar tuviese efecto, los socios del contrato debían partir de una autocrítica de sus propios conceptos y metodologías y de una lectura crítica de las posiciones de los demás. Qué tarea tan difícil cuando a través de las experiencias de unos y de otros, la imaginación antropológica, sociológica, psiquiátrica, médica o histórica se ve una y otra vez aherrojada por el fundamentalismo, la arrogancia y la burocratización. He querido contar aquí unos cuantos fracasos, intentos en ocasiones innovadores que parecen abrir perspectivas nuevas y atractivas en el margen del margen: en el margen de la medicina o de la psiquiatría, en el margen de la antropología o de la sociología. Su problema es que se producen en lenguas no hegemónicas, en lugares más o menos aislados y no existe un medio para facilitar la comunicación y la transmisión. Muchas de esas historias corresponden a compromisos personales aislados, traslucen inquietudes, intentos de respuesta, preguntas que no son respondidas, debates que no se abrieron nunca. Es por eso que hoy aquí no he querido hablar del presente de la antropología médica europea para no caer en un falso triunfalismo que podría resultar de una suerte de exhibición de un volumen de tarea notablemente amplio y en general poco conocido con mejor o menor fortuna articulado a la literatura hegemónica. No hubiese, no pudi-

endo citar a todos, hacer justicia. Por eso he preferido jugar con el pasado inmediato, para tratar de comprender cuáles son nuestras raíces y nuestra identidad como médicos que acabamos en la antropología, como antropólogos que acaban adoptando la medicina como su objeto de estudio. Quizás nuestras raíces, o nuestro contexto no aparezcan como algo ajeno o exótico a los eventuales lectores de América Latina. En cualquier caso escribo ésto para que ese lector pueda quizás identificarse con algunos rasgos de esa soledad que los ejemplos que he puesto manifiestan, con esa incomprensión, con ese silencio, con la falta de aliento a su tarea. Probablemente muchos de ellos se sintieron desencantados en su tiempo ante la falta de respuesta, y casi todos son reivindicados después de su muerte. Pero Pitirè, de Martino, Cabaleiro, Basaglia y todos ellos son los que nos permiten hoy pensar y adquirir la conciencia que no fue en vano, que había un futuro, que todo no puede ser igual porque los compromisos siguen existiendo; e incluso, en la aparentemente *feutrée* sociedad europea opulenta y post-industrial no todo está resuelto; y los problemas, en el campo de la salud, de la salud mental y de la protección social, forman parte también de nuestra cotidianeidad más inmediata.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER, Alfred et Andras Zempléni. *Le bâton de l'aveugle*. París Hermann. 1972
- AUGE, Marc. "L' anthropologie de la maladie". En: Pouillon, Jean (comp.) *Anthropologie. Etat des Lieux*. París, Le Livre de Poche, pp:79-85. 1986
- ARON, Jean-Paul. *Les modernes*. París, Gallimard. 1984
- BALCELLS, Albert. *La Mancomunitat de Catalunya*. Barcelona, Proa. 1996.
- BALOSTE-Fouletier, Irène. *Chronique de l' ordre asilaire*. París, François Maspéro. 1973.
- BARE, Jean-François (ed.). *Les applications de l' Anthropologie. Un essai de réflexion collective depuis la France*. París, Karthala. 1995.
- BASAGLIA, Franco y otros. *La institució negada*. Barcelona, Barral. 1972.
- BASTIDE, Roger. *Sociologie des Maladies Mentales*. París, Flammarion. 1965.
- "Prólogo", en Devereux, George *Ensayos de Etnopsiquiatria General*. Barcelona, Barral. 1973
- BAZIN, Hervé. *La tête contre les murs*. París, Bernard Grasset. 1965.
- BENOIST, Jean (comp.). *Ou en est l' anthropologie médicale appliquée?* Toulouse, AMADES. 1992.
- CABALEIRO Goas, Manoel. *La psiquiatria en la medicina popular gallega*. Tesis de Doctorado. Universidad de Madrid. 220pp. 1953.
- "A psiquiatria na medicina popular galega: etiopatoxénia". En Gondar, Marcial y Emilio González *Espiritados. Ensayos de Etnopsiquiatria galega*. Santiago, Laiovento pp:123-140. 1992.
- CASTEL, Robert. "Vers les nouvelles frontières de la médecine mentale". *Revue Française de Sociologie* 14 (spécial) 111-135. 1973.
- *Le psychanalisme. L' ordre psychanalytique et le pouvoir*. París, François Maspéro. 1976.
- *La gestion des risques. De l' anti-psychiatrie a l' après psychanalyse*. París, Editions de Minuit. 1981.
- CASTEL, Françoise; Castel, Robert y Anne Lovell. *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*. Barcelona, Anagrama. 1980.
- CAUDILL, William. *El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica*. Buenos Aires, Escuela. 1966.
- CHARUTY, Giordana. *Le couvent des fous. L' internement et ses usages en Languedoc aux XIXème et XXème siècles*. París, Flammarion. 1985.
- COLLIGNON, René. "Vingt ans de travaux a la clinique psychiatrique de Fann-Dakar". *Psychopathologie Africaine*. 14 (2-3):133-324. 1978.
- COMELLES, Josep M. *Groupes informels, mobilisation et factions dans un hopital psychiatrique. Correlations ideologiques et transformations de l'assistance pendant une periode changement politique*. Thèse de 3ème cycle. París, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 4 vols. 1979.
- *El proceso de institucionalización en las sociedades complejas. El caso de la asistencia psiquiátrica en Catalunya*. Tesis de Doctorado. Barcelona, Universidad de Barcelona. 1981.
- "La crisis psiquiátrica durante el tardofranquismo y la transición. El caso del Institut Mental de la Santa Creu (1971-1986)". *Revista de la Aso-*

- ciación Española de Neuropsiquiatría* 19:619-635. 1986.
- "La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en España. Barcelona, PPU. 1988.
- "La Psiquiatría y la Antropología Social en el desarrollo del estado providencia en España", en V.V.A.A. *Malestar cultural y conflicto en la sociedad madrileña*. Madrid Comunidad de Madrid, pp 79-504. 1991.
- "Psychiatric Care in Relation to the Development of the Contemporary State: The Case of Catalonia". *Culture, Medicine and Psychiatry* 15 (2) 193-217. 1991a.
- "De médicos de locos a médicos de cuerdos. La transición del manicomio al gabinete en la psiquiatría de anteguerra (1890-1939)". *Asclepio* XLIV (1):347-369. 1992.
- "Fe, carismas y milagros. El poder de curar y la sacralización de la práctica médica contemporánea.", en González Alcantud, J.A. y S. Rodríguez Becerra (comps.) *Creer y Curar: la Medicina Popular*. Granada Diputación Provincial, pp: 301-335. 1996.
- "De la superstición a la medicina popular. La Transición de un concepto religioso a un concepto médico". González Reboredo, X. y otros (comps.) *Antropoloxia da Saúde*. Santiago, Consello da Cultura Galega. 1996a.
- "Medical Practice and Local Knowledge. The role of Ethnography in the construction of Medical Hegemony". Sakai, S. H. Kuriyama (comps) *Environment and Sickness*. Osaka, Tanigushi Foundation. 1996b.
- "Parole de Médecin. Le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine " en Nouss, A; Lévy, J.; Martin, J.B et F. Laplantine (eds.) *Récit et Connaissance*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon. 1997.
- "From Ethnographic to Clinical practice in the construction of a Contemporary State, en Greenhouse, C. y D. Greenwood (eds.) *Democracy and Difference*. Albany, State University of New York Press. 1997a.
- (comp.). *Antropologia i Salut*. Barcelona, Fundació Caixa de Pensions. 1984.
- ; Martínez Hernández, Angel. *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid, Eudema. 1993.
- y Joan Prat. "El estado de las antropologías. Antropología, folklores y nacionalismos en el Estado Español". *Antropología* (Madrid) 3:35-62. 1992.
- DOZON, Jean-Pierre. "Quand les pasteurs traquaient la maladie du sommeil". *Sciences Sociales et Santé* III, 3-4: 27-56. 1985.
- FOUCAULT, Michel. *Historia de la locura en la época clásica*. México, Fondo de Cultura Económica. 2 vols. 1979.
- GARCIA, Ramón. *¡Abajo la autoridad! Locura, manicomio y muerte*. Barcelona, Anagrama. 1979.
- *Historia de una ruptura. El ayer y el hoy de la psiquiatría española*. Barcelona, Virus Editorial. 1995.
- GARCIA González, J. "Una década de asistencia psiquiátrica (1965-1975) y dos intentos de psiquiatría comunitaria: el H. P. de Oviedo y el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo". En:

- Gonzalez de Chavez (comp.) *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid, Mayoría. 1980
- GONZALEZ, Emilio y David Simón Lorda. "Pensamento antropológico dos médicos galegos. Apunte histórico". En Gondar, Marcial y Emilio González *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatria galega*. Santiago, Laiovento pp: 91-120. 1992.
- GOODY, Jack. *The Expansive Moment. Anthropology in Britain and Africa. 1918-1970*. Cambridge University Press. 1996.
- GROB, Gerald N. *From Asylum to Community. Mental health Policy in modern America*. Princeton, NJ, Princeton University Press. 1991.
- IRUELA, Luis Miguel. *Doctor Emilio Mira y López, la vida y la obra. Psiquiatria Psicología y Armonía Social*. Barcelona, Universitat de Barcelona y Ajuntament de Barcelona. 1993.
- JONES, Maxwell. *Psiquiatria Social*. Buenos Aires, Escuela. 1966.
- *La Psiquiatria Social en la Práctica. La idea de la comunidad terapéutica*. Buenos Aires, Editorial Américal. 1970.
- KENNY, M. y J. de Miguel (comps.). *La Antropología Médica en España*. Barcelona, Anagrama. 1979.
- KLEINMAN, Arthur. *Writing at the Margin*. Berkeley, California University Press. 1995.
- KUPER, Adam. *La Antropología y los antropólogos: la escuela británica 1922-1970*. Barcelona, Anagrama. 1975.
- LAIN Entralgo, Pedro. *La relación médico-enfermo. Historia y Teoría*. Madrid, Revista de Occidente. 1964.
- *El estado de enfermedad. Esbozo de un capítulo para una posible antropología médica*. Madrid. Moneda y Crédito. 1968.
- *Antropología Médica*. Barcelona, Salvat. 1984
- LEVI-STRAUSS, Claude. *Anthropologie Structurale*. París, Plon. Loudon, J. 1958.
- *Social Anthropology and Medicine*. París, Mouton. 1976.
- MAJASTRE, Jean-Olivier. *La introducción del cambio en un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires, Granica Editor. 1973.
- MARAÑON, Gregorio; Merchán, Miguel y otros. *El médico y su ejercicio profesional en nuestro tiempo*. Madrid, Editora Nacional. 1962.
- MARIÑO Ferro, Xosé Ramón. "A etnomedizina na Galiza". En Gondar, Marcial y Emilio González (comps.) *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatria galega*. Santiago, Laiovento. 1992.
- MARTINO, Ernesto de. *Morte e Pianto rituale. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria*. Torino, Editore Boringhieri. 1975[1958].
- *Sud e Magia*. 1983 [1959].
- MILANO, Giangiacomo Feltrinelli. *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*. Milano, Il Saggiatore trad. francesa: 1966 *La terre du remords*. Paris, Gallimard. 12a. ed. 1994 [1961]
- MARTINEZ Hernández, Angel. *El síntoma y sus interpretaciones*. Tesis de Doctorado. Universidad de Barcelona. 1994.
- , Angel y Josep M. Comelles. "La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico?". *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* 39 (2): 109-136. 1994.

- MENENDEZ, Eduardo L. "Nuevos" objetos de estudio de la Antropología Social" en V.V.A.A *Actas de la XV Mesa Redonda de la Sociedad Mexicana de Antropología*. México. 1977.
- *Cura y Control. La Apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México, Nueva Imagen. 1978.
- "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En: Basaglia, F. y otros (ed.), *La salud de los trabajadores*. México, Nueva Imagen, pp:11-53. 1978a.
- "Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes". *Alteridades*. 1 (1): 21-32. 1991.
- METRAUX, Alfred. *Le Voodoo Haïtien*. Paris, Gallimard. 1958.
- MIRA López, Emilio. *La Psiquiatría en la guerra*. Buenos Aires, El Ateneo. 1944.
- MURARD, Lion et François Furquet. *Histoire de la Psychiatrie de Secteur, ou le secteur impossible*. Paris, Recherches. 1975.
- NATHAN, Tobie. *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*. Ponte alle Grazie. 1986.
- ORTIGUES, Edmond et Marie-Cécile Ortigues. *L'Oedipe Africain*. Paris, Gallimard. 1986.
- PANDOLFI, Mariella. "Oltre Ippocrate. Itinerari e Instrumenti in Etnopsichiatria". En: Nathan, Tobie (ed.), *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*. Ponte alle Grazie, pp: 7-28. 1986.
- "Il lui manque d' avoir connu la folie". l' etnopsichiatria della scuola de Dakar". *L' etnopsichiatria* 17: 67-74. 1988.
- "Beyond Gramsci and De Martino: Medical Anthropology in Contemporary Italy". *Medical Anthropology Quarterly* 6 (2): 162-165. 1992.
- "Le self, le corps, la crise de la "presence". *Anthropologie et Sociétés* 17 (1-2): 57-77. 1993.
- PIAULT, Colette (comp.). *Prophétisme et Thérapeutique*. Paris, Hermann. 1975.
- PITRE, Giuseppe. *Medicina Popolare Siciliana*. Torino - Palermo, Carlo Clausen. 1896.
- RAPOPORT, Robert N. *La communauté thérapeutique*. Paris, François Maspéro. 1974.
- RETEL-Laurentin, Anne (comp.). *Une Anthropologie Médicale en France?*. Paris, Editions du C.N.R.S. 1983.
- SIGERIST, Henry. "De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre seguridad social, en: Lesky, Erna (comp.) *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984.
- STANTON, Alfred H. and Morris S. Schwartz. *The Mental Hospital. A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*. Nueva York, Basic Books. 1954.
- STOCKING, George. *Victorian Anthropology*. Nueva York, Free Press. 1987.
- STOLCKE, Verena. "De padres, filiaciones y malas memorias. ¿Qué historias de qué antropologías". En: Bestard, Joan (comp) *Después de Malinowski*. Tenerife, Asociación Canaria de Antropólogos. 1993.
- STORPER-Perez, Danielle. *La Folie Colonisée*. Paris, François Maspéro. 1974.

- TOSQUELLES, François. *Le Travail Thérapeutique a l' Hôpital Psychiatrique*. Paris, Editions du Scarabee. 1978.
- VIVES Casajuana, Salvador. *L' organització de l' assistència pública dels psicòpates a Catalunya*. Barcelona, Fundació Salvador Vives Casajuana. 1979.
- ZEMPLENI, Andras. "Le dimension therapeutique du culte des Rab. Ndöp, Tuuru et Samp, Rites de Possession chez les Lebou et les Wolof". *Psychopathologie Africaine* II (3): 295-439.0. 1966.