

Sobre el valor simbólico de la enfermedad en el Nordeste brasileño

Rafael DÍAZ MADERUELO
(Universidad Complutense de Madrid)

Estas páginas pretenden contribuir al desarrollo del campo de la antropología médica, que en nuestro país reviste un carácter residual, al menos si se compara con la atención que viene prestándose a otros campos de la investigación antropológica, especialmente en lo que se refiere a estudios de estructura social (Pujadas y otros, 1980: 328).

El informe que ahora se presenta toma como base algunos datos obtenidos a lo largo de dos campañas de trabajo realizadas en el nordeste brasileño; y, en cierta forma, intenta desarrollar el enfoque simbólico-cognitivo, quizás el más adecuado para este tipo de estudios. Durante la primera estancia, que ocupó la casi totalidad del año 1978, se trabajó principalmente con informantes, sobre la base de entrevistas dirigidas o semidirectivas, en diversas poblaciones del Nordeste. Asimismo se hizo uso de observaciones en los tenderetes y puestos de venta de curanderos y «raizeiros» (vendedores y expertos en remedios de origen vegetal: plantas, cortezas, raíces, etc.). El segundo período de permanencia en el área elegida tuvo un carácter diferente del anterior, pues no sólo fue más corto, sino que estuvo dedicado, casi en exclusiva, a la recopilación de materiales escritos, mediante consulta de fondos documentales y bibliográficos en archivos, bibliotecas e instituciones. Por ello esta nueva etapa de la investigación, realizada durante los meses de julio a septiembre de 1982, se extendió a las ciudades de Río de Janeiro y São Paulo, además de las poblaciones nordestinas visitadas anteriormente¹. El área de que procede la información

¹ En esta segunda estancia, mantuve muy provechosas conversaciones con la profesora Carmen Junqueira (Universidade Católica de São Paulo). También fueron valiosas las indicaciones del profesor Gilberto Freyre (presidente del Insti-

de primera mano se extiende concretamente a lo largo de la franja litoral nordestina, y se desarrolló fundamentalmente en la ciudad de Recife, así como en Olinda y en el barrio de Candeias, en el municipio de Jaboatão, a unos 12 km. al sur de Recife. La información obtenida en estas poblaciones se complementó con permanencias de menor duración en otras ciudades y aldeas: Salvador y Paulo Alfonso (en el estado de Bahía); Garanhuns, Caruarú, Paulista e Igarassú (Pernambuco); Maceió (Alagoas); João Pessoa y Campina Grande (Paraíba); Natal y Mossoró (Río Grande del Norte), y Fortaleza (en el estado de Ceará).

La situación de estas poblaciones permite inscribirlas en las tres áreas ecológicas bien diferenciadas del Nordeste: la «mata litoral», el «agreste» o «caatinga» y el «sertão». Es precisamente sobre este escenario donde, desde hace algunos siglos, se viene desarrollando uno de los procesos más interesantes de mestizaje biocultural de todo el continente americano. En efecto, a la heterogeneidad de los grupos indígenas que ocupaban tan extensa zona, hay que sumar los segmentos de población europea de diversa procedencia —principal pero no exclusivamente—, portugueses, holandeses y franceses, que importaron sus modos de vida y sus tradiciones: y a todo ello hay que añadir las numerosas oleadas de esclavos africanos, también diversos en sus características físicas y culturales, que contribuyeron a incrementar el mestizaje biológico y cultural de esta región. De esta manera, lo que hoy se conoce como cultura nordestina debe ser entendido como el resultado de una serie de síntesis particulares llevadas a cabo en diversos momentos y en distintas localidades, que han dado lugar a diferentes grados de preeminencia de los rasgos europeos, africanos o indígenas, y que afloran en las variedades locales de la cultura. Evidentemente, el proceso no ha estado exento de sucesivas adaptaciones a las modificaciones de las condiciones ecológicas que algunas actividades económicas de los tiempos coloniales operaron en el área². Asimismo se abre paso un proceso secular de «modernización», que tiende a unificar las variedades locales de cultura para incorporarlas a la tendencia «nacional».

Las ideas y concepciones acerca de la enfermedad, su etiología o su terapéutica, que operan en el área nordestina, no pueden sustraerse a este contexto de fuerte dinámica sociocultural, sin embargo, lo que se percibe en las entrevistas es la referencia a diferentes versiones de los conceptos populares sobre el trinomio «etiología —enfermedad— tera-

tuto Joaquim Nabuco, de Pesquisas Sociais), así como las sugerencias del profesor Ruy dos Santos Pereyra (Universidade Federal de Pernambuco).

² Me refiero al proceso de desertización de gran parte de la zona de «mata» nordestina, a causa del reiterado monocultivo del azúcar en la época colonial (GALEANO, 1977: 92 y ss.).

péutica», y en la medida en que cada una de estas versiones tiene un valor actual, que remite a variedades locales, resulta algo vano intentar rastrear su origen en alguna de las múltiples tradiciones presentes en la región.

En otro orden de cosas y desde el punto de vista sanitario, ninguno de los sistemas actualmente vigentes en el área nordestina puede considerarse suficiente, de forma aislada, para atender la demanda de la población. La denominada habitualmente medicina «oficial» carece de la infraestructura necesaria, y generalmente se concentra en los núcleos urbanos (Costa, 1971; Guimarães, 1981), aunque no faltan dispensarios en los núcleos de población rural. Junto a estos centros de medicina «oficial» cobran expresión las diversas formas de medicina popular; a veces como actividades colaterales de los cultos religiosos afrobrasileños, en los «terreiros» de Xangô, en Recife, en los candomblés bahianos o en los «terreiros» de Umbanda, en las zonas suburbanas de Recife y otras ciudades nordestinas; asociada o formando parte del ritual denominado «catimbó» (Cascudo, 1951; Campos, 1967); en otras ocasiones la medicina popular es ejercida por curanderos, «rezadores», «raizeiros», «benzedeiros», «benzinheiras», «curadores de cobras», etc.; y sus principios son la base de cualquier medicina casera.

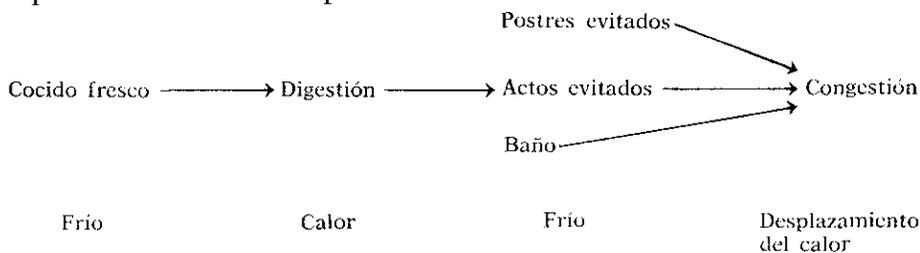
En este contexto la frecuente dicotomía entre medicina «oficial» y medicina popular, sin dejar de ser operativa para muchos fines, pierde valor desde el punto de vista de este análisis, pues además de la situación simbiótica de ambos sistemas sanitarios en el área estudiada, la medicina «oficial» no está exenta de valoraciones y concepciones populares. En efecto, en determinados estratos de la población, quien acude al médico no es precisamente en virtud del carácter «científico» de la medicina, sino mediante un sistema de referencias de parientes o amigos (De Miguel, 1980: 25), en busca de medicamentos en los que ha depositado su «fe» en virtud del «uso carismático que el médico hace de su propia posición social y el dispositivo tecnológico que puede poner en práctica» (Prat y otros, 1980: 56). Y si esto no bastase para amenjurar el valor analítico de la dicotomía popular/oficial), históricamente, la serie de conceptos y prácticas que se conocen como medicina popular nordestina, igual que sucede en la mayor parte de los países hispanoamericanos, hunde sus raíces en la herencia de conocimientos que constituyeron la nosología de la medicina «oficial» de la colonia (Foster, 1980).

También ofrece algunas dificultades para el análisis de las concepciones populares de la enfermedad la tradicional separación de los conceptos de etiología, síntomas y terapéutica. En muchas ocasiones la concepción de la enfermedad se refiere al conjunto de esos tres elementos, cada uno de los cuales adquiere sentido precisamente por referencia al conjunto. En la región nordestina, y no sólo en ella, la etio-

logía atribuida a algunos síntomas remite a un orden valorativo de la enfermedad, ya sea cuando se la considera el resultado de un proceso de contaminación, o cuando se atribuye su padecimiento a la intervención negativa de un virtual «enemigo». En estos casos la terapéutica está encaminada a evitar los síntomas mediante acciones que tienden a anular no sólo sus síntomas, sino también la etiología. Se supone que si la enfermedad ha quebrantado un determinado equilibrio, la terapéutica deberá restituirlo. En otros casos, por el contrario, cuando la sintomatología que configura la dolencia se deriva del quebrantamiento de alguna norma por parte del paciente, será la enfermedad la encargada de restablecer el orden alterado, y por lo tanto la terapéutica tenderá a sustituir la acción «expiatoria» de la enfermedad, con otra acción semejante y paralela, pero que no sea nociva para el enfermo. En estos casos parece ser el carácter funcionalista de la explicación lo que justifica la no desintegración del trinomio «etiología-síntomas-terapéutica», sin embargo, el aislamiento del concepto de enfermedad, o de algunos de los tres componentes mencionados, es artificioso; y ello es demostrable a partir de cualquiera de las concepciones de enfermedad que operan en el área estudiada. Veamos algunas de esas concepciones.

Una gran parte de los términos que definen las dolencias en la medicina popular nordestina remiten a concepciones tradicionales que un día formaron parte de la medicina colonial. Algunas clasificaciones llevan a considerar el valor operativo de algunos conceptos opuestos como «frío-calor» (sólo excepcionalmente se han encontrado referencias a la oposición «húmedo-seco»). Por ejemplo, en el nivel etiológico de algunas enfermedades, y por desplazamiento al plano alimentario, aparecen expresiones tradicionales como «almoço fresco» (almuerzo fresco), o cocido «fresco». Se trata de carne fresca, generalmente de buey, hervida y acompañada de un «pirão» (especie de sopa de tapioca muy espesa), hecho con harina de mandioca y el caldo resultante de la cocción. No todos los frutos convienen a este plato como postre; por ejemplo, la banana, la «jaca» (*Artocarpus integrifolia*, L. f.), la papaya o la sandía, se consideran frutos fríos, y por lo tanto si se toman después de un cocido fresco pueden aumentar peligrosamente el frío. También deben evitarse acciones que pueden provocar calor, o más exactamente pueden desplazar el calor necesario para la digestión a otras partes del organismo, tales como peinarse, leer, hacer ejercicio físico, «incluso se prohíbe el coito hasta el día siguiente» (São Paulo, 1970, I: 13). Se considera que la inmersión en agua fría puede provocar una congestión, la explicación parece situarse, en este caso, en el mismo orden de la relativa a los postres proscritos; esto es, el aumento rápido del frío; en el caso de las otras acciones que deben evitarse, parece que la expli-

cación sería el cambio brusco de temperatura, pero de hecho pueden reproducir el mismo esquema:



A la inversa, cualquier alimento frío, que se toma después de una situación de hipertermia, produce también un daño físico. «Estaba sudando, tomó sandía y comenzó a vomitar sangre» (São Paulo, 1970 I: 181). Sin embargo, frente a la acción de remedios o alimentos calientes se pueden utilizar alimentos o remedios fríos, que no equivalen rigurosamente a agentes fríos.

Un elemento frecuente en la mente del hombre nordestino, y por lo que se refiere a sus formas de conceptualizar la enfermedad, es el «aire». El aire es signo de vida, pero puede ser peligroso cuando sus cualidades se modifican por la temperatura. El aire frío puede producir un «enfriamiento de las venas, los nervios, las arterias, carne, membranas y piel, se considera causa de la mayor parte de las hemiplejias, resfriados, asma, congestión cerebral..., las expresiones usuales para referirse a su acción son: «ramo do ar», «doença do ar», «ramo do valente», etc. (São Paulo, 1970, I: 21). A su vez, el aire caliente se considera productor de disentería, diarreas, fiebres biliosas, etc. La expresión «ar encalhado» (aire sin salida) designa algunas molestias en el pecho o en cualquier otra parte del cuerpo que se atribuyen a la «impresión del aire, y que los médicos llaman molestias reumáticas pasajeras» (São Paulo, 1970, I: 22). Pero además el aire puede servir como vehículo a partículas contaminantes que producen infecciones u originan hinchazones en el cuerpo. Generalmente puede prevenirse la entrada en el cuerpo de estos agentes patógenos, mediante una técnica expresiva del ritual denominado «Catimbó». Se trata de la operación de «fechar o corpo» (cerrar el cuerpo), que pretende evitar la acción de cualquier agente contaminante en el organismo. «En el catimbó hay un proceso de inmunización de todo el cuerpo que lo hace impenetrable a las balas calientes, y a los cuchillos fríos, a las aguas muertas y vivas, al fuego, a la dentellada venenosa, a la imprecación de males ('praga') o al maleficio» (Casculo, 1951: 59).

Entre las concepciones nordestinas de la enfermedad, son especialmente interesantes aquellas cuyos aspectos etiológico o terapéutico remiten a acciones que se sitúan en un plano virtualmente sobrenatural.

Frecuentemente puede reconocerse en estas concepciones un componente indígena, pero cualquier indagación permite comprobar que las concepciones de dolencias derivadas de las tradiciones africanas o europeas casi nunca están exentas de cierto valor mágico. Precisamente el ya mencionado «catimbó» intenta «cerrar el cuerpo» no sólo frente a contaminaciones «físicas» del aire o del agua, sino también a las producidas por intrusión de alguna fuerza no material, o se utiliza para evitar el «quebranto», estado de debilidad producido por el «mau olhado» (aojamiento). Sobre esta última causa de enfermedad el nordeste brasileño ofrece un interesante cúmulo de creencias y prácticas, que pueden ser objeto de análisis en otras páginas. Foster (1980) admite que la creencia en el «mal de ojo» en Iberoamérica es básicamente la misma que en España, pero las respuestas terapéuticas divergen en la medida en que pueden haber sido originadas por otras tradiciones.

Entre las causas atribuidas a las enfermedades por Araújo (1979: 211 y ss.) señala la culpa por haber transgredido una norma moral. En estos casos se considera que la enfermedad es realmente una sanción, un castigo; y los síntomas suelen adoptar la forma de estigmas. La terapéutica puede incluir un tratamiento o acción de carácter expiatorio, pero como se apuntó más arriba, la verdadera acción expiatoria corresponde a la propia dolencia, que es la encargada de restablecer el orden quebrantado por la acción culpable. Pero, una vez que se ha curado la enfermedad mediante una acción paralela a ella que intente restablecer el orden roto, ¿qué sucede con los estigmas? En buena lógica quedarán como señal de que en otro plano se ha restaurado algo que había sido quebrado. A partir de ahí pueden ser objeto de elaboración simbólica y servir como signos de una acción culpable ya expiada.

Las marcas estigmáticas de algunas enfermedades que conllevan la idea asociada de una culpa son objeto, en la mentalidad nordestina popular, de un tratamiento interesante que concede a dichas enfermedades un valor metafórico. Es el caso de la «morfea» (esclerodermia circunscrita o en placas) y de la lepra, confundidas ambas enfermedades en el lenguaje popular nordestino, y consideradas en conjunto como la enfermedad «más terrible y la más inmundada de las conocidas». Las marcas sintomáticas de estas enfermedades se ocultan mientras es posible, pues asociada a su padecimiento se encuentra la idea de una cierta culpabilidad.

Más curioso es el caso de algunas cicatrices de origen sifilítico. Todavía hoy, la sífilis mantiene connotaciones de culpabilidad para quien se sospecha que la padece; suele evitarse su designación directa y se emplean perífrasis como «doenças de mulher», «doença apanhada», «locuras da mocidade» (Araújo, 1979: 144). Algo semejante ocurre con la morfea y la lepra, antes aludidas, cuya referencia habitual es «doença

de São Lázaro» o «mal de São Lázaro». Sin embargo, Gilberto Freyre, en su obra ya clásica, *Casa Grande y Senzala*, recoge una afirmación del viajero Karl von Martius, que recorrió el Brasil entre 1817 y 1820, según el cual, el hijo del señor de ingenio podía ser ridiculizado si no llevaba «estigmas sifilíticos en el cuerpo, que el brasileño ostentaba como quien luce una cicatriz de guerra» (Freyre, 1977: 70). En este caso que evoca ligeramente los análisis realizados por Susan Sontag, con base literaria, sobre el valor metafórico de la tuberculosis y del cáncer, en Europa, en los siglos XIX y XX, respectivamente (1980), los estigmas de la sífilis actúan doblemente como signos de la enfermedad y como símbolos de la virilidad. Se supone que el hijo de un señor de ingenio azucarero debía de haber sido iniciado sexualmente, casi con juegos, entre negras y mulatas, a los doce o trece años, porque si pasaba de esa edad y carecía de experiencia sexual podía ser tildado de «doncellón»; con todo, la sífilis tenía importancia verdaderamente trágica en la morbilidad de la región nordestina, y la mayor parte de los habitantes la consideraban, ya entonces, vergonzosa. Pero volviendo al análisis, la opción «ocultación-ostentación» de estas marcas dependería directamente del valor atribuido a la realidad evocada, según la ordenación de significantes. El estigma es signo de la enfermedad culpable, pero el carácter indeseable de esa realidad significada queda anulado mediante la utilización del mismo fenómeno como símbolo de una cualidad deseable o positiva, la virilidad. En este sentido, las marcas de la enfermedad adquieren un valor polisémico.

Una explicación análoga puede tener la actitud frente a la denominada «pinta» o «puru-puru» (espiroquetosis discrómica). Si bien se ha registrado en algunas zonas del estado de Bahía, en terrenos muy salinos junto al río San Francisco (Von Martius, 1979: 69, nota 8), la enfermedad es endémica en algunas zonas al norte del Amazonas. Entre los síntomas de esta enfermedad destaca la aparición de placas irregulares, redondeadas, aisladas o confluyentes, oscuras, de varios tamaños, y que se revelan al tacto por un cierto engrosamiento de la piel, mostrando más sequedad que ésta. Sin embargo, no es una enfermedad grave, y aunque los pacientes presentan un aumento del volumen del hígado, así como de la pilosidad corporal, no sufren otras afecciones cutáneas (Von Martius, 1979: 68 y ss.). Según varios testimonios (De Miguel, 1980: 31), la tribu de los «Puru-Puru» utiliza el padecimiento de esta enfermedad como rito de pubertad para varones, por medio de contagio intencionado; y si algún adulto no presenta las marcas de la enfermedad *no le es permitido contraer matrimonio. Recientemente, Márquez y Pérez sostienen la hipótesis de que esta enfermedad puede ser un preventivo de la sífilis, y por tanto pudo utilizarse su padecimiento por contagio, «como defensa ante la conquista y sus secuelas»* (1982. I: 163). En cualquier caso, las marcas de la enfermedad son uti-

lizadas como signo de su padecimiento, pero también como garantía de adultez o como símbolo de estar preparado para afrontar los peligros derivados de posibles acciones conquistadoras³.

Existe otro aspecto importante que influye en la valoración simbólica de las enfermedades: se trata de la localización de los síntomas a lo largo de la «geografía corporal». Si bien escasas, las referencias a la concepción del cuerpo en las entrevistas realizadas permiten trazar algunas coordenadas que arrojan información sobre las relaciones que se establecen en el plano simbólico entre el valor concedido a algunas enfermedades y su localización en el organismo.

Todo parece indicar que en el nordeste brasileño operan dos criterios para clasificar las partes del cuerpo. El primero de esos criterios establece diferencias entre los órganos situados en la parte interior y aquellas partes que están localizadas en la superficie. En principio no se pudieron precisar connotaciones valorativas que supusiesen una primacía de lo interno sobre lo externo, o viceversa. Parece que la atención prestada a las afecciones cutáneas es considerable; no obstante, paulatinamente pudo establecerse que las dolencias que manifestaban sintomatología externa son consideradas más peligrosas, al menos de una manera general. Por ejemplo, entre las preferencias a la posible distinción entre morfea y lepra, que como se ha visto suelen confundirse en el área estudiada, hay una que admite que la morfea es «solamente una enfermedad de la piel...», mientras que la lepra alcanza a la carne». Con todo, muchas enfermedades de la piel son consideradas vergonzosas, como la sarna, algunas psoriasis, etc. En Recife, algunas dermatomycosis eran consideradas signo de baja condición social, especialmente una forma muy frecuente denominada vulgarmente como micosis «de playa».

El otro criterio para clasificar las partes del cuerpo humano tiene en cuenta unos planos imaginarios que dividen al cuerpo en varios segmentos. Un primer plano divide el organismo en dos mitades, anterior y posterior, con valoración más positiva de la parte anterior. Un segundo plano lo escinde en dos nuevas mitades, derecha e izquierda. La parte derecha se considera más positiva, y en los rituales afrobrasileños se asocia con las acciones benéficas. Por el contrario, la parte izquierda se considera «negativa», y está asociada simbólicamente con las fuerzas del mal, la «corrente esquerda», la kimbanda y con Exu (el Diablo). Una excepción sería el corazón, que ocupa el centro y no se vincula con ninguna de esas dos mitades. Por último, un tercer plano, que dividiría el cuerpo coincidiendo con la separación diafragmática, no puede situarse con facilidad, y parece más propio hablar de una

³ Este último caso de búsqueda del contagio recuerda la actitud, frecuente en nuestra tradición, de preferir contagiarse de viruela loca para quedar inmune y no correr el riesgo de padecer la más peligrosa viruela negra.

jerarquización gradual del organismo en la que las partes son más valoradas o más «apreciadas», en su sentido ascendente.

Por lo general, el grado de valoración de las partes del organismo es inversamente proporcional al carácter de la enfermedad, o dicho en otras palabras, cuanto más se valora un órgano o un miembro más peligrosa resulta la enfermedad que lo aqueja. En cualquier caso, sin embargo, es difícil precisar con exactitud estas cuestiones, pues en ocasiones enfermedades que alcanzan a todo el organismo no revisten demasiada importancia desde el punto de vista de su apreciación social, como es el caso de los catarros por enfriamiento. Además es frecuente la confusión popular de la localización de una enfermedad o de algunos síntomas. El ejemplo más significativo de esta afirmación ocurre, en el Nordeste, y quizás en otras muchas regiones del Brasil, en las atribuciones de síntomas o enfermedades gástricas al hígado. Un caso frecuente es el de las formas leves de dispepsia gástrica, que suelen considerarse con el nombre de «mal do fígado».

Puede desprenderse de la lectura de estas páginas que más que hablarse de concepciones de la enfermedad debería utilizarse la expresión conceptos sobre la situación de enfermar. En efecto, parece conveniente aceptar la idea expresada recientemente por Prat, Comelles y Pujadas de que el interés de los estudios de etnomedicina radica en explicitar el contexto cultural del enfermar (1980). No puede concebirse una dolencia en términos exclusivamente naturales. Corresponde a la cultura definir las circunstancias que permiten el acto de enfermar; y en definitiva, posibilitar la vivencia de cada dolencia concreta. Fábrega ha establecido una distinción entre los términos ingleses «illness» y «disease»; el primero indica un carácter subjetivo de la enfermedad, con connotaciones valorativas que dependen de la percepción del paciente o de quienes le rodean, mientras que el segundo designa un estado mórbido del cuerpo o sus partes (Seguin, 1982: 192-193). Esta distinción puede apoyar la afirmación que subyace en estas páginas: una enfermedad que no está definida culturalmente no se padece realmente.

BIBLIOGRAFIA

- ARAÚJO, Alceu Maynard:
1979 *Medicina Rústica*. Companhia Editôra Nacional. São Paulo.
- CAMPOS, Eduardo:
1967 *Medicina Popular do Nordeste. Superstições, Crendices e Meizinhas*. Edições O Cruzeiro. Río de Janeiro.
- CASCUDO, Luís da Câmara:
1951 *Meleagro. Depoimento e pesquisa sôbre a magia branca no Brasil*. Agir Editôra. Río de Janeiro.
- COSTA, Veloso:
1971 *Alguns aspectos históricos e médicos do Recife*. Universidade Federal de Pernambuco. Recife.

- FOSTER, George M.:
 1980 «Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana». En *La Antropología Médica en España*. Michael Kenny y Jesús M. de Miguel (eds.), pp. 123-147. Ed. Anagrama. Barcelona.
- FREYRE, Gilberto:
 1977 *Casa Grande y Senzala. Introducción a la Historia de la Sociedad Patriarcal en el Brasil*. Prólogo de Darcy Ribeiro. Biblioteca Ayacucho. Caracas.
- GALEANO, Eduardo:
 1977 *Las venas abiertas de América Latina*, 16.ª edición. Siglo XXI Editores. Colombia.
- GUIMARÃES, Reinaldo (ed.):
 1979 *Saúde e Medicina no Brasil*. Ed. Graal Ltda. Río de Janeiro.
- MÁRQUEZ, Carmen, y PÉREZ, Antonio:
 1982 «Exorcismo contra una epidemia de sarampión que azota el Alto Río Negro». En *I Jornades D'Antropologia de la Medicina. II Col·loqui de l'I.C.A.* Vol. 1, pp. 152-182. Artyplan. Tarragona.
- MARTIUS, Karl Friedrich Philipp von:
 1979 *Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros (1844)*. Companhia Editôra Nacional. São Paulo.
- MIGUEL, Jesús M. de:
 1980 «Introducción al campo de la antropología médica». En *La Antropología Médica en España*. Michel Kenny y Jesús M. de Miguel (eds.), pp. 11-40. Ed. Anagrama. Barcelona.
- PRAT, Joan; PUJADAS, Joan J., y COMELLES, Josep M.:
 1980 «Sobre el contexto social del enfermar». En *La Antropología Médica en España*. Michael Kenny y Jesús M. de Miguel (eds.), pp. 43-68. Ed. Anagrama. Barcelona.
- PUJADAS, Joan J.; COMELLES, Josep, y PRAT, Joan:
 1980 «Una bibliografía comentada sobre antropología médica». En *La Antropología médica en España*. Michael Kenny y Jesús M. de Miguel (eds.), pp. 323-353. Ed. Anagrama. Barcelona.
- SÃO PAULO, Fernando:
 1970 *Linguagem médica popular no Brasil*. Vol. I. Editora Itapúa. Salvador-Bahía.
- SEGUIN, C. Alberto:
 1982 *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Ediciones Pirámide, S. A. Madrid.
- SONTAG, Susan:
 1980 *La enfermedad y sus metáforas*. Muchnik Editores, S. A. Barcelona.