

*La relación médico-paciente  
en el cáncer terminal:  
una aproximación a la muerte  
en la sociedad compleja*

*María E. Epele*

INTRODUCCIÓN

La muerte es uno de aquellos temas cuya investigación supone la integración de una multiplicidad de perspectivas. De hecho ha sido un problema tratado por distintas disciplinas, como la Filosofía, Historia de las Religiones, Biología, Antropología, entre otras.

En apariencia, esta situación supondría un agotamiento del tema y limitaría su actualización desde un nuevo enfoque. Sin embargo, esta impresión progresivamente se diluye, cuando percibimos que en nuestro modo de vida el tema de la muerte ha sufrido las consecuencias de una doble operación:

1. Exclusión; posicionándola en un lugar fuera del circuito de la cotidianidad.
2. Negación; ubicándola fuera del campo de las representaciones culturales conscientes.

Como resultado de estos dos mecanismos podemos decir que, en oposición a las sociedades indígenas en las que la muerte se asume como algo familiar y omnipresente (Thomas, L. V., p. 404), en la sociedad occidental se ha constituido en un tabú. Como dice la antropóloga Cátedra: "los antropólogos tan interesados en los tabúes de los otros, no los han detectado en sí mismos" (p. 32).

Esta caracterización cobra aún más importancia, cuando comprendemos

que esta actitud ante la muerte se halla circunscrita a un marco espacio-temporal definido. Es decir, que su emergencia está íntimamente ligada con el desarrollo de la sociedad compleja, entendida como resultante de procesos de urbanización, tecnificación e industrialización, especialmente a partir del s. xx (Aries, P., p. 465).

En el transcurso de las últimas décadas la sociedad compleja se fue constituyendo en un ámbito de estudio de la disciplina antropológica. El presente trabajo es uno entre aquellos que intentan tener como objetivo relevar aspectos de nuestra sociedad que han permanecido vedados a la mirada antropológica. De este modo, el proceso de develar problemáticas poco investigadas no sólo hace posible conocerlas, sino que también permite redefinir algunos cuestionamientos, que en la actualidad se hacen a los supuestos del quehacer antropológico.

#### LA ANTROPOLOGÍA Y LA MUERTE

Cuando observamos cómo ha sido trabajada la problemática de la muerte en Antropología, podemos reconocer dos patrones distintos: por un lado, se halla frecuentemente mencionada como un elemento en la descripción de grupos culturales específicos —en textos etnográficos—, referido a la categoría de las creencias y costumbres funerarias; por otro lado, en el ámbito de las producciones teóricas, podemos delimitar dos contextos discursivos mayores en los que se halla inscrito el tema.

El contexto discursivo es un campo conceptual constituido por problemas, preguntas y categorías, que conforman el marco en el cual está incluido un tema específico.

La consideración de este contexto nos permite no sólo definir el tipo de asociaciones conceptuales que los autores vinculan con la muerte, sino que también considerar, por una vía de aproximación, el modo en que era pensada la muerte en un momento histórico, cuando fueron escritas las obras sobre ella, reflejado en el tipo de análisis aplicado a las respectivas culturas. Dicho de otro modo, podemos decir que los contextos hablan indirectamente de dos campos conceptuales vinculados con la muerte en la sociedad compleja, las que si bien tienen un orden de emergencia histórico, aún hoy se nos presentan como alternativas de conceptualización. Como plantea P. Aries, en el curso de este siglo la muerte se ha vuelto salvaje (pp. 326-327), ya que progresivamente ha perdido la contención de los muros de la religión, de la comunidad y de la familia. A partir de aquí podemos considerar a dichos marcos como intentos de domesticación, el primero relacionado con la razón y el segundo con la ciencia, específicamente la ciencia médica.

Los dos contextos tienen en común que para ambos la muerte no ha llegado a constituir un tema en sí, sino que en la generalidad de los casos ha sido utilizada para pensar otro tipo de fenómenos.

El primer recorte es aquel en que la muerte aparece como un recurso a partir del cual se intenta discriminar qué tipo de creencias y pensamientos conforman el saber de las sociedades llamadas tradicionales, específicamente la magia, la ciencia y la religión.

El segundo se halla inscrito en el dominio de estudio de la Antropología Médica, en el cual, la muerte se halla íntimamente vinculada a los conceptos de salud-enfermedad como problemática intercultural.

#### LA MAGIA, LA CIENCIA Y LA RELIGIÓN

Entre los representantes de los estudiosos de la magia, la ciencia y la religión se encuentran algunos de los primeros antropólogos, los que instauraron las líneas inaugurales de la disciplina: Tylor, Frazer, Levy Bruhl, Malinowski, Mauss.

Podemos decir que los problemas claves relacionados con la muerte se pueden plantear a través de los siguientes planos argumentales: si la muerte es un fenómeno universal o nos remite a actitudes culturalmente específicas, qué vinculación tiene con los sistemas representacionales y de creencias: magia, ciencia y religión: qué orden de emergencia histórica han tenido dichos sistemas, cuáles son los rituales relacionados con el proceso de morir de las personas y su sentido.

Usaremos unas citas de Malinowski para ejemplificar algunos de estos temas:

“En parte alguna está la dualidad de causas naturales y sobrenaturales dividida por una línea tan delgada e intrincada, aunque de seguirla cuidadosamente, tan bien marcada, tan decisiva e instructiva, cual en las dos más fatídicas fuerzas del destino humano, la salud y la muerte” (p. 31).

“De todas las fuentes de la religión, la suprema y la final crisis de la vida, esto es, la muerte, reviste la importancia mayor” (p. 52).

“Los procedimientos mortuorios muestran una sorprendente similitud a lo largo y ancho de todo el planeta. Al acercarse la muerte, los parientes más próximos en algunos casos, y a veces toda la comunidad, se reúnen junto al moribundo, y el morir, que es dentro de los actos que un hombre puede realizar, el más privado de todos, se transforma en algo público, en un suceso tribal” (p. 54).

#### LA MUERTE MEDICALIZADA

Desde el siglo XVIII, en la sociedad occidental se inicia el proceso de medicalización, por el cual áreas de la vida social antes reguladas por otro tipo de poderes, cayeron bajo el control de la medicina (Foucault, M., p.

122). De este modo, el proceso de **morir** de las personas, antes regulado por la familia y las comunidades religiosas, fue progresivamente desplazándose bajo el dominio del sistema médico. Cuando inscribimos un estudio en la sociedad compleja y nos preguntamos qué unidades de referencia son adecuadas para la investigación de la muerte, dentro de las distintas posibilidades de elección encontramos el contexto de los pacientes terminales de cáncer como un ámbito adecuado para relevar el modo en que se presenta y se representa la muerte en nuestra sociedad.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo de investigación, algunos de cuyos aspectos expondré en este escrito, fue realizado durante los años 1991 y 1992, en el Centro Oncológico de Gonnet, La Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina, y en otras unidades hospitalarias.

Fueron utilizadas dos estrategias centrales de obtención de datos: la observación-participante en distintos contextos, como los ateneos médicos, la relación médico-paciente, las habitaciones de internación, etc., y la realización de entrevistas a pacientes, a sus familiares y a los médicos que los asistían. Las mismas fueron grabadas y el texto resultante fue analizado siguiendo los lineamientos de la técnica de análisis de contenido (Krippendorff, K., 1989), a fin de definir las categorías existentes en la producción discursiva.

Se realizó el seguimiento de casos, desde el inicio de la enfermedad hasta la muerte del paciente, y los datos obtenidos, tanto a partir de las entrevistas como de la observación, fueron considerados desde una perspectiva sistemática, con el objetivo de relevar las modalidades relacionadas entre los distintos miembros participantes en el proceso de morir.

#### LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: EL VÍNCULO ENTRE MAGIA, CIENCIA Y RELIGIÓN

¿Cuáles son las vivencias de un paciente terminal dentro de la institución hospitalaria, cuáles las creencias que se movilizan en la relación médico-paciente frente a la proximidad de la muerte?

Éstos son algunos de los problemas cuyo análisis nos permite caracterizar el contexto de desarrollo de la enfermedad terminal y la muerte.

Primeramente distinguiremos tres instancias en el proceso de morir (Ver cuadro de síntesis).

Ingreso del paciente a la institución hospitalaria.  
Estado grave.  
**Estado terminal.**

### *Ingreso del paciente*

El proceso de enfermedad comienza cuando la persona reconoce que “algo anda mal” en el funcionamiento de su organismo, y los síntomas lo llevan a consultar al médico. De este modo, al buscar un diagnóstico, el paciente le otorga al médico el lugar del decir sobre su estado de salud, y es el profesional el que decide si es necesario el ingreso del paciente a la institución.

Al ser internado, el paciente se ve restringido en sus posibilidades de acción, limitado a una habitación de internación; deja su casa, sus objetos, el contacto con sus familiares. Sus horarios son regulados de modo homogéneo para todos los internados: horas de comida, horas de visita, observaciones de los médicos, cuya organización se contrapone y superpone a los hábitos previos, llegando a sustituirlos si el tiempo de internación es prolongado. Una de las formas de identificar los distintos roles dentro de la institución es a partir de las vestimentas diferenciales: guardapolvo-médicos, bata o ropa de cama-paciente, guardapolvo de otro color-resto del personal.

La definición del espacio por ser utilizado, la organización del tiempo, la vestimenta, permiten identificar a los internados del resto de los participantes y son los indicadores materializados de la calificación de paciente.

Mientras el estado del paciente permanece estable, su relación con el médico consiste en interrogatorios, revisiones y una combinación de ambos.

Dentro de este marco de regularidad se desarrolla lo que llamamos acciones no habituales sobre el enfermo, como operaciones, aplicación de rayos, etc., programados para momentos específicos.

La situación se modifica cuando el estado del paciente es calificado por el médico de grave. La asistencia médica se intensifica, tanto en cantidad, como ocurre con el mayor número de visitas, como en calidad, por ejemplo, cirugías más complejas. El enfermo generalmente es trasladado a la unidad de cuidados intensivos, lo que restringe aún más sus posibilidades de acción y de contacto con los familiares y amigos.

### *Estado terminal*

Cuando el médico puede inferir la muerte próxima, logramos registrar tres tipos de actitudes:

- a) Como no existe un criterio explícito y compartido para definir el estado de un paciente como terminal, en la mayoría de los casos, el médico prosigue las terapias, simulando como si todavía fuera posible el restablecimiento. Esto conduce a que se establezca un vínculo entre la muerte del paciente y el accionar médico, como se comprueba en el fallecimiento en cirugía.
- b) En el segundo caso, cuando la terminalidad es reconocida como una instancia, es decir, que en un momento determinado se entiende que ya

- no queda nada por hacer, algunos evitan el contacto tanto con el paciente como con los familiares, reduciéndose la asistencia a niveles mínimos.
- c) La tercera actitud posible se manifiesta en cuidados paliativos. Éstos provienen de profesionales que tienen como objetivo asistir y contener a los pacientes y sus familiares en los últimos momentos de su vida. Su práctica está definida por el control del dolor, apoyo psicológico, etc. Grupos de estos profesionales sólo existen en pocos centros hospitalarios de Argentina.

En esta circunstancia, el sacerdote u otro representante de cualquier religión, sólo es llamado si el paciente o algunos de los familiares lo solicitan. Si no es así, su llegada puede ser tomada como anuncio de muerte próxima, contradictorio con la finalidad terapéutica.

En la diagramación siguiente se sintetizan, de un modo comparativo, las distintas variables que entran en juego en el desarrollo del cáncer como enfermedad, a partir de las cuáles es posible definir las instancias del proceso de morir en la institución hospitalaria.

Para realizar una lectura de la relación médico paciente, que nos permita acceder al nivel de las creencias que están supuestas en la misma, taremos, en este trabajo, algunos de los conceptos del primer contexto discursivo: magia, ciencia y religión.

Si bien la diferenciación de estos conceptos es compleja y variable según los autores, nos guiaremos por la definición de M. Mauss de magia y ritual mágico, para trazar la analogía, a través de la semejanza entre la relación médico paciente y la relación oficiante-cliente.

Estos rituales se definen como aquellos actos de tradición repetibles que no forman parte del culto organizado y su eficacia reside en que son hacedores de una realidad (Mauss, M., p. 55).

En todo ritual que esté sustentado por el pensamiento mágico existe la imposición o supresión de una característica, con el fin de obtener que el cliente entre en un estado determinado, ya sea por la carencia de éste o por la posesión de un estado contrario. Las asociaciones de ideas que sustentan el ritual son reguladas por leyes de contigüidad, semejanza y contraste. Es de este modo, que la asociación subjetiva entre ideas produce por medio del ritual la asociación objetiva entre hechos; así, la relación entre ideas genera una relación causal entre cosas.

Cada rito supone la elección y restricción en las cadenas asociativas, estableciendo una atención selectiva sobre aquellas compatibles con el ritual y restringiendo o negando aquellas contradictorias con el mismo.

En todo ritual se pueden definir condiciones para que su realización sea efectiva; éstas hacen referencia al conjunto de observancias relativas al tiempo, lugar, instrumentos y agentes del ritual.

*Cuadro de síntesis*

	Ingreso del paciente	Estado grave	Estado terminal
Espacio:	Habitación	Habitación o terapia intensiva	Terapia intensiva
Visitas del médico:	Visitas regulares: 1 a 2 veces por día	Mayor número de visitas	a) mayor número b) menor número c) frecuencia adecuada al control de síntomas
Vestimenta:	Bata o ropa de cama	La misma	La misma o carencia de vestimenta
Acciones habituales:	Limpieza, medicamentos, etc.	Las mismas	Las mismas
Acciones no habituales:	Operaciones, rayos, etc.	Más frecuentes	a) más frecuentes b) menos frecuentes c) ausentes

En nuestro caso el paciente ingresa en la institución, que puede entenderse como un espacio cualificado para curar, donde las actividades dependen del decir del médico, dejando el espacio de su cotidianidad. El paciente se ve sometido a una abrupta modificación de sus hábitos previos: alimentación, vestido, contacto con los familiares, etc.

En el análisis de la relación médico-enfermo pudimos indentificar elementos que nos remiten a dos tipos de pensamiento presentes y que se imbrican para la sustentación de ella.

#### Presencia\* del pensamiento científico

En nuestra medicina y para nuestra sociedad, el médico es un especialista, al que se le adjudica la posibilidad de curar, tanto por su formación científica como por sus rasgos de personalidad.

El paciente es aquella persona cuyo estado de salud deber ser modificado, del estado de enfermedad al estado de salud.

\*Categoría que incluye los indicadores para determinar el relevamiento del pensamiento científico y del mágico. Su sentido aquí es etimológico.

Pero para que el acto médico se realice, requiere de la existencia de un contexto cultural que le adjudique un poder de cambiar el estado de enfermedad, aunque sólo conozca principios generales de su saber.

En el desarrollo de la investigación pudimos identificar los siguientes componentes:

- El reconocimiento de los síntomas y la interrelación de los mismos en la elaboración de un auto-diagnóstico, previo a la consulta del médico, independientemente de que éste sea correcto o no, que hace posible una aproximación a la comprensión de lo que está sucediendo en el organismo.
- La elección del médico como alternativa terapéutica, procedimiento en apariencia automático por parte del paciente, y que supone la elección entre distintas alternativas que hay en nuestra sociedad. Uno de los factores que intervienen en la decisión, además de la disponibilidad, la accesibilidad, etc., es la creencia en el conocimiento científico.
- La aceptación por parte del paciente, tanto del diagnóstico como de las decisiones médicas en relación con los tratamientos, internación, etc.

Estas consideraciones se dan en el surgimiento de la enfermedad, las más de las veces a partir de la construcción de secuencias de tipo causal o pseudo-causal, por las cuales se vinculan hábitos, conductas, accidentes, rasgos de personalidad previos a las condiciones patológicas actuales, y a las que se las conceptualiza como causas de la enfermedad, en este caso el cáncer, aproximándose en este caso a las consideraciones de tipo causal de la ciencia.

Todos estos componentes nos hablan de la existencia de un conocimiento médico estandarizado y compartido por los miembros de una misma sociedad (Gordon, D., p. 276). Éste podría definirse como aquel conjunto de principios, reglas de inferencia de síntomas, pautas de tratamiento posibles para cada patología, que conocen los miembros de nuestra sociedad y que están disponibles para ser utilizados cuando sean requeridos. Este conocimiento es resultante de los procesos de estandarización y simplificación, que combinados producen una distorsión del conocimiento médico básico, pero que permiten una aproximación, aunque sea elemental, al quehacer médico. Este marco provee de un lenguaje básico común, que hace posible la comunicación, la comprensión y regula las expectativas del paciente. Por lo tanto, el conocimiento médico estandarizado remarca los aspectos de compatibilidad en la relación médico-paciente.

#### Presencia del pensamiento mágico

Los componentes por los que podemos identificar la presencia del pensamiento mágico se encuentran tanto en la producción discursiva como en las acciones realizadas. Es, como dijimos anteriormente, el concepto de ritual en



que nos permite acceder a la identificación de los mismos, que pasamos a describir:

#### El recurso sustitutivo en el discurso

Él hace referencia al decir de otro modo lo que no se puede decir. El médico se desplaza del ámbito de lo compartido y en el discurso producido con el enfermo progresivamente utiliza el lenguaje técnico de la medicina, que no forma parte del conocimiento médico compartido. Este fenómeno convierte al discurso médico en un dominio oscuro, no directamente comprensible por el paciente. Este hecho impide que el paciente conozca su estado real de salud, de modo que si es grave, no se estimulen aquellas asociaciones de ideas que están más relacionadas con la muerte que con el restablecimiento. Simultáneamente, coloca al médico en el lugar del saber y de la completa decisión de los pasos por seguir. Este procedimiento es semejante al descrito en los rituales mágicos, en los cuales el discurso tiene como condición la falta de comprensión directa por parte del cliente del lenguaje utilizado por el especialista.

#### La prohibición de realizar ciertas enunciaciones

Especialmente cáncer, muerte, tumor, etc., la podemos relacionar con la regla mágica de que lo semejante produce lo semejante: el nombrar se constituye en causa eficaz. De este modo, la inscripción de una palabra en el discurso, es una forma de lograr que se produzca al nivel de los hechos; en cambio, a la prohibición se la puede definir como un ritual negativo, de la forma no decir algo para que no se produzca algo.

#### El recurso de síntesis

Hace referencia a la utilización de frases que resumen el estado de salud, como fórmulas lingüísticas que no explicitan la información que las componen.

Las acciones realizadas sobre el enfermo. Entre otras, observar, introducir, extraer, son oposiciones que remiten a las representaciones de sacar al paciente de un estado de enfermedad, e introducirlo en otro de salud.

Las conclusiones que se dan al accionar médico y a sus consecuencias, por parte del paciente como de sus familiares

Piénsese en la aplicación de rayos, en el hecho de que el médico prosiga con sus tratamientos, como indicadores de la posibilidad de restablecerse. De este modo, se invierte la relación causa-efecto, generando, por ejemplo que la reducción del dolor o la práctica de una cirugía se transformen en signos de restablecimiento.

Como podemos observar, el conocimiento científico y su expresión como conocimiento médico estandarizado, no alcanza para comprender la

base de creencias que sustentan la relación médico paciente. El médico paulatinamente se desplaza del ámbito de lo compartido, incidiendo este movimiento en el nivel de las creencias. Si tenemos en cuenta que el médico es quien pauta la producción discursiva y controla la circulación de la información, la relación con el paciente se nos presenta de modo asimétrico y la actitud de éste como pasiva.

Pero la pasividad del paciente es sólo en apariencia. La única actitud congruente con el sistema de actitudes restantes, es la de otorgar significado a las acciones y dichos incomprensibles realizados por otros. Esta analogía con el ritual mágico nos permite acceder a otro nivel de creencias, que consiste en que el acto terapéutico tiene un corolario inmediato: cada acción restaura, cada palabra es cierta. Las acciones tienen un sentido aunque no se alcance a ver cuál es. La presencia del médico y el desarrollo de sus acciones de modo regular aseguran al paciente que todavía existe la posibilidad de recuperación.

Es importante considerar que esta lectura de la relación médico-paciente es válida mientras el estado del paciente es calificado como estable o grave, pero no cuando se lo inscribe en la terminalidad, cuando su muerte es inevitable. Esto se debe a que la muerte cuestiona y contradice el fin del acto terapéutico: el restablecimiento.

#### A MANERA DE CONCLUSIÓN

Si nos detenemos a pensar sobre lo expuesto anteriormente, podemos reconocer que el concepto de ritual mágico no sólo nos permite lograr una aproximación descriptiva y un acceso al aparentemente inaprehensible nivel de creencias, sino que también nos lleva a caracterizar antropológicamente ámbitos en los cuáles nuestra disciplina no tenía incumbencia. Pero es necesario señalar un concepto muy diferente de ritual, del que se ha aplicado a las sociedades llamadas primitivas. Mientras que en estos grupos están sustentados por la creencia y operación predominantes del pensamiento mágico, en el caso de la relación médico-paciente de nuestras sociedades existe una combinación de dos tipos de creencias y de dos tipos de pensamientos: el científico y el mágico. Los dos se complementan de modo que los vacíos dejados por uno son cubiertos por el otro, ya que ninguno de los dos tomados aisladamente, es un sistema que completa las expectativas e incertidumbres que genera el cáncer como enfermedad terminal. Simultáneamente, la combinación de creencias excluye al pensamiento religioso, el que no puede coexistir con los otros dos, ya que pone en juego principios distintos de los anteriores. Ello se debe a que la magia y la ciencia son variaciones de la relación causa-efecto, teniendo importancia en ambos la eficacia al nivel de los hechos, en distintos grados (Mauss, M. pp. 110-111).

Por ello, mientras la alternativa de restablecimiento es todavía posible, podemos decir que permanece la complementariedad entre ciencia y magia. Pero cuando el paciente es calificado de terminal, se rompe dicha imbricación y hace posible el ingreso a otro tipo de creencia: la religiosa; porque en la religión se impone la creencia en principios a priori, sin exigencias de resultados inmediatos, siendo compatible con el estado “ya no queda nada por hacer”, y la entrega del paciente a lo que es inevitable (Elías, N., 1987).

Ahora bien, dentro de un marco más general: ¿qué aportaría este tipo de investigaciones a la disciplina antropológica?

En este momento en que dentro de la antropología han surgido cuestionamientos sobre las condiciones en que se realiza el trabajo de campo (relación yo-otro), y el modo en que los resultados son expresados en una organización discursiva (relación autor-lector), algunos antropólogos (Geertz, C., 1989), han tenido que tomar en consideración cada vez más, cuál es la perspectiva desde la que el antropólogo accede a la experiencia y cuáles los presupuestos que conforman su sistema de referencia.

Ante esta situación, la actitud ante la muerte en nuestra sociedad se nos presenta como un desafío; ya que no sólo implica la apertura a un tema de estudio: el modo culturalmente específico de posicionarse ante la muerte en nuestra sociedad; sino que también se nos ofrece como la posibilidad de considerar un nuevo vínculo entre las sociedades tradicionales y complejas. Esta nueva imbricación estaría dada por el hecho de que conocer el modo y el lugar que ocupa la muerte en nuestra sociedad nos define una vía de acceso a algunos aspectos del sistema representacional del antropólogo, el cual opera como marco conceptual de referencia, en base al que se describen, definen e interpretan las conductas y representaciones de otros grupos culturales.

En el caso de este trabajo, leer la relación médico-paciente a través del marco conceptual utilizado por los antropólogos tradicionales nos permite replantear un problema. La gran diversidad y complejidad que observamos en las concepciones de magia, ciencia y religión ¿a qué nos remite?

A que estos conceptos elaborados en función de la problemática de algunos culturales paradigmáticos se resisten a ser extendidos para comprender otras culturas, o deben dejar de ser utilizados por carecer de valor descriptivo, o nos habla de que estos conceptos al ser operativos en nuestra sociedad se resisten a ser extendidos para comprender otras, transformándose en conceptos vacíos que ocultan más que revelan fenómenos?

Cualquiera que sea la respuesta estaremos dando los primeros pasos para vincular de esta forma a las sociedades tradicionales y complejas en antropología.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ariés, Philippe.** *El hombre ante la muerte*, 3a ed., Madrid, Edit. Taurus, 1987. Traducido de *L'homme devant la mort*, por Mauro Armíño.
- Cátedra Tomás, María.** *La muerte y otros mundos. Enfermedad, suicidio, muerte y más allá entre los vaqueiros de alzada*. Madrid, Edit. Júcar, 1988.
- Elías, Norbert.** *La soledad de los moribundos*, 2a ed., México D.F., Edit. Fondo de Cultura Económica, 1987. Traducido de *Über die Einsamkeit der Sterbenden*.
- Foucault, Michel.** *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*, Madrid, Edit. La Piqueta, 1990.
- Frazer, James George.** *La rama dorada: Magia y religión*. México, Edit. Fondo de Cultura Económica, 1944.
- Geertz, Clifford.** *El antropólogo como autor*, Barcelona, Edit. Paidós, 1989. Traducido de *Works and Lives: the anthropologist as author*.
- Gordon, Deborah.** *Embodying illness, embodying cancer, Culture, Medicine and Psychiatry*, [Dordrecht], vol. 14, 1990, pp. 275-297.
- Krippendorff, K.** *El análisis de contenido*, Bs.As., Edit. Paidós, 1989.
- Levy Bruhl, Lucien.** *El alma primitiva*, Barcelona, Edit. Planeta-Agostini, 1986.
- Malinowski, Bronislaw.** *Magia, Ciencia y Religión*, 2a ed., Barcelona, Edit. Ariel, 1982.
- Mauss, Marcel.** *Sociología y Antropología*, Madrid, Edit. Tecnos, 1971. Traducido de *Sociologie et anthropologie* por Teresa Rubio de Martín-Retortillo.
- Thomas, Louis Vicent.** *Antropología de la muerte*, México D.F., Edit. Fondo de Cultura Económica, 1983. Traducido de *Anthropologie de la mort*.