
SOBRE LO NORMAL, LO PATOLÓGICO Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA DISCAPACIDAD: UN ESTUDIO DE CASO

Axel Levin¹

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es poner a discusión la construcción de lo normal y lo patológico en relación a los comportamientos de los niños, a partir de un estudio de caso: la historia de Daniel, un niño diagnosticado con múltiples trastornos psiquiátricos, quien consumía, a modo de tratamiento prescripto, una gran cantidad de psicofármacos.

La ponencia se centrará en el itinerario terapéutico de Daniel, en la relación de él y su familia con diferentes agentes del sistema de salud, y con el dispositivo que constituye el Centro de Día de la Fundación *Ieladeinu*. Intentaré problematizar la noción de discapacidad haciendo énfasis en el componente social de un *status*. Para ello, analizaré la experiencia de Daniel, desde el plano de la vida cotidiana, a partir de ser adjudicatario de un Certificado de Discapacidad.

En cuanto a la metodología, articulo diferentes estrategias: entrevistas a profesionales, observación participante, y análisis de historias clínicas.

PALABRAS CLAVE: Normalidad, patológico, biologización.

INTRODUCCIÓN

Daniel, ¿un chico normal? Una mirada desde el desconocimiento

Conocí a Daniel² en la primera mitad del año 2012. En ese entonces tenía diez años. Vino al Centro de Día de la Fundación *Ieladeinu* (donde hasta la actualidad me desempeño laboralmente) porque, según nos hicieron saber los profesionales de la institución que ya venían trabajando con él y su familia, Daniel presentaba distintos “problemas de comportamiento”. Se distraía muy fácilmente en la escuela, le costaba sostener una tarea de manera prolongada, tenía dificultades para armar amistades y tenía episodios de enojo esporádicos (que podían derivar en conductas violentas). Por ejemplo, la mamá decía que cuando se enojaba en

la casa le pegaba (él a ella), y no podía controlarlo. Desde la escuela también se informaban situaciones parecidas, en las cuales los docentes no sabían qué hacer para calmarlo. A su vez, los acompañantes terapéuticos que trabajaban con Daniel en su casa (también bajo el programa de la Fundación) categorizaban como conflictiva la relación entre Daniel, su hermano y su mamá.

La Fundación *Ieladeinu*³ es una organización que depende de la comunidad judía, cuyo objetivo es el trabajo con chicos y chicas expuestos a distintas situaciones de derechos vulnerados⁴, en línea con su restitución. La fundación cuenta con distintos sectores, entre los que se destacan los Hogares⁵, en los que viven chicos cuya situación amerita la separación de la convivencia familiar; y el Centro

¹ Departamento de Ciencias Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (UBA). axellevin4@gmail.com

² Por razones profesionales, de resguardo de la identidad del niño y su familia, preservaré su verdadero nombre, llamándolo Daniel.

³ *Ieladeinu* significa, en hebreo, ‘Nuestros niños’.

⁴ *Ieladeinu* adhiere a los postulados de la Convención de los Derechos del Niño, Niña, y Adolescente de la ONU, y guía su trabajo con el propósito de que estos derechos se cumplan.

⁵ Fundación *Ieladeinu* cuenta con una cantidad de hogares para alojar chicos y chicas en situación de vulnerabilidad de derechos. El ingreso a Hogar se realiza con el consentimiento de la familia, o bien mediante la orden de un juzgado que evalúa el caso luego de realizarse una presentación que fundamente el pedido, informando de los derechos vulnerados que sufre el niño en su contexto familiar.

de Día, un dispositivo terapéutico al que asisten chicos una cantidad determinada de horas al día, ciertos días por semana, sin dejar de vivir con sus familias en sus casas.

La estadía de Daniel en el Centro de Día fue de aproximadamente un cuatrimestre. Recuerdo que jugábamos mucho al Monopoly, a armar caminos con tablitas de madera, a sacar fotos a cualquier cosa y a armar videos. A modo de anécdota, todavía tengo un video que hicimos, en el cual se nos ocurrió filmar cómo tirábamos una larga fila de maderitas, al estilo dominó, después de lograr que dicha hilera formase un dibujo en el piso: el dibujo de un tiburón.

Muchas veces observé en Daniel ocurrencias inteligentes, chistes graciosos que le gustaba contar. Tenía carisma, mostraba gustos y preferencias. Podía sostener tranquilamente un juego largo, con reglas complejas, estando solo o con otros chicos. Siempre quería ser el banco en el Monopoly: organizaba, contaba y distribuía la plata. Podía dirigir y disfrutar una partida que durase horas. Le gustaba tocar la flauta dulce. Improvisaba y descargaba canciones por internet para tocar y mostrárselas a los demás chicos.

Es cierto, sin embargo, que sí fui testigo de conductas que me llamaron la atención. Tengo presente que por los menos dos o tres veces se enojó de forma desmedida. No puedo precisar si fue por haber perdido en algún juego o por las bromas que le hacían los demás chicos. En esas ocasiones se ponía nervioso, amenazaba con pegar, tiraba cosas al aire, no escuchaba lo que se le decía, hasta que se calmaba. Pero nunca llegó a pegarle a un chico o a un coordinador, es decir, nunca hizo algo verdaderamente grave según los parámetros que manejábamos en la institución.

Mi rol en el Centro de Día es el de coordinador. En ese entonces yo acababa de entrar en la institución, y Daniel fue uno de los primeros chicos con los que trabajé. El equipo de coordinadores del Centro de Día es multidisciplinar, pero la mayoría son psicólogos recibidos o estudiantes avanzados de la carrera. Mi ingreso estuvo relacionado con el hecho de que me estaba recibiendo en el Instituto Superior en Técnica y Recreación (ISTLyR) de Técnico en Recreación, y una de las principales

formas de trabajo en el Centro de Día es a través del juego con los chicos.

Lo que más me llamó la atención y preocupó, me acuerdo bien, fueron las expresiones que empleaba Daniel cuando hablaba de sí mismo. Comentaba, contento, que viajaba gratis en el colectivo porque era discapacitado. O, frente a tal actividad que se le presentaba como un desafío, anteponeía que él no iba a poder hacerla, aclarando que él era discapacitado a modo de justificación. En diversas ocasiones lo decía textualmente, “yo soy discapacitado”, mientras que en otras daba por hecho que lo sabíamos y buscaba la complicidad en esa premisa implícita.

Yo no entendía muy bien por qué decía eso. De ninguna manera lo veía como un chico discapacitado. No me quedaba claro en qué sentido lo decía, es decir, qué entendía él cuando decía eso. Después me comentaron que tenía un Certificado de Discapacidad. En verdad, tampoco supe bien, en ese momento, cuál fue la razón por la que se lo dieron. En ese entonces, desde el equipo del Centro manejábamos algunos datos sobre la historia familiar de Daniel. Principalmente habían dos hechos que sabíamos y teníamos presentes: el primero, que el padre de Daniel se había suicidado hacía algunos años; y el segundo, que el primer contacto de esta familia con *Ieladeinu* ocurrió un día en que la mamá se presentó en la institución pidiendo que ésta se hiciera cargo de sus dos hijos, porque ella no estaba en condiciones de hacerlo.

Daniel dejó de venir al Centro de Día por un motivo que hizo alarma en mí y en el resto del equipo de coordinadores. La madre, argumentando que le estaba yendo muy mal en la escuela, decidió que no viniera más, para liberar ese tiempo y ponerle, a cambio, una maestra domiciliaria que había logrado conseguir. Lo preocupante era que Daniel ya iba a una escuela a jornada completa y, a esa situación, la madre le estaba sumando una maestra domiciliaria de seis horas al día, tres veces a la semana. Es decir que Daniel iría a la escuela toda la mañana y las primeras horas de la tarde, y después llegaría a su casa para tener una maestra domiciliaria seis horas más.

Como ya comenté, yo era nuevo en la institución. Había entrado a trabajar ese año y simplemente

dejé de verlo. No supe mucho más de él ni de lo que le pasó. Recién volví a encontrarlo dos años después, en el 2014. Estaba esperando el ascensor y lo saludé. Me contó que había ingresado a Hogar⁶. Eso “me quedó dando vueltas en la cabeza” y empecé a preguntar, a atar cabos.

En el marco de esta investigación, me entrevisté con distintas personas de la institución que trabajaron con Daniel y su familia en estos años. Concretamente: realicé tres entrevistas semiestructuradas con la Operadora Familiar (que es la persona que en la institución se encarga del trabajo con la familia), dos con el Coordinador General del Centro de Día, y una con dos acompañantes terapéuticos que trabajaron con Daniel en su casa y en traslados. A su vez, mantuve con cada uno de los entrevistados numerosas conversaciones de carácter informal sobre Daniel, su historia familiar y distintos aspectos

⁶ La historia de cómo Daniel ingresa a Hogar tiene interesantes particularidades y merecería un trabajo de investigación aparte. Sin embargo, me parece que dejar mención de ella enriquece el trabajo actual. En el curso de las entrevistas que mantuve con profesionales de *Ieladeinu*, pude reconstruir parte de esta trama, que sintetizaré a continuación:

En una primer instancia, Fundación *Ieladeinu* entabla el vínculo con la Defensoría de Protección de Niños y Adolescentes, vínculo que rápidamente aparece como conflictivo dadas las miradas distintas respecto a la situación de Daniel. *Ieladeinu* sostenía que Daniel estaba en una situación de vulnerabilidad de derechos (apoyándose en una larga lista de ejemplos de maltrato por parte de la madre, la cual incluía la sobre-medicación de Daniel) y que era necesario tomar alguna medida legal. La Defensoría tenía otra caracterización del caso y se negaba a intervenir.

Frente a esta negativa, entendiendo que seguir presenciando dicha situación de maltrato era, de alguna manera, avalarla o ser cómplice, *Ieladeinu* decide desvincularse del trabajo con esta familia, intentando que éste fuera un hecho con repercusiones. Efectivamente, luego de cierto tiempo, interviene un tercer actor, el Defensor de Menores de Turno (dependiente del Ministerio de Justicia de CABA), que exhorta a la Defensoría a solicitar una vacante para Daniel y su hermano menor en el Hogar de *Ieladeinu*.

A partir de aquí, el curso a seguir fue el de la presentación de *Ieladeinu* (con el aval del Defensor de Menores de Turno) de la denuncia de los derechos vulnerados de Daniel, es decir, del maltrato infantil por parte de la madre a un Juzgado. El Juez la evalúa, la determina pertinente y falla a favor del ingreso de Daniel y su hermano al Hogar de *Ieladeinu*.

de su trabajo con él. Por otro lado, a través de la base de datos de la institución, tuve acceso a la lectura de su histórica clínica y a diversos informes que analizan la situación de Daniel, personal y familiar, desde distintas disciplinas profesionales. La información que voy a utilizar a partir de este punto proviene de dicha investigación.

DESARROLLO

Lo normal, lo patológico, y el sistema de salud

Antes de seguir avanzando en la historia de Daniel me resulta imprescindible hacer una serie de conceptualizaciones.

Desde hace tiempo, la antropología discute la validez universal (en un sentido ontológico respecto al ser humano) de muchas categorías culturales, como la de normalidad y anormalidad. Ruth Benedict tiene un lugar destacado en este debate, dado que sostuvo en sus trabajos (a partir de un estudio comparativo de los parámetros presentes en distintas sociedades) la postura de que la normalidad y la anormalidad no son categorías absolutas, relativas a la especie humana, sino que son moldeadas y definidas de manera particular en cada cultura (Benedict 1934).

Ahora bien, Eduardo Menéndez describe al sistema de salud como la institución que se hace cargo, de manera oficial, del proceso de salud, enfermedad y atención. Dicho autor puntualiza que este proceso es, en primer lugar, un fenómeno universal. Más allá de qué forma adquiera, todas las sociedades humanas se valen de una manera particular de entender la salud, la enfermedad y los tratamientos, a través de un proceso de socialización (Menéndez 1994; Menéndez y Di Pardo 1996).

En segundo lugar, Menéndez dice que este proceso se caracteriza por cumplir una función instituyente. Él elige esta palabra, “instituyente”, para resaltar su carácter activo y creador. En efecto, es formadora de la subjetividad de las personas. Instituye una visión particular sobre el mundo, sobre qué es la salud, qué es la enfermedad y qué curso de acción es válido seguir para intervenir sobre ellas (Menéndez 1994).

Relaciono el enunciado anterior, a su vez, con los procesos de sujeción/subjetivación que explica Foucault. Me refiero a la visión según la cual los

discursos (vehiculizados por distintas instituciones sociales, como en este caso, el sistema de salud) moldean a los sujetos y a los cuerpos: los constituyen generando patrones de comportamiento y disciplinas incorporadas (Foucault 1976, 1977a, 1977b).

Me resulta de sumo interés relacionar esta función instituyente de subjetividad del sistema de salud, de la que habla Menéndez, con una definición más elaborada del concepto de subjetividad. Para ello hago propias las palabras de Paula Cabrera, quien se ha dedicado al estudio y desarrollo del concepto de subjetividad, desde una mirada antropológica:

Ahora bien, ¿qué entender por subjetividad? Inicialmente, podría decir que la subjetividad refiere a: los modos de pensar, sentir y hacer, los sentimientos, significados, sentidos, conformados socioculturalmente que el sujeto tiene incorporados constitutivamente; como también lo que cada sujeto hace, siente, encarna y construye a partir de dicha constitución. Desde mi perspectiva, la subjetividad no versa exclusivamente sobre lo individual, lo personal, lo íntimo. Precisamente, uno de mis supuestos iniciales es entender que la subjetividad es construida socialmente, que se conforma junto a otros, en interacción y relación con otros (Cabrera 2014: 188).

Un diagnóstico médico sobre la salud del paciente, por ejemplo, puede modificar la subjetividad del mismo (es decir, estas maneras de pensar, sentir y hacer), dado que es un dictamen oficial sobre un cambio de condición del individuo (un cambio de *status*), en relación con lo social. O, en otras palabras, es un dictamen que puede instituir una condición nueva del ser: de uno con uno mismo, de uno con los demás y de los demás con uno.

Yo soy un discapacitado

Volvamos a la historia de Daniel. Quiero retomar algo que ya explicité: lo que más me llamó la atención en los meses que trabajé con Daniel fue la naturalidad con la que él se calificaba a sí mismo como discapacitado frente a los demás.

Beatriz Cortés, respecto a la constitución subjetiva de las personas y a la particularidad de la “mirada médica” dice:

La noción que proponemos, corresponde a la de un sujeto no definitivamente instalado en sí mismo, sino reformulándose; y a quién la enfermedad coloca en una situación de vacilación e incertidumbre respecto de su propia imagen (...). En este sentido, la función estructurante de una ‘mirada’ en los inicios de la constitución del sujeto, retomará un lugar significativo como ‘mirada médica’ en la demanda del paciente, para que algo de él mismo, vuelva de el ‘otro’ en un discurso que lo integre. A este ‘otro’, el paciente le da un lugar, lugar que en el caso del médico ya tiene un espacio social e institucional, pero con quien pondrá en juego su historia personal (Cortés 1997:91).

Como vimos, Daniel tenía un Certificado de Discapacidad, emitido por el hospital Piñeiro⁷, bajo la evaluación previa de un psiquiatra. En la práctica, el Certificado, ligado a una determinada “mirada médica” (para retomar el término de Beatriz Cortés), configuró un nuevo itinerario en su vida cotidiana. Intentaré sintetizar, a continuación, los puntos más significativos de este cambio.

Daniel llevaba la credencial prácticamente a todos lados, muchas veces colgada del cuello. De esta manera se trasladaba y viajaba en colectivo gratis. También se le facilitó el acceso y se multiplicaron las consultas periódicas con distintos profesionales. Los medicamentos podía conseguirlos, ahora, más baratos o bien le resultaban gratuitos. A su vez, la credencial le habilitó a su madre poder conseguir una maestra domiciliaria, seis horas al día, tres veces por semana, después de la jornada escolar.

Esto último merece una ampliación, dado que es ilustrativo del cambio en la vida cotidiana de

⁷ El Hospital General de Agudos *Parmenio Piñero* es uno de los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Está ubicado en la zona sur del barrio de Flores.

Daniel. Una de las preguntas que realicé en la primera entrevista que mantuve con quien fue su Operadora Familiar (cuya función en Ieladeinu es el trabajo con las familias, orientado a lo que la institución denomina y entiende por “fortalecimiento familiar”) fue si se sabía cómo había conseguido la madre a esta maestra domiciliaria. La respuesta introdujo otros actores en el análisis del caso, como también datos sobre la conducta de la madre.

En primer lugar, la obra social (otro de los agentes que integra el sistema de salud) le permitía a la madre de Daniel ir de psiquiatra en psiquiatra de OSDE, buscando una evaluación que la convenciera respecto a su hijo. No conforme con el dictamen de uno, iba a otro, y así sucesivamente. Ella partía del supuesto de que Daniel no era un chico normal y buscaba un dictamen que lo certifique (esta es la conclusión a la que llegó la Operadora Familiar haciendo un balance del trabajo con la familia). Resulta por lo menos llamativo que la administración de OSDE habilite, y no controle, que un niño asista a evaluaciones psiquiátricas de forma tan numerosa y consecutiva (según el relato, la cantidad de consultas por las que Daniel transitaba era un exceso evidente).

En segundo lugar, otro de los actores en el caso es el sistema educativo del gobierno de la ciudad. Daniel había ingresado en el 2011 a una escuela pública, porque lo habían expulsado del colegio privado al que asistía. Por esta razón, la mamá de Daniel preguntó si la nueva escuela le podía brindar apoyo escolar extra. De esta manera se entera del programa de maestros domiciliarios del Ministerio de Educación. Ella pidió una vacante para Daniel en dicho programa, pensado para situaciones especiales en las que los niños se vean imposibilitados de asistir al colegio. Por lo tanto, se efectuó una evaluación del caso para determinar si lo ameritaba. Este programa del gobierno evaluó a Daniel como un chico sin necesidades especiales que ameriten una maestra domiciliaria, sin darle la importancia que la madre confería a los diagnósticos de los psiquiatras y al Certificado de Discapacidad.

No obstante, la madre, empeñada en que Daniel necesitaba una maestra domiciliaria aparte de la jornada escolar, realizó averiguaciones junto a

OSDE y consiguió otros resultados. Se contactó con una institución denominada APAPEA, en la que se evaluó nuevamente a Daniel y le otorgaron la maestra domiciliaria. El punto es que el Certificado de Discapacidad de Daniel habilitaba a su madre a obtener este servicio gratis, dado que se lo pagaba OSDE, institución que tenía ese contrato con APAPEA.

Adelantándome a las reflexiones que presento más adelante, me resulta interesante plantear una pregunta: ¿en qué medida la recepción de este certificado, con el *status* oficial de discapacidad que conlleva y los múltiples cambios en el transcurrir de su vida cotidiana, describió una realidad presente en Daniel y en qué medida contribuyó a crearla?

Problemas de comportamiento y experiencia vital

Byron Good realiza una investigación muy interesante sobre la perturbación de la “experiencia vital” acerca de aquellos que sufren de dolor crónico. Sus conclusiones me parecen extrapolables al campo de los que padecen el diagnóstico de una enfermedad mental, en general, y al caso de Daniel en particular. Dice Good:

Aunque he sugerido que la incapacidad para localizar el dolor en un lugar determinado del cuerpo provoca una crisis de objetivación y una especial necesidad de estrategia narrativa, el dolor no es lo único que requiere el concurso de la estrategia narrativa. La enfermedad, por supuesto, no es algo que tiene lugar en el cuerpo sino en la vida. La localización de un trastorno, en el mejor de los casos, dice poco acerca de por qué, cómo, y cuándo ocurre. La enfermedad no sólo se produce en el cuerpo -en el sentido de un orden ontológico en la gran cadena del ser, sino en el tiempo, en un ámbito, en la historia y en el contexto de la experiencia vivida y del mundo social (Good 1994: 244-245).

Las principales dos ideas que tomo de Good son las siguientes. En primer lugar, no es posible ubicar tanto el dolor crónico como los llamados “pro-

blemas de comportamiento”⁸ en el cuerpo físico de la manera descriptiva, biologicista y objetiva que la biomedicina plantea. No se puede localizar o aislar al dolor crónico; tampoco existe un “dolorómetro” con el cual medirlo. De la misma forma, a excepción de problemas neurológicos de gravedad, los llamados “problemas de comportamiento” tampoco son localizables en el cuerpo físico, aislables y objetivables, para que la biomedicina pueda dar cuenta de ellos y tratarlos.

Lo anterior se relaciona con la segunda idea que tomo de la cita de Good: la enfermedad no está en el cuerpo físico, sino en la perturbación de la experiencia vivida de la persona. La experiencia vital para aquel que se sabe con dolor crónico se ve modificada progresivamente, en lo cotidiano y concreto. Le ocurre lo mismo a quien se sabe con un diagnóstico de enfermedad mental.

En este punto, me interesa relacionar este planteo de Good con la línea de investigación que siguen Sheper-Huges y Lock, quienes analizaron la relación entre ciertas características de la ciencia occidental y la biomedicina, con una forma determinada de entender al cuerpo, a la enfermedad y al tratamiento.

El dolor, parecería, era físico o mental, biológico o psico-social, nunca ambos u otra cosa diferente. (...) la dimensión del “padecimiento” del malestar humano (por ejemplo, las relaciones sociales de la enfermedad) están siendo medicalizadas e individualizadas, más que politizadas y colectivizadas. La medicalización inevitablemente supone la pérdida de identificación entre los cuerpos individuales y sociales, y una tendencia a transformar lo social en biológico (Sheper-Huges y Lock 1987:10).

⁸ Problemas de comportamiento es una categoría que, al menos en mi experiencia laboral (intuyo, no obstante, que se utiliza en una gran cantidad de instituciones), se escucha, repite y usa con mucha frecuencia para designar una gama amplia de conductas o situaciones. Ejemplos de esto son: niños que presentan impulsos violentos, que constantemente trasgreden límites, profieren insultos, arman escándalos por caprichos excesivos; o bien, niños con dificultad de comunicarse, que permanecen callados por largos periodos de tiempo, que no pueden o quieren jugar con otros.

Como dicen Sheper-Huges y Lock, existe una tendencia a ubicar el padecimiento en lo biológico, apartando o negando el componente social de la enfermedad. Esta tendencia se expresa y sintetiza, a su vez, en la medicación creciente del padecimiento humano (Sheper-Huges y Lock 1987).

Como ya esbocé, para Daniel, tener un Certificado de Discapacidad fue un hito en su historia personal: estructuró una nueva cotidianidad, una red distinta de interacciones diarias con profesionales e instituciones, y dio lugar, a través de un proceso en el tiempo, a la configuración de una serie de representaciones sobre Daniel y su discapacidad (de él consigo mismo y de los demás para con él).

A MODO DE CIERRE

Para terminar, me parece importante hacer una revisión de lo desarrollado teniendo en cuenta el título que preside esta investigación: “Sobre lo *normal*, lo *patológico* y la construcción de la *discapacidad*: un estudio de caso”.

En el marco de esta línea, sintetizada en el título, tomé los planteos de Eduardo Menéndez para desarrollar cómo la biomedicina moldea el proceso de salud, enfermedad y atención, instituyendo subjetividad desde sus parámetros. Los mismos están marcados, principalmente, por un fuerte componente biologicista, por la necesidad de un sustrato físico, empírico y universal como referencia observable, y por un objetivismo rígido, en tanto verdad legítima (Menéndez 1994, Menéndez y Di Pardo 1996).

Intenté relacionar la propuesta de Menéndez, primero, con la idea de que el límite entre la normalidad y la anormalidad no es ontológico sino que es relativo a una definición cultural (Benedict 1934); segundo, con una concepción de subjetividad centrada en las interacciones sociales (Cabrera 2014); tercero, con el planteo foucaultiano respecto al poder generativo y disciplinar que tienen los discursos sociales embestidos en autoridad; y cuarto, con el postulado de Sheper-Huges y Lock sobre la tendencia creciente a negar el componente social de la enfermedad.

Esbocé algunas de las consecuencias que tuvo en la cotidianidad de Daniel la emisión del Certificado de Discapacidad por parte del hospital Piñeiro y

su transcurrir por diversas instituciones y profesionales. Quise hacer hincapié en el elemento social del *status* de “discapacitado” y en cómo este *status* se fue construyendo o reafirmando en el itinerario cotidiano de Daniel.

Tomando las investigaciones de Beatriz Cortés me esforcé por desarrollar cómo la mirada médica puede tener un efecto disruptivo en la experiencia del paciente. En esta línea, recuperé el planteo de Byron Good de que es la vivencia de los sujetos en el mundo social lo que la enfermedad perturba. El caso de Daniel sirve de ejemplo al énfasis que dan dichos autores al componente social del padecimiento, situándolo en el plano de la experiencia cotidiana (en contraste con la visión según la cual el padecimiento se circunscribe a la fisiología de cuerpos aislados). Al mismo tiempo, el análisis de este caso sirve para relativizar la objetividad de los diagnósticos al momento de catalogar como “normales” o “anormales” (“saludables o “patológicos”) los comportamientos de los sujetos.

BIBLIOGRAFÍA

BENEDICT, R.

1934. Anthropology and the Abnormal. *Journal of General Psychology*, 10: 59-82.

CABRERA, P.

2014. Propuesta teórico-metodológica para el estudio de la subjetividad desde una perspectiva antropológica. *Revista Virajes* 16(1): 185-208.

CORTÉS, B.

1997. Experiencia de enfermedad y narración:

el malentendido de la cura. *Revista Nueva Antropología* 52: 89 -115.

FOUCAULT, M.

1976. *Historia de la sexualidad. Tomo 1: La voluntad de saber*. Siglo XXI, México.

1977a. *Historia de la ‘medicalización’, Incorporación del hospital en la tecnología moderna*, en *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. La Piqueta, Madrid.

1977b. *Las relaciones de poder penetran en los cuerpos*, en *Microfísica del poder*. La Piqueta, Madrid.

GOOD, B.

1994. *El cuerpo, la experiencia de la enfermedad, y el mundo vital: una exposición fenomenológica del dolor crónico*, en *Medicina, Racionalidad y Experiencia. Una Perspectiva Antropológica*. Ediciones Bellotera, Barcelona.

MENÉNDEZ, E. L.

1994. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 4(7): 71-83.

MENÉNDEZ, E. L. y R. DI PARDO

1996. *Representaciones, prácticas e interrogantes*, en *De algunos Alcoholismos y algunos saberes*. Ediciones de la Casa Chata, México.

SHEPER-HUGHES, N. y M. LOCK

1987. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1(1): 641.