

Antropología Experimental

<http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae>
2020. nº 20, Texto 12: 165-180

Universidad de Jaén (España)
ISSN: 1578-4282 Depósito legal: J-154-200

DOI: <https://dx.doi.org/10.17561/rae.v20.12>
Recibido: 21.11.2019 Admitido: 05.02.2020

APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA A LA SOMATIZACIÓN DE LA VIOLENCIA.

El síndrome del intestino irritable (SII)

Fina ANTÓN HURTADO; Alba MADRID JORDÁN

Universidad de Murcia (España)
fmanton@um.es; alba.madrid@um.es

ANTHROPOLOGICAL APPROACH TO THE SOMATIZATION OF VIOLENCE. Irritable Bowel Syndrome (IBS)

Resumen

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno crónico muy frecuente que requiere ser estudiado más allá del campo biomédico. El interés criminológico y antropológico criminal del SII radica en su alta prevalencia entre mujeres víctimas de violencia doméstica; víctimas de abuso físico, sexual y emocional en la edad adulta; víctimas de abuso sexual infantil; mujeres veteranas de guerra; y adultos expuestos durante la infancia a condiciones severas en tiempos de guerra. Además, las víctimas de violencia afectadas de SII pueden sufrir una revictimización por parte del sistema médico. Dado que el SII es un fenómeno universal con particularidades regionales y culturales, la investigación reciente señala la importancia que tienen en el desarrollo del SII aspectos como la socialización diferencial de género. Los mitos y creencias que poseen las personas afectadas de SII se han investigado abundantemente; no así aquéllos presentes entre el personal médico.

Abstract

Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a common chronic disorder that requires more than a biomedical approach. IBS criminological and criminal anthropological value lies in the fact that this condition shows a high prevalence among domestic violence victims, usually women; physical, sexual and emotional abuse in adult victims; sexual abuse in childhood victims; women veterans of the armed services; and adults exposed to severe conditions in wartime during childhood. Furthermore, violence victims suffering IBS can be revictimized by medical care system. Due to the fact that IBS is a universal reality that has regional and cultural characteristics, recent research points the significance of issues related to IBS development, as differential socialization by gender. Myths and beliefs of IBS affected people have been extensively explored, but not those among healthcare workers.

Palabras clave

Antropología Criminal. Antropología de Género. Victimización. Mitos y Creencias. Síndrome del Intestino Irritable
Criminal Anthropology. Gender Anthropology. Victimized. Myths and Beliefs. Irritable Bowel Syndrome

“En lugar de aliviar la ansiedad colectiva, las ciencias humanas están desafiadas a restablecer la incertidumbre y la angustia que tiene la vida cuando es vivida, en lugar de cuando es meramente estudiada y teorizada” (Biehl, Good y Kleinman, 2007).

Introducción

Cualquier investigación antropológica, en el siglo XXI, debe asumir la exigencia epistemológica de ser un saber global, y abordar al hombre como productor de sentido desde una aproximación holística (Lévi-Strauss, 2011: 37). Este objetivo presupone una investigación documental interdisciplinar, tanto audiovisual como escrita, que supone para el antropólogo la aproximación a disciplinas tan diferentes de la nuestra como las ciencias neurocognitivas con sus avances en neuroimágenes, la endocrinología con sus investigaciones sobre la influencia de las hormonas en el comportamiento humano, la genética con los resultados sobre anomalías en los genes que se manifiestan en determinadas acciones y la gastroenterología como especialidad médica en el *Síndrome del Intestino Irritable* (SII) que vamos a analizar. Asumimos, pues, la necesidad de construir una antropología integral, como defendía Caro Baroja (1995: 7) que incorpore diferentes saberes coherentes y relacionados entre sí, “y esto es así porque la ciencia significa búsqueda, lo que supone hallazgos, pero también aparición de nuevos interrogantes. En cuanto al acercamiento entre científicos y místicos, etcétera, podríamos decir que sucede porque ante nuevos descubrimientos y nuevos horizontes la complejidad es mayor, y por tanto, se hace prácticamente indispensable la colaboración entre unos y otros”. En cuanto a su contextualización, el estudio incluye un enfoque temporal evolutivo (análisis diacrónico) y del momento actual (análisis sincrónico) en el marco geográfico español, dentro de un contexto sociopolítico y cultural occidental más amplio. Su marco teórico toma como referentes el sistema tecno-económico, el institucional y el ideal, clásicos de la investigación antropológica.

Aproximarse al conocimiento del SII entraña evidenciar un ámbito sumido en la confusión y la incompreensión en múltiples facetas a distintos niveles. Su análisis documental refleja una marcada desacreditación con respecto al sufrimiento que el trastorno comporta, en conexión con el desarrollo tecno-económico propio de la biomedicina contemporánea en su etapa temprana. Aunque relegado a la categoría de dolencia que *no alcanza* el estatus de enfermedad, e inserto entre los llamados Trastornos Funcionales Digestivos (TFG), las últimas dos décadas ha constituido materia de interés creciente en el campo de la biomedicina. La incorporación a su estudio por parte de otras ciencias de la salud, como la enfermería y la psicología, ha venido motivada, entre otros factores, por la frecuente manifestación del mismo entre víctimas de violencia intrafamiliar.

La relación encontrada de forma empírica y sistemática entre el sufrimiento de violencia cotidiana o situaciones dramáticas y el padecimiento de SII, constituye un punto de partida esclarecedor para justificar la conveniencia de abordar este fenómeno desde la Antropología Criminal. Más aún, cuando este síndrome puede estar vinculado a otros procesos de victimización, mediados por la violencia estructural. Asimismo, cabe destacar la relevancia social de este fenómeno relacionado con la salud pública. Por un lado, el criterio *objetivo* basado en indicadores médicos permite señalar que el síndrome de intestino irritable es una afección muy frecuente entre la población general, que puede presentarse en cualquier etapa de la vida. Afecta a millones de

personas en España y se encuentra extendido mundialmente, constituyendo una de las principales causas de consulta médica. Por otro lado, desde el criterio subjetivo, constituye una condición con el potencial de *hacer sentir* enferma a la persona afectada. También en relación con la relevancia social se encuentra la afectación de la calidad de vida como factor ambivalente. Cuantitativamente, el SII se presenta con diversos grados de severidad, pudiendo afectar en gran medida la calidad de vida de quienes lo padecen. Cualitativamente, su estudio debe ocuparse de la percepción del deterioro en la calidad de vida que posea la persona afectada. A este respecto, cabe destacar una sustancial laguna de conocimiento cualitativo sobre la dolencia como experiencia subjetiva de la persona, en contraste con la ingente atención que los aspectos objetivos y cuantitativos han merecido para la biomedicina.

El SII es un trastorno cuyo surgimiento o exacerbación se han relacionado con la exposición de las personas al estrés, pudiendo afectar a cualquier persona en cualquier momento. Los motivos de interés criminológico radican, en primer lugar, en su frecuente presentación en víctimas de maltrato, abuso físico, sexual y psicológico; en segundo lugar, en víctimas de estigmatización por razón de la dolencia; en tercer lugar, en víctimas de situaciones dramáticas, como conflictos bélicos o pérdida de seres queridos; también en víctimas de violencia estructural debida a prácticas médicas deficientes; en potenciales víctimas de fraude, por su condición de especial vulnerabilidad; así como en otras personas sometidas a situaciones estresantes que puedan verse afectadas.

La revisión bibliográfica se hizo utilizando el buscador Google Académico en el que se introdujeron los términos “síndrome intestino irritable”, “intestino irritable” y “colon irritable” para la búsqueda en publicaciones en castellano, y los términos “intestino irritable” para las de idioma portugués, en revistas indexadas de referencia en antropología: *Desacatos. Revista de Antropología Social; Intersecciones en Antropología; Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia; Revista de Antropología; Revista Colombiana de Antropología; Sociología & Antropología; AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana; Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología; Revista de Antropología Social; Gazeta de Antropología; Munibe. Antrologia-Arkeologia; Chungara-Revista de Antropología Chilena; Revista Argentina de Antropología Biológica; Revista del Museo de Antropología; Amazônica-Revista de Antropologia; Antropología Experimental; Ponto Urbe. Revista do núcleo de antropologia urbana da USP; PUBLICAR-En Antropología y Ciencias Sociales; y Boletín de Antropología. Idénticos términos de búsqueda fueron introducidos en REIC Revista Española de Investigación Criminológica y Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología.*

Las búsquedas electrónicas de los términos mencionados se efectuaron de febrero a junio de 2019, pero no obtuvieron resultados en ninguna de las revistas de Antropología ni de Criminología.

Conceptualización básica: criminología y antropología criminal

La representación humana de la realidad está mediada por las ventajas, pero también las limitaciones propias de nuestra compleja forma de comunicación. Por este motivo, en lo referente a la construcción de la ciencia, el lenguaje merece especial atención. Desde un punto de vista semiológico, un concepto es un término abierto, general y teórico al que corresponde otorgar un significado y como decía Wittgenstein, las palabras conforman la realidad. La construcción de concepciones constituye nuestra forma de resolver los problemas que plantea apelar a un término. Es por ello que el concepto de crimen ha suscitado distintas visiones tanto en Criminología como en Antropología Criminal; lo cual conduce a hablar, en plural, de conceptos y concepciones.

Siguiendo a Morillas Fernández (2004), la Criminología está reseñada en la literatura como ciencia cuyo objeto de estudio es el crimen: ya fue así concebida por Göppinger (1975), García-Pablos (1996) o Siegel (2002). Por su parte, para Morillas, Patró y Aguilar:

“La Criminología no se centra únicamente en el delito [...] sino que aboga por una dimensión más amplia por lo que incorpora la acepción crimen, identificándolo como aquel hecho que genera un daño que atenta contra un bien común que afecta a los valores reconocidos y aceptados por la sociedad, no siendo necesariamente constitutivo de delito” (2014: 102-103).

Julio Caro Baroja, en la conferencia dictada en la Fundación Joan March el 29 de noviembre de 1988 titulada “Antropología criminal, física, social y cultural”, asume la definición de antropología que ofrece Kant y a la que se refiere como una teoría del conocimiento del hombre formulada de manera sistemática con dos grandes ámbitos de aplicación; la antropología física, considerada como una rama de la biología, y en la que el gran filósofo alemán desarrolló los principios de la antropometría y de la antropología de los grupos sanguíneos. Y la antropología práctica y pragmática que estudia los caracteres de los pueblos, de las naciones y de los hombres y que Kant considera que se puede ilustrar con una cantidad sensible de fuentes, en sentido amplio de la palabra. Caro Baroja resalta esta última aportación del filósofo alemán y propone una “cuarta dimensión de la Antropología, que es la Antropología Criminal” (29/11/1988; 22: 46). En la misma línea otro autor como Krohn-Hasen (1997) afirma que “si existe algo que parezca caracterizar el momento actual en antropología es (este) interés significativo por la violencia” sugiriendo, incluso, que la antropología de la violencia está adquiriendo importancia como un subgénero disciplinario.

Caro Baroja recoge la influencia que Auguste Comte tuvo en la Antropología Criminal a partir de la formulación de su “ley” “respecto al desenvolvimiento mental de la Humanidad, conforme a la cual determinaba la existencia de una primera fase, dominada por concepciones y creencias religiosas; a ésta le seguía otra, la segunda, que era la metafísica, y por último venía la tercera, la liberadora, en la que imperaba o debía imperar el conocimiento positivo, es decir el fundado en los “hechos”: la fase científica” (Caro Baroja 1985: 146). Definir conceptualmente qué entendemos por “hechos”, fundamentar metodológicamente la neutralidad del observador y descubrir las leyes subyacentes de la acción humana, constituyen el fundamento teórico y metodológico de la Antropología Criminal. D. Julio expone que en esta disciplina no se cumple la ley *comtiana*, porque como puede verse a través de un análisis histórico, todas las sociedades, tanto las religiosas, como las metafísicas o positivas, “han poseído siempre la noción de que existe un conjunto de hechos que se agrupan bajo el nombre de crimen” y como aclara más adelante, el quid de la cuestión está en que la Antropología Criminal “en vez de considerar como “hecho positivo” y directo el crimen en sí mismo, tal y como lo podían estudiar filósofos y juristas en tiempos (Wyndham, Beccaria), piensa que el objeto directo y fundamental de su investigación es el “criminal”: el hombre como tal” (Caro Baroja 1985: 147-148). Esta concepción de la antropología criminal es la que defiende Cesare Lombroso (1835-1909), al que se le considera el fundador del positivismo biológico y de la escuela criminalista italiana y que está superada en los ámbitos de investigación actuales.

Desde nuestro punto de vista, la Criminología es la ciencia encargada del estudio del crimen, entendido no sólo como hecho criminal, sino también como construcción sociocultural. Es decir, su objeto de estudio es el crimen y adicionalmente el delito, no al contrario. En este punto encuentra la Criminología su vínculo con la Antropología Criminal, la cual, siguiendo a Antón Hurtado

(2012b), se interesa por la relación entre crimen y cultura, ocupándose de definir el crimen partiendo de su condición universal cultural y de su conceptualización sociocultural.

Crimen y delito son producto de la conducta y de la interpretación humana, pero no necesariamente coinciden en toda ocasión. El crimen constituye la violación de una norma social establecida para la convivencia pacífica en sociedad y, por su parte, el delito es la vulneración punible de un precepto penal vigente. La existencia de delito estará marcada por la legalidad de una concreta sociedad humana; y la existencia de crimen, por las normas sociales de ésta última sin necesidad de concurrencia con la primera. Aunque en las sociedades complejas numerosos crímenes hayan sido recogidos como delitos, no siempre existirá plena identidad entre el hecho antisocial y el hecho antijurídico punible. Ejemplo de ello es la reciente incorporación de los delitos medioambientales al ordenamiento jurídico español, no habiendo sociedad humana que no haya percibido, al menos de forma intuitiva, la importancia que el ecosistema que le rodea entraña para ella como soporte vital. Morillas, Patró y Aguilar señalan que el crimen “es un concepto muy subjetivo que varía según la época histórica” (2014: 103). Sin embargo, la misma apreciación cabría predicar sobre el concepto de delito, que no reviste un mayor carácter de objetividad a la luz de la evolución sociohistórica, en un mismo país o en distintos países: en España han sido delitos, por ejemplo, el adulterio y la homosexualidad.

Exploración causal: la mirada médica como problema epistemológico

Como seres bioculturales estamos sujetos a los límites, a menudo difusos, entre la naturaleza y la cultura. Para discernirlos necesitamos una profunda y constante interpretación de la realidad. La explicación de los procesos involucrados en la génesis del SII no sólo ha estado sometida a modificaciones en distintos lugares y momentos, sino que diferentes modelos explicativos han coexistido en sentido espacio-temporal. En este apartado se analiza la influencia que los paradigmas dominantes ejercen sobre la interpretación de la realidad, en el modelo biomédico en general y en el SII en particular.

A pesar de reconocerse, en la actualidad, la elevada influencia de la cultura en el SII, la atención que ocupa en publicaciones médicas es ínfima. A este respecto, “es cierto que se reconoce la relevancia de la metodología cualitativa y de las ciencias humanas y sociales, pero en realidad, se prescinde de ellas porque se considera que sus resultados no contribuyen al desarrollo del saber” (Antón Hurtado, 2015: 263).

Para lograr la comprensión de este fenómeno, es necesario revisar cómo ha evolucionado la mirada médica encargada de explorar el SII. La literatura permite apreciar tres modelos explicativos predominantes del SII: el modelo biomédico, el modelo psiquiátrico y el modelo biopsicosocial. Por su parte, el modelo ecosistémico en la salud humana, a pesar de ser coetáneo en su planteamiento científico al modelo biopsicosocial, no ha experimentado tanta repercusión en el campo de investigación del SII. El análisis de estas distintas formulaciones se pondrá, más adelante, al servicio de la comprensión de las variadas formas de victimización que cada uno ha podido propiciar en las personas afectadas de SII.

Modelo biomédico

El paradigma racionalista logró un profundo arraigo en el campo científico en general y en la medicina occidental en particular, en sus sucesivas formulaciones hasta la actualidad. El positivismo que desplazó dicho paradigma (cuya máxima defiende que el científico es el único conocimiento) recogió, sin embargo, ideas propias del pensamiento de Descartes, como la división cartesiana mente-cuerpo, razón-emoción y la linealidad mecanicista de causa-efecto.

El motivo de atender al racionalismo en primer lugar, radica en el hecho de que el término *funcional*, con que se describe al SII –aún en nuestros días, aunque de forma controvertida–, deriva de la dicotomía excluyente mente-cuerpo, propia del pensamiento dualista (Enríquez y Valdovinos, 2010). El racionalismo busca el conocimiento del mundo, y de nosotros mismos, desde el mecanicismo; es decir, desde el estudio de las partes para entender el todo, partiendo de la separación entre la mente y el cuerpo. Con estas premisas se busca la causa física de las cosas: en medicina, la causa orgánica de la enfermedad. El SII, al no constituir una patología orgánica observable mediante técnicas diagnósticas no sólo ha quedado desatendido, sino que ha sido cuestionada su propia existencia. Se trata de un efecto directo en la práctica clínica del paradigma positivista que, mal entendido, invita a creer sólo aquello que somos capaces de percibir y define salud en términos negativos de ausencia de enfermedad.

En este orden racionalista, de separación y primacía de razón sobre emoción, la segunda ha sido silenciada mediante una práctica médica que invisibiliza e individualiza el sufrimiento cuyo origen no es capaz de explicar, como señaló Foucault (1979), responsabilizando de su afección al paciente de SII. Los posteriores avances en neurología hicieron posible cuestionar la existencia de tal división, ya que la mayoría de los procesos que se creían conscientes, parten de la actividad inconsciente o, incluso, carecen por completo de consciencia. Por su parte, la biología básica de la evolución permite comprender que nuestra pertenencia como especie al reino animal mamífero es una condición que nos otorga un desarrollo emocional más temprano, a nivel evolutivo, que el racional, propio del córtex prefrontal.

Concretamente en el ámbito de la gastroenterología, la observación de los procesos cuyo funcionamiento no es puramente motor también ha experimentado un desarrollo más tardío – como ocurre en el caso del sistema nervioso entérico o de la dinámica de los gases–. En esta dificultad, sin duda mediada por factores de complejidad, ha influido la visión lineal reduccionista de causa-efecto establecida por este esquema de pensamiento.

La descripción del SII desde la negación propia del modelo biomédico queda retratada en las siguientes líneas:

“Durante años, en las consultas médicas se ha venido repitiendo la expresión *“Doctor, a mí me duele – Tranquilo, Vd. no tiene nada”*. Sólo se consideraba como enfermo a aquél en el que había una causa demostrable de sus molestias, mientras que el resto (¡una multitud!) eran etiquetados de hipocondríacos, “quejicas”, psicópatas o somatizadores. Urge, por consiguiente, transmitir una nueva filosofía [...]” (Mearin y Montoro, 2012: 523).

Los efectos del positivismo se han hecho valer en la metodología científica: la hegemonía de lo cuantitativo –respecto a los datos observables– en detrimento de lo cualitativo –acerca de los hechos vivenciales–, ha dirigido la atención clínica y la investigación médica al conocimiento *objetivo* de la enfermedad, descuidando la faceta subjetiva de la dolencia como experiencia propia de los pacientes. Con la causa orgánica en la cúspide de la visión médica, los pacientes de SII han sido especialmente vulnerables a sufrir no sólo incompreensión y desprecio, sino también situaciones iatrogénicas como cirugías innecesarias, que han empeorado su malestar.

En el caso de los TFD, los avances científicos biomédicos hasta ahora sólo ofrecen herramientas para descartar otras afecciones, no para identificarlos propiamente. El desarrollo biomédico de principios del s. XX propició la curación de epidemias que habían aquejado a la humanidad desde el albor de sus tiempos. Estos descubrimientos, si bien permitieron reducir la

incertidumbre respecto a la realidad en numerosos aspectos de hondo calado, contribuyeron a generar un entorno propicio para la comodidad y satisfacción de profesionales clínicos habituados a tratar enfermedades que pudieran curarse, sin que su entrenamiento atendiera a la gestión del caos que requiere el estudio y manejo de los TFD.

En la representación biomédica así entendida, el SII sencillamente no existe, dado que su sintomatología –en especial, el dolor– no puede explicarse por un daño en un tejido orgánico. Su forma de abordarlo es la negación, adoptando un discurso dañino frente al afectado que busca atención sanitaria. Sería un exceso reducir la negación de la existencia de lo desconocido a la simple adherencia positivista de las figuras de autoridad sanitaria, ya que implicaría suponer que dicho personal no fuera capaz de obtener plena consciencia acerca de las limitaciones de su propio método. No obstante, no es casual que Thomas Kuhn (1971) y Paul Feyerabend (1975) lanzaran sus críticas sobre la fiabilidad del método científico y la sobrevaloración de sus resultados empíricos, ya que el desarrollo científico propio del siglo XX se propagó en un terreno de abandono de la filosofía de la ciencia.

“Si tenemos en cuenta las últimas investigaciones en el campo de las neurociencias, las ciencias de la complejidad y del comportamiento, la primacía otorgada a la razón ha supuesto una reducción intencionada de la riqueza de la humanidad para conseguir un mayor control social de la misma” (Antón Hurtado, 2015: 266).

En conclusión, no se trata en este apartado de incurrir en un sesgo de retrospectiva, juzgando pensamientos históricos desde el pensamiento contemporáneo: se trata, por un lado, de comprender los fundamentos que han sustentado creencias que han resultado erróneas y han constituido base para la victimización; por otro lado, de visibilizar el sufrimiento que ha sido acallado y desatendido; y por último, de señalar que este enfoque tiene plena vigencia en la actualidad –como se expondrá a continuación– a pesar de los avances en investigación, lo cual describe un escenario a distintas velocidades entre la investigación, la comprensión de los resultados de la misma y la práctica clínica, situación que ha constituido un continuo desde el inicio de la sistematización científica de los estudios de SII, cuyo inicio sitúan Enríquez y Valdovinos (2010) en 1962, gracias a Chaudhary y Truelove.

Modelo biopsicosocial

Con una mirada centrada en la organicidad como causa física de enfermedad, la influencia de los factores psicosociales –como la cultura, el estrés o la historia de abuso– en el desarrollo del trastorno, ha escapado gran parte del tiempo al análisis biomédico. El modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977) vino a añadir dichos elementos de análisis al estudio de la salud. Este enfoque no se ha interpretado de manera unívoca: se ha visto o bien como un nuevo modelo, que contempla la interacción de factores biomédicos, psicológicos y sociales, sin ser necesariamente excluyentes; o bien, como un mero agregado del biomédico. El modelo biopsicosocial de Engel, surgido en respuesta al modelo biomédico general dominante en las sociedades industrializadas de mediados de siglo XX, nace para contestar sus postulados dualistas (Borrell i Carrió, 2002). Sin embargo, la idea de que la mente humana afecta al cuerpo tiene antecedentes remotos que se sitúan en el pensamiento de Hipócrates (469-377 a.C.).

En este contexto cabe destacar que, sin embargo, la década de 1970 y 1980 estuvo marcada por la predominancia del modelo de la enfermedad psiquiátrica para el tratamiento del SII, desde

el convencimiento de que psicopatología y SII eran indesligables. Actualmente, el SII es identificado como un cuadro clínico independiente o “entidad clínica distinta” (Enríquez Blanco y Valdovinos, 2010: 4) y diferenciable de la somatización, de otros trastornos funcionales digestivos o extradigestivos, de las enfermedades inflamatorias intestinales y de alteraciones orgánicas. A pesar de lo expuesto, el modelo biopsicosocial está, en la actualidad, aún lejos de imponerse en la investigación y en la práctica clínica, aunque se han empezado a defender tesis doctorales que refuerzan este modelo (Vizconde Linares, 2020).

El modelo biopsicosocial contribuyó a contemplar la naturaleza etiológica del SII como multifactorial, y es actualmente el referente en las guías de práctica clínica en España. Se considera que los TFD poseen un componente genético que interactúa con factores ambientales y socioculturales y en esta línea se están publicando investigaciones sobre posibles dietas que podrían reducir la sintomatología del SII (Yepes, J., Múnera, M.N., Martelo, C., 2018)

Modelo ecosistémico

La definición de antropología como el estudio de la naturaleza y el sentido del hombre con categorías específicas plantea el binomio central de nuestra disciplina que consiste en, a través de la naturaleza, dilucidar el problema de la unidad humana, y a través del sentido de lo humano, analizando el comportamiento humano y los productos del hombre, llegar a explicar la diversidad humana (Álvarez Munárriz, 2015). Edgar Morin (2011) afirma que la complejidad es una constante en la vida moderna, de lo que podemos inferir que, en los fenómenos complejos, nunca se pueden extraer conclusiones inductivas, de ahí la conveniencia de acudir a las ciencias de la complejidad que incorporan la teoría de sistemas y definen al sujeto:

“como un sistema unitario que se organiza dentro de un medio complejo y que tiene como resultado su propia individualización. Todas las relaciones de producción están coordinadas en un sistema que mantiene íntegra su identidad y autonomía a pesar de las perturbaciones a las que constantemente está sometido” (Álvarez Munárriz, 2011: 410).

Según Niklas Luhmann (1998) es necesaria la “reducción de la complejidad” para la generación de sentido a través de las interacciones que se producen entre un sistema y el ambiente en el que se desenvuelve, o lo que es lo mismo, ante la complejidad es necesaria la adopción de modelos explicativos e interpretativos que permitan comprender la realidad compleja (León y Sanjuán, 2009: 60) El modelo que mejor podríamos adoptar para comprender la realidad actual sería el modelo ecosistémico que combina las aportaciones de las ciencias de la complejidad y las ideas de G. H. Mead sobre organismo, entorno y emergencia, que se articularía tomado como base el concepto de “sistema complejo adaptativo” a través del cual podemos analizar las constricciones internas y externas que soportan las personas a lo largo del tiempo. En tanto que seres psicobiofísicos que somos, establecemos una identidad personal compleja y relacional a la vez que robusta, consciente y creativa (Álvarez Munárriz, 2011: 410, 426).

La comprensión científica de la salud humana mediada por las condiciones medioambientales ha propiciado la inclusión del enfoque ecosistémico en el intento de comprensión sobre el proceso de enfermar. La perspectiva ecosistémica, interesada en la relación entre la persona y su medio físico y sociocultural, es un modelo de análisis que el estudio antropológico emplea para la comprensión de la emoción humana, su interacción con el pensamiento analítico (Antón Hurtado,

2015) en base a la realidad actual “a través del cual podemos analizar las constricciones internas y externas que soportan las personas a lo largo del tiempo” (Antón Hurtado, 2012a: 353)

A pesar de que el modelo biopsicosocial contempla factores que engloba bajo la denominación de ambientales, como la familia y el estrés, la atención de la investigación sobre factores ecológicos como la contaminación ambiental y su posible repercusión en el SII es muy reciente y limitada. Se ha especulado incluso que el SII pudiera constituir un trastorno propio de sociedades afectadas por la industrialización y urbanización (Enríquez y Hurtado, 2010), pero no se conoce con exactitud el rol que juega la urbanización en el SII. Se sabe que puede afectar a la salud general, debido al estrés relacionado con el trabajo (Sahoo y Padhy, 2017).

Sobre contaminación ambiental, un estudio permitió a los investigadores comprobar la escasa evidencia sobre su implicación en el desarrollo y evolución del SII, aunque los datos disponibles la sitúan como uno de sus factores clave (Marynowski, Likońska, Zatorski y Fichna, 2015).

El síndrome de intestino irritable en las víctimas

Las sociedades complejas en las que vivimos son el resultado de la asunción sin reservas de los paradigmas positivista y racionalista. A partir de este último, reducimos las emociones, lo que conlleva una reducción de la complejidad de lo humano, y con menos factores que analizar, resulta mucho más fácil objetivar y cuantificar, aunque eso suponga deshumanizar. Como dice M^a Jesús Buxó (2003: 28): “lo cierto es que progresivamente las emociones, los sentimientos, la sensualidad o las sensaciones corporales y las ideas razonables o irrazonables se han ido separando”. Charles Darwin en su libro *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, publicado en 1872, desvela la función evolutiva de las emociones a través de su capacidad para propiciar la comunicación social, especialmente a la hora de la selección de la pareja, lo que supone garantizar la supervivencia de la especie. Las emociones, en tanto que propiciadoras de la comunicación social constituyen la red sobre la que se conforma la vida social, porque, como constató Darwin, los seres humanos, en tanto que animales sociales, necesitamos comunicar nuestro estado emocional a los demás, lo que llevamos a cabo, inicialmente, a través de la expresión facial. Tras la lectura de esta obra, Freud amplía la funcionalidad de las emociones y considera que influyen en la capacidad de actuación racional de los seres humanos, hasta tal punto, que la conciencia había evolucionado porque los organismos dotados de ella podían “sentir” las emociones y lejos de entorpecer nuestras decisiones, las favorecen y nos ayudan a evitar el peligro y a aproximarnos a posibles fuentes de placer. Los sentimientos son las manifestaciones de la gestión cultural de las emociones, la razón es en muchas ocasiones emocional, la “razón sensible” en palabras de Maffesoli (1997).

Aunque no hay una definición unitaria de víctima, Morillas, Patró y Aguilar distinguen las siguientes concepciones:

- Victimológica general: individuo o grupo de personas que padece un daño por una acción u omisión propia o ajena, o por causa fortuita.
- Victimológica criminal: individuo o grupo de personas que sufre un daño producido por una conducta antisocial, propia o ajena, aun no siendo detentador del derecho vulnerado.
- Jurídico-penal: sujeto pasivo del delito (2014: 99)

Se entiende como victimización el “cambio en un estado inicial que conlleva para la persona o colectivo concreto la adquisición del rol de víctima” (Morillas, Patró y Aguilar, 2014: 107). Por otro lado, el proceso de victimización “constituye un entramado de complejos factores que

interactúan” conformados por “las secuelas del propio hecho criminal” y todos aquellos elementos que, como consecuencia de la acción ilícita o antisocial ejercida por tercero, pudieran desprenderse” (Morillas, Patró y Aguilar, 2014: 108).

Víctimas de violencia cotidiana y situaciones dramáticas

Por medio de la investigación, ha sido posible vincular la exposición de las personas a experiencias traumáticas al sufrimiento de SII. Es el caso de mujeres supervivientes con historia de maltrato o mujeres veteranas de guerra, pero también de niños abusados sexualmente y de adultos expuestos durante la infancia a condiciones severas en tiempos de guerra.

A partir de que en la década de 1990 se encontrara una relación significativa entre la historia de abuso sexual o físico en mujeres y el sufrimiento de TFD, estudios posteriores han permitido encontrar resultados similares, situándola como factor de riesgo para desarrollar SII (Enríquez Blanco, 2010; Iatorno y Enríquez Blanco, 2010). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) recoge, entre las consecuencias para la salud más frecuentes de la violencia contra la mujer, afecciones del aparato digestivo; entre ellas, el SII se incluye como uno de sus efectos sobre la salud física, como problema crónico de salud.

De este modo, la violencia cotidiana entendida como práctica y expresión diaria de violencia a nivel micro, interpersonal, en este caso en el ámbito doméstico, se conforma como una realidad que se conocía asociada a los cuadros de ansiedad, depresión y estrés postraumático. A estas consecuencias habría que añadir el SII como cuadro sintomático al que atender especialmente para la recuperación de las supervivientes. Ello unido a la dificultad de detectarlo incrementa la atención que debe ser prestada a los síntomas digestivos por parte de los profesionales encargados de la atención a víctimas.

También en lo referente a las mujeres se ha encontrado, por otro lado, una prevalencia de SII entre veteranas del servicio de fuerzas armadas de Estados Unidos de 33.5%, cuya experiencia traumática más frecuentemente referida fue la agresión sexual (White, Savas, Daci, Elserag, Graham, Fitzgerald, Smith, Tan y El-Serag, 2010). Por su parte, el abuso sexual infantil y el abuso psicológico en adultos se han asociado al SII (Enríquez Blanco, 2010). Diversas investigaciones se han llevado a cabo para explorar el papel que juegan en el desarrollo del SII los eventos estresantes en la edad temprana. En un estudio sobre las experiencias adversas en la infancia, como son las experiencias traumáticas tempranas, el abuso emocional, físico o sexual, realizado por Park, Vedelock, Shih, Presson, Mayek y Chang (2016) se comprobó si éstas estaban asociadas al SII y a la gravedad de los síntomas gastrointestinales. Se encontró que los sucesos adversos durante la etapa temprana constituían un factor de riesgo que duplicaba las probabilidades de sufrir SII; y que la experiencia temprana adversa se correlacionaba significativamente con los síntomas generales de SII y con la gravedad del dolor abdominal. Además, el estado del SII podía predecirse por el historial de abuso emocional, o circunstancias como tener un miembro de la familia encarcelado o con enfermedad mental. La asociación entre el sufrimiento de SII por parte del menor de 18 años con el hecho de tener un miembro de la familia encarcelado “es nueva y merece atención como tema para futuras investigaciones” (2016: 6). Este hallazgo tiene un interés criminológico directo sobre la valoración que debe hacerse, por parte de los organismos institucionales jurisdiccionales, al evaluar la conveniencia de recluir en prisión a una persona con menores a su cargo, puesto que habría que añadir el riesgo de sufrir SII que presentaría el menor a consecuencia de este hecho.

En 2009, se realizó un estudio de cohorte poblacional bien documentado sobre adultos expuestos durante la edad temprana a condiciones severas durante la Segunda Guerra Mundial. Sus resultados permitieron identificar dicha exposición en tiempos de guerra como factor que

incrementaba el riesgo de desarrollar SII en la edad adulta, con una prevalencia del 15.3% entre los individuos expuestos a la edad de 1,5 años (Klooker, Braak, Painter, Rooij, van Elburg, van den Wijngaard, Roseboom, Boeckxstaens, 2009).

Cabe destacar que, tal como ocurre en el proceso de revictimización que puede darse en el ámbito policial y judicial tras denunciar los hechos punibles, puede existir hacia las víctimas un proceso de revictimización por medio de la estigmatización médica o social a raíz de la dolencia. Por otro lado, independientemente de haber sufrido una experiencia traumática previa a la aparición del trastorno, la victimización puede ser producida en estos ámbitos.

Prejuicios médicos

Atendiendo al recorrido histórico de la ciencia gastroenterológica reseñado por Carreiro, Velasco, Rodríguez, Chirinos y Hopp (2013), la gastroenterología como especialidad médica a finales de siglo XIX y principios del XX está aún en evolución y cuenta con escasas herramientas tecnológicas aplicadas a su labor de estudio sobre patología digestiva. El desarrollo tecnológico y científico a partir de entonces empieza a permitir la observación directa de los órganos internos digestivos para su diagnóstico, permitiendo a los médicos “diferenciar patologías y tipos de enfermos” (Carreiro et al., 2013: 185). El SII se caracteriza por no presentar signos que evidencien su inequívoca presencia, ni una prueba específica para su infalible diagnóstico (Teramoto Matsubara, 2017). Desde el convencimiento médico positivista en postulados biologicistas *incuestionables*, se asume que lo único real es aquello que se puede ver; y esa asunción está en la base, por un lado, de la negación del sufrimiento que esta dolencia puede acarrear; y, por otro, del sufrimiento derivado del trato médico hacia la persona que sufre una patología cuyo origen físico no es susceptible de ser observado.

El SII plantea el problema ontológico de *ser un paciente sin enfermedad* a ojos de la biomedicina; y, sin embargo, sentirse enfermo. Identificar enfermedades y sus procesos fisiopatológicos ha servido favorablemente en términos de salud pública, pero ha llevado aparejado el desinterés por lo considerado como *dolencia*, aquel malestar no objetivado por parte del médico. La forma en que el modelo clásico biomédico deslegitima el sufrimiento convierte el diálogo médico-paciente en un discurso de violencia simbólica tal como la entendía Bourdieu (1997), legitimando humillaciones internalizadas en base a la desigualdad y la jerarquía. Reducir el sufrimiento a fisiopatología es, desde el punto de vista de la antropología médica, una descontextualización de la patología que ha servido a intereses propios de las relaciones de poder (Antón y Martín-Consuegra, 2013). En efecto, desde el punto de vista médico actual, la vida y la muerte son procesos, así como el hecho de enfermar. Es un proceso que no puede entenderse desvinculado del contexto, porque no se enferma *in vacuo*, sino en un entorno, en un complejo cronotopo. Ignorar esta inserción de espacio-tiempo contribuye a invisibilizar el sufrimiento, y hacerlo desde la biomedicina con el enfoque biologicista restrictivo supone, por un lado, renunciar a buena parte de su sentido originario; y, por otro, contribuir a fenómenos iatrogénicos.

Una de las consecuencias con alcance cualitativamente más grave es la existencia documentada de cirugías innecesarias en personas afectadas de SII. Apendicectomía, histerectomía, colecistectomía, colectomía y cirugía de espalda: mujeres y hombres a quienes se les ha extirpado indebidamente el apéndice, la vesícula biliar o un fragmento de intestino grueso; y mujeres que, tras una intervención quirúrgica inapropiada, quedan sin útero o sin una parte de él. Mediante investigación se ha identificado que el factor más influyente en estas prácticas ha sido el mal diagnóstico (Enríquez Blanco, 2010), propiciado por esquemas de pensamiento de un positivismo mal entendido que están aún lejos de disiparse entre la práctica médica. Sin sustrato orgánico que

atender con los instrumentos disponibles, a partir de la década de 1970 se procede a un proceso de apropiación, por parte del discurso psiquiátrico, de la etiopatología del SII. Se impone entonces una lectura del trastorno que asume una causación lineal de origen emocional y consecuencia física. El modelo psiquiátrico añade, al estigma del *enfermo sin enfermedad*, el estigma de la psicopatología que se deriva de una salud mental cuestionada.

El modelo biopsicosocial, a pesar de su perspectiva más amplia sobre un posible origen multicausal, ha hecho pensar a los profesionales clínicos en el SII como un trastorno trivial, banal, por ser *funcional*. Mediante los avances en técnicas aplicadas al SII por la biomedicina en los últimos 20 años, se han encontrado evidencias de distintos procesos que involucran la genética, el aprendizaje familiar, los signos de microinflamación intestinal y otros mecanismos fisiopatológicos; sin embargo, a inicios de la década del 2000 y a pesar de que el modelo biopsicosocial fuera planteado a finales de 1970, la psicología en España seguía trabajando con la hipótesis psicósomática de causación lineal. En la actualidad, permanece el concepto de SII como trastorno funcional. El hecho de que se considere trastorno y no enfermedad, partiendo de un concepto restringido de ésta última –sumado a factores como su tradicional uso como etiqueta para lo inexplicable y el convencimiento de que no es grave por no ser mortal– ha permitido a los médicos trivializarlo, banalizarlo en base a su posición de poder.

Una relación de desigualdad médico-paciente, unida a las circunstancias de médicos varones y numerosas mujeres pacientes de SII, obliga a reflexionar sobre una historia de hombres negando el sufrimiento de las mujeres, condenándolo a la esfera de lo imaginario en un ejercicio de fatal arrogancia que condena de inexistente aquello que no comprende. Como recuerdan Enríquez y Guerrero, “vivir con una enfermedad gastrointestinal funcional equivale a hacerlo con una enfermedad crónica. Las enfermedades crónicas se caracterizan por sus cursos largos, síntomas episódicos, impredecibles y efectos invalidantes que frecuentemente se acompañan por tratamientos mínimamente efectivos, estigma social y aislamiento” (2010: 30). El concepto de salud y de enfermedad que una lectura del modelo biopsicosocial ha propiciado es más amplio que el sentido biomédico clásico: la salud y la enfermedad no sólo se describen en términos físicos, sino también psíquicos y sociales.

Se han explorado entre los pacientes las actitudes como la catastrofización, las creencias negativas sobre el dolor y su componente religioso de “enfermedad como castigo divino”. Sin embargo ¿acaso no tienen los médicos mitos y creencias? El sentido del énfasis en este apartado sobre la relación de poder médico-paciente y los procesos de victimización propiciados por el sistema médico radica, actualmente, en que siguen presentes entre el personal sanitario los mitos y creencias que han fundado estas historias de sufrimiento. Sahoo y Pahdy (2017) mencionan sólo algunos de los que afectan a médicos y población general: “Los síntomas del SII son triviales y no deberían tomarse en serio”, “Está todo en su cabeza”, “El SII simplemente está causado por estrés y trastorno psiquiátrico”, “Si el dolor es intenso, debe tener causa orgánica”, “Los pacientes de SII asumen el rol de enfermo y son difíciles de tratar”.

Prejuicios sociales

Existe un vacío en la investigación acerca del conocimiento o desconocimiento de la población general española con respecto al SII. Para conocer las dificultades que las personas afectadas viven en su contexto sociocultural como consecuencia de las creencias, valores y normas sociales, es preciso acudir a fuentes capaces de aportar información valiosa en este sentido, como el material que generan los propios afectados por medio de asociaciones y grupos de apoyo.

La carga semántica que, en general, rodea al sistema digestivo en el discurso popular de los países occidentales, puede apreciarse en extendidas expresiones coloquiales que muestran la connotación mayoritariamente peyorativa y primaria que rodea a los órganos digestivos. La identificación de “cagón” con cobarde, “cagarse por la pata abajo” con miedoso, “cagona” con cochina, etc. Son algunos ejemplos. Quien sufre una dolencia intestinal se enfrenta, además de a su sintomatología, al tabú que socialmente rodea sus síntomas. La experiencia vivencial es de vergüenza, de temor a la manifestación de los síntomas en momentos de compromiso o reunión social, o de ser juzgadas desde la incomprensión por parte de su entorno; estas situaciones pueden generar aislamiento, frustración y sentimientos de vulnerabilidad. Juegan aquí un papel los estereotipos sobre la imagen o el comportamiento que hombres y mujeres deben reflejar.

Por un lado, personas aparentemente sanas, cuya imagen no se asocia a la representación popular de alguien enfermo –y cuya dolencia no es bien comprendida ni siquiera por los profesionales sanitarios–, se enfrentan al juicio moral de su entorno, que recibe sus quejas como producto de una falta de honestidad o de voluntad. De este modo, aquellas víctimas de cualquiera de las violencias referidas, pueden estar sometidas a un proceso de revictimización por parte de la sociedad y del propio médico. Este proceso permite el ejercicio de la violencia directa y cotidiana, a nivel micro, fundamentarse en todo un sistema de pensamiento que propicia la violencia a escala macro, estructural o sistémica como la entendió Galtung (1969), en la que se difumina la responsabilidad sanitaria por la propia estructura organizacional, imponiendo dolorosas condiciones físicas y emocionales a las víctimas, cuando niega sus necesidades.

En situaciones de aislamiento social, frustración e incomprensión por parte del entorno; de tratos médicos desconsiderados y sufrimiento de iatrogenia, cabe pensar en la importancia que cobra, entre los afectados, asociarse para crear aquellas alianzas, espacios de información y apoyo que precisan como parte de sus necesidades psíquicas. Disponer de información ayuda a la persona afectada a orientarse y recuperarse, a pesar del cuadro crónico; y las asociaciones pueden contribuir a paliar, en parte, la incertidumbre en contextos de escasa colaboración médica.

A nivel organizacional en el marco geográfico español, el fenómeno del asociacionismo del SII presenta escaso recorrido. Según el Registro Nacional de Asociaciones del Ministerio del Interior, Gobierno de España, se encuentran actualmente registradas la Asociación de Aragoneses con Síndrome de Intestino Irritable (ACSII) y La Asociación Española de Afectados de Síndrome de Intestino Irritable (AESII). Ésta última está detenida actualmente en su actividad (2012-2017). Previamente estuvo en funcionamiento la Associació d’Afectats de Colon Irritable de Catalunya (AACICAT), cuyo periodo activo se restringió a 2004-2015. La conflictividad presentada en el asociacionismo, sobre propósitos diversos y en ocasiones contrarios, tiene un claro componente de significado. A la carga de trabajo reunida entre pocas personas, se ha sumado la tensión propiciada por representaciones mentales dispares del sentido y la función de la tarea de asociarse. Aunque un análisis más detenido fuera preciso para dilucidar las causas del fracaso del fenómeno, las tensiones políticas parecen constituir un continuo.

En contraste, el Grupo de Apoyo y Autoayuda de SII (IBS Self Help and Support Group) es la mayor comunidad en línea de afectados de SII desde 1995, promovida desde Norteamérica. Especial mención merecen dos documentos ofrecidos por el mismo. El primero de ellos (2012) recoge mitos sobre el SII, presentes entre las creencias de los pacientes:

“Los síntomas de SII son los mismos en todas las personas. El SII está causado por el estrés. No hay tratamiento para el SII, tienes que aprender a vivir con él. El SII puede conducir a enfermedad inflamatoria intestinal o al cáncer. Está todo

en tu cabeza. El SII compromete tu calidad de vida. Sólo las mujeres tienen SII. Comer fibra cura el SII. El SII se puede autodiagnosticar.”

El segundo documento (2005), proporciona una información elaborada por afectados de SII sobre aquellos aspectos que desearían dar a conocer a los no afectados por su trastorno. Constituye, por tanto, una ocasión privilegiada para conocer qué problemas enfrentan y en qué aspectos son incomprendidos:

“El SII es una condición crónica [...] No es temporal [...] No soy quisquilloso para la comida [...] Cuando estoy teniendo una crisis, necesito espacio [...] Las reglas siempre están cambiando [...] No uso el SII como excusa para no hacer cosas [...] La gente con SII no habla mucho sobre ello [...] Las personas con SII no están obsesionados con sus intestinos [...] El SII no es contagioso [...] No es cierto que el SII se deba a que «todo está en nuestras cabezas» [...] El SII tiene muchos síntomas [...] No te tomes mi condición como algo personal [...] No siempre puedo evitar llegar tarde [...] No puedo controlar la frecuencia con la que enfermo [...] Algunas veces, lo único que ayuda es el espacio [...] No es divertido tener que vivir con ello todos los días”.

Propuestas y conclusiones

El SII constituye un caso paradigmático de las limitaciones que ha encontrado método científico en su aplicación, desarrollo y comprensión. La ausencia de referencias al SII en las revistas de Antropología y Criminología consultadas permite subrayar la novedad temática que este artículo plantea en ambos campos científicos. Los hallazgos recientes sobre la potente influencia de la cultura reflejan ya la importancia de realizar estudios transculturales para comprender el SII como un fenómeno universal con particularidades regionales y culturales.

Como propuestas cabe incluir futuras investigaciones con diseño cualitativo que centren especialmente su atención en los mitos, creencias y percepciones del personal médico, pues serán especialmente valiosas para conocer el alcance y repercusión de los mismos en términos de salud pública, ya que no han sido atendidos en tanta profundidad como las creencias de las personas afectadas de SII. Aquellas investigaciones que aúnen datos epidemiológicos con estudios etnográficos se emplazarán en una posición privilegiada para resolver las cuestiones planteadas en la actualidad acerca del SII, como son las características socioculturales que modulan su presentación y curso.

Bibliografía

- Álvarez Munarriz, L., (2011) “La compleja identidad personal”. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, vol. LXVI, n. 2.
- Álvarez Munarriz, L., (2015) Categorías clave de la Antropología. Signatura Demos. Sevilla.
- Antón Hurtado, F. (2012a) “Antropología del sinsentido”. *Revista de Antropología experimental*, nº 12, texto 17. Recuperado de <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1874/1626>
- Antón Hurtado, F. (2012b) “Precursores de la antropología criminal”, *Gazeta de Antropología*, 28(1), artículo 12. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/20379>
- Antón Hurtado, F. (2015) “Antropología del miedo”. *Methaodos. Revista De Ciencias Sociales*, vol.3. nº 2, p. 262-275. <http://www.methaodos.org/revistamethaodos/index.php/methaodos/article/view/90>
- Antón Hurtado, F. y Martín-Consuegra, M. D. (2013) “El papel silenciador de la biomedicina en la victimización por el trabajo”, *Revista Nuevas Tendencias en Antropología*, (4), p. 153-172. Recuperado de <http://>

- [//www.revistadeantropologia.es/Textos/N4/El%20papel%20silenciador%20de%20la%20biomedicina.pdf](http://www.revistadeantropologia.es/Textos/N4/El%20papel%20silenciador%20de%20la%20biomedicina.pdf)
- Buxó I Rey, M^a J., (2003) "Delicadeza y extravagancia en las pasiones: paisajes de la emoción en las fronteras culturales de Nuevo México" en Lisón Tolosana, C. (Ed.) *Antropología: horizontes emotivos*. Granada. Universidad de Granada, 27-55.
- Borrell I Carrió, F., (2002) "El modelo biopsicosocial en evolución", *Medicina Clínica*, 119(5) pp. 175-179: doi: 10.1016/S0025-7753(02)73355-1
- Bourdieu, P., (1997) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama,
- Caro Baroja, J., (1985) *Los fundamentos del pensamiento antropológico moderno*. Madrid, CSIC.
- Caro Baroja, J., (1988) "Antropología criminal, física, social y cultural", en <http://www.march.es/conferencias/antteriores/voz.asp?id=1825>.
- Caro Baroja, J., "Entrevista", de F. Esparza y J. Vizcaya. Diario de Noticias, 03.09.1995
- Carreiro, M., Velasco, S., Rodríguez, R., Chirinos, Y. y Hopp, E., (2013) "El surgimiento de la Gastroenterología como subespecialidad: Ismar Boas y Joel Valencia Parparcén". *Gen*, 67(3), pp. 182-188. Recuperado de <http://www.scielo.org.ve/pdf/gen/v67n3/art13.pdf>
- Darwin, C., (1998 [1872]) *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. Madrid, Alianza.
- Engel, G. L. (1977) "The Need for a New Medical Model", *Science*, 196 (4286): 129-36. doi: 10.1126/science.847460
- Enriquez Blanco, H., Schneider, R. E., Rodríguez, J. T., (2010) *Síndrome de Intestino Irritable y otros Trastornos Relacionados*. Mexico: Editorial Médica Panamericana.
- Galtung, J., (1969) "Violencia, paz e investigación para la paz" en *Sobre la paz*. Fontamara.
- García-Pablos De Molina, A., (2001) *Criminología: una introducción a sus fundamentos teóricos*, Valencia.
- Göppinger, H., (1975) *Criminología*, Madrid: Reus.
- Irritable Bowel Syndrome Self Help and Support Group (2005). *IBS Explained for People who do not have IBS*. Recuperado de <http://www.ibsgroup.org/brochures/Aboutibs.pdf>
- Irritable Bowel Syndrome Self Help and Support Group (2012). *Myths that IBS patients believe*. Recuperado de <http://www.ibsgroup.org/ibsmysms>
- Feyerabend, P. K., (1986) *Tratado contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento*, Madrid: Tecnos.
- Foucault, M., 2007 [1979] *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI.
- Klooker, T. K., Braak, B., Painter, R. C., Rooij, S. R., Van Elburg, R. M., Van Der Wijngaard, R. M., Roseboom, T. J., Boeckxstaens, G. E., (2009) "Exposure to severe wartime conditions in early life is associated with an increased risk of irritable bowel syndrome: a population-based cohort study". *American Journal of Gastroenterology*, 104(9), pp. 2250-6. doi: 10.1038/ajg.2009.282
- Krohn-Hasen, C., (1997) "The anthropology and ethnography of political violence". *Journal of Peace Research*, 34 (2) (233-240).
- Kuhn, T. S., (1971) *Estructura de las revoluciones científicas*, México: Breviarios, Fondo de Cultura Económica.
- Lévi-Strauss, C., (2011) *L'anthropologie face aux problèmes du monde modern*. París, Seuil.
- León, M. y Sanjuan, M.A., (2009) *Las matemáticas y la física del caos*. Madrid, CSIC y Catarata.
- Luhmann, N., (1998) *Complejidad y modernidad, De la unidad a la diferencia*. Madrid: Trotta.
- Maffesoli, M., (1997) *Elogio de la razón sensible. Una visión intuitiva del mundo contemporáneo*, Barcelona, Paidós.
- Marynowski, M., Likonska, A., Zatorski, H., y Fichna, J., (2015) "Role of environmental pollution in irritable bowel syndrome". *World Journal Gastroenterology*, 21(40): 11376. doi: 10.3748/wjg.v21.i40.11371
- Mead, G.H., 2008 [1931] *Filosofía del presente*. Madrid. CIS.
- Mearin, F. y Montoro, M. A. (2012), "Síndrome de intestino irritable", Coord. MONTORO HUGUET, M. A., y GARCÍA PAGÁN, J. C., *Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica*, 2^a edición. Madrid, Jarpyo Editores. Recuperado de http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/36_Sindrome_de_intestino_irritable.pdf

- Morillas Fernández, D. L., (2004) "Introducción a la Criminología", *Revista de Derecho*, nº8, pp. 29-60.
- Morillas, D. L., Patró, R., y Aguilar, M. M., (2014) *Victimología: un estudio sobre la víctima y los procesos de victimización*. Madrid: Dykinson.
- Morin, E., (2011) *La Vía para el futuro de la humanidad*. Barcelona, Paidós, Estado y Sociedad.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98862/1/WHO_RHR_12.43_spa.pdf
- Park, S. H., Videlock, E. J., Shih, W., Presson, A. P., Mayer, E. A. Y Chang, L., (2016) "Adverse childhood experiences are associated with irritable bowel syndrome and gastrointestinal symptom severity". *Neurogastroenterology & Motility*, 28(8): 1252-60. doi: 10.1111/nmo.12826
- Sahoo, S., y Padhy, S. K., (2017) "Cross-cultural and Psychological issues in Irritable Bowel Syndrome", *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. doi: 10.1111/jgh.13773
- Siegel, L., (2002) *Criminology*, Belmont.
- Teramoto Matsubara, O., (2017) "Síndrome del intestine irritable" en García-Compeán, D. y Maldonado Garza, H. *Gastroenterología y hepatología: Objetivos y su desarrollo*. (2ª Edición) México. Edt. El Manual Moderno, S.A.
- Vizconde Linares, L.B., (2020) *La depresión como factor de riesgo de síndrome de intestino irritable en pacientes adultos*. Universidad Privada Antenor Orrego-UPAO. <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/6066>
- White, D. L., Savas, L. S., Daci, K., El-Serag, R., Graham, D. P., Fitzgerald, S. J., Smith, S. L., Tan, G., El-Serag, H. B. (2010) "Trauma history and risk of irritable bowel syndrome in women veterans", *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 32(4). doi: 10.1111/j.1365-2036.2010.04387.x
- Yepes, J., Múnera, M.N., Martelo, C., (2018) "Dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable en Colombia" en *Biomédica* 2018;38: 61-68 doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3443>