

TRASTORNO MENTAL, CULTURA Y “MINORÍAS” ÉTNICAS

Lic. Marcelo Blasi
Universidad de la Marina Mercante
Universidad CAECE

Uno

Presentación del problema

El MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES – Versión IV (DSM–IV) ¹ de la American Psychiatric Association (APA), es ampliamente utilizado en la República Argentina, tanto en el sistema público como en la medicina prepaga para efectuar diagnósticos de salud mental (Jasiner, 2000). Si bien no es la única clasificación de este tipo (por ejemplo, existe la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, cuyo Capítulo 10 está dedicado a las enfermedades mentales, y la Clasificación China de Enfermedades), generalizar su aplicación es una tendencia nacional que, tal como el mismo Manual lo expresa, sigue una corriente mundial.

Este no es el lugar para discutir la utilidad, pertinencia o el marco teórico–técnico en el que se inscribe ese Manual diagnóstico. Es cierto que Jasiner expone inquietudes, dudas y cuestionamientos que están muy difundidas en el ámbito de la psicología y de la psiquiatría –en el ámbito nacional e internacional–. Preguntas tales como cuál es la finalidad última de estandarizar el diagnóstico (bajo *este* Manual o cualquier otro), si son o deberían ser similares o idénticos los procesos de clasificación y de diagnóstico de enfermedades físicas y los de enfermedades mentales o si no existe una *demasiado* estrecha relación entre los intereses y las actividades de marketing de los laboratorios medicinales y las investigaciones, la imposición de descripciones clínicas psicopatológicas estandarizadas universales ² y su difusión (Bielli, 2006), son sólo unas pocas –graves– incógnitas que están en el orden del día y muy lejos de develarse con solvencia.

El espectro sujeto a discusión, a debate, a duda, es inmenso.

En esta línea, y desde estos lugares del Sur, supongo que resultaría muy interesante responder unos pocos interrogantes previos, que resultarán cruciales a la hora de discutir sobre la

¹ En este trabajo se referirá al mismo indistintamente como DSM o Manual. Desde 2006 se cuenta con la versión IV revisada, en su traducción al castellano. Este trabajo toma como base la versión IV que, en lo que es materia de análisis, no presenta diferencias sustanciales. Además, es la versión que aún se utiliza en la República Argentina.

² Imposición que, como se verá, surge del mismo Estado.

estandarización ³ en marcha y a cuya dilucidación el Análisis del Discurso (AD) tiene mucho para aportar: ¿qué relación establece el Manual entre enfermedad mental y cultura?, si se quiere adoptar el Manual como criterio diagnóstico universal ¿cómo aplicar un estándar de salud mental que elabora la Asociación Psiquiátrica (norte)Americana a otras culturas?, y en esta línea de pensamiento, ¿en qué lugar coloca el Manual la relación médico/psicólogo–sujeto –y en qué lugar se coloca el propio Manual– cuando es atravesado por la diversidad cultural y étnica?

En un contexto internacional en el cual el DSM está siendo aplicado para discernir entre salud y enfermedad mental en todas sus dimensiones –ya sea el diseño de políticas públicas ⁴, como la cobertura de salud a través de obras sociales o empresas de medicina prepagas–, debemos preguntarnos acerca de los criterios que se aplican en ese Manual, cuando el supuesto *trastornado* es alguien que, por definición, no pertenece al ámbito cultural en el cual se ha descrito el trastorno.

Marco teórico

Desde la perspectiva del Análisis Crítico del Discurso (ACD) dice Martín Rojo (1996, p. 3) que se trata “de estudiar el papel del discurso en la pervivencia de las diferencias sociales –incrementando o consolidando tales diferencias– y en la puesta en funcionamiento de estructuras y mecanismos de dominación”. Y tal como dice Sánchez (1999) “la ciencia procedería, a través de su método objetivo y neutral, a nombrar el mundo de la única manera posible, objetiva, neutral y de alcance universal”.

El ACD es una herramienta de inestimable utilidad para analizar un *corpus* como el que se propone, desde la problemática cultural y étnica que plantea su aplicación en otros países distintos al de su origen. En efecto, ni bien se comienza la lectura del Manual, podemos encontrar que su propuesta de objetividad es central ya que la “utilidad y credibilidad del DSM–IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos ... El DSM–IV debe poder usarse en diferentes situaciones: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria. Se trata también de un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública.” (American Psychiatric Association, 1995:XV). También es claro que el Manual

³ Aquí podríamos discurrir sobre la relación ente la universalización del DSM y la globalización / norteamericanización, pero no es el objeto de este trabajo.

⁴ Un buen ejemplo del avance de los criterios en las políticas públicas de DSM por sobre otras clasificaciones puede verse comparando dos normas del Ministerio de Salud de la Nación. La Resolución N° 210/96 sobre *Normas de diagnóstico y tratamiento de las cinco patologías más frecuentes en el ámbito de la salud mental* permitía a los profesionales aplicar los criterios diagnósticos del DSM o de la CIE en igualdad de condiciones; cinco años más tarde, la Resolución N° 934/2001 sobre *Norma de organización y funcionamiento en cuidados paliativos* impone la aplicación exclusiva del DSM.

se ofrece como una herramienta que aspira a la universalidad: en el apartado *Consideraciones étnicas y culturales* dice que “se ha hecho un importante esfuerzo en la preparación del DSM-IV para que el manual pueda usarse en poblaciones de distinto ámbito cultural (tanto dentro como fuera de Estados Unidos) (American Psychiatric Association, 1995:XXIII-XXIV). Por lo tanto, tendríamos configurada la perspectiva científica que se adjudica el Manual, tal como la describe Sánchez (1999).

Frente a este panorama, el ACD nos ofrece herramientas muy valiosas. Para mencionar solo algunas (Fairclough, 1992, 2003; Martín Rojo 1996; Sánchez, 1999):

1. Entender el uso del lenguaje como una práctica social que, al tiempo que es representativa, resulta constructiva de identidades sociales, de relaciones entre personas y de conocimientos y creencias.

De esta manera, se puede estudiar la forma en que el Manual no sólo describe los trastornos – por ejemplo, alcoholismo– sino cómo, al mismo tiempo, constituye al individuo con dependencia del alcohol (American Psychiatric Association, 1995:XXI), las relaciones entre esos individuos y otras personas (por ejemplo, médicos, psicólogos, familiares o empleadores) y lo que se cree conocer sobre el alcoholismo y el individuo que lo padece.

2. Considerar el discurso como pieza de texto, como una instancia de práctica discursiva y una instancia de práctica social.

Desde éste ángulo el Manual es, además de un –muy voluminoso– texto escrito, una práctica producto de un contexto social específico (el ámbito clínico–académico de Estados Unidos de América) y que tiene en mira a la cultura norteamericana (concepto crucial que, sin embargo, no define); sin embargo, pretende ser objetivo y universal y, de esta forma, negar toda posibilidad de interpretación ⁵. De esta manera, se introduce en la instancia de práctica social, a través de la *naturalización* de su confección y su aplicación, la idea de la cultura de origen como estándar de salud mental.

3. Incluir en el análisis los conceptos de poder, historia e ideología.

A fin de no resultar repetitivo, debemos seguir a Sánchez (1999) en el análisis de estos aspectos relacionados con el discurso médico: el lugar desde donde es emitido y cómo es recibido, la *apropiación* que la medicina ha hecho del par salud/enfermedad y que se extiende a lo mental ⁶, y la

⁵ O, al menos, restringirla en la mayor medida posible.

⁶ Debemos ser claros en un punto: en ningún momento se desconoce la existencia de enfermedad mental. Desde Foucault y Deleuze a la antipsiquiatría, no se ha pregonado el “fin de la locura” sino algo más complejo: que la locura, que *toda conducta humana considerada enferma*, implica –por sobre todas las cosas– una *posición ideológica*. Y que el *enfermo mental es un individuo cuyas conductas son sancionadas como enfermas, por una sociedad determinada en un momento histórico determinado*. Básicamente, es una posición ideológica frente al sufrimiento

persuasión que dicho discurso produce sobre todos nosotros, obturando el pensamiento crítico.

Dos

a. El contexto.

A fin de realizar este análisis, seguiremos el esquema de Sánchez (1999:68–71). Sólo se invertirá el orden a los fines expositivos ⁷.

a.1. Contexto de circulación:

Como ya se indicara más arriba, el DSM tiene amplia difusión académica –en medicina y psicología–, ya que se trata de un texto obligatorio en las materias correspondientes (Psiquiatría y Psicopatología respectivamente). Además, resulta de aplicación obligatoria en todo el espectro de la salud mental, público y privado.

a.2. Producción de conocimiento:

En su campo, no puede ser más abarcador, más total: el Manual es *la* respuesta a la pregunta sobre la salud mental. No es una *opinión*, como pueden ser un tratado sobre psicopatología, las conclusiones de un Congreso académico o la teoría de un autor: es un conjunto de definiciones al que se le está otorgando validez mundial (¿universal?) *hasta la aparición* de un nuevo Manual.

En este sentido, pueden consultarse en el siguiente cuadro (Moon, 2004) las fechas de aparición de cada Manual:

Manual	Año publicación
DSM-I	1952
DSM-II	1968
DSM-III	1980
DSM-III-R	1987
DSM-IV	1994
DSM-IV-R	2000

Rápidamente se advierte que ha aumentado la frecuencia de su aparición, hecho que tiene como consecuencia diferentes descripciones clínicas cada vez. Con el agravante que en estas descripciones se ha producido un incremento notable: los comportamientos humanos considerados patológicos en 1968 (DSM-II) eran 185; en 1994 (DSM-IV) ya eran 365: casi *el doble*.

humano y a la relación del comportamiento humano con la sociedad.

⁷ En adelante, en las transcripciones de textos del DSM el subrayado es nuestro.

No pueden exagerarse las consecuencias de estos números. No puede pasar inadvertido que el comportamiento humano, cada lustro, es puesto bajo la lupa de la APA y sus colaboradores, quienes deciden sobre su salud. Insisto: no es una opinión. Una determinada lista de conductas, sentimientos, emociones, pueden ser patológicas el año que viene.

a.3. Contexto de producción:

Según la APA “más de 1.000 personas (y numerosas organizaciones profesionales) nos han ofrecido su ayuda para elaborar este documento” (American Psychiatric Association, 1995:XV). Analicemos muy brevemente esta presunta diversidad de los colaboradores.

Las “numerosas organizaciones” que designaron un representante para trabajar junto a la APA son, en realidad, sólo 39 y *apenas una no es de origen norteamericano* (American Psychiatric Association, 1995:894).⁸

En cuanto a las personas que trabajaron en el Manual, “la comisión gestora del DSM-I solicitó la experiencia de una amplia gama de expertos internacionales (que) ... ayudaron a garantizar la sensibilidad cultural”. Los expertos consultados fueron 180 en total, de los cuales *el 87% eran norteamericanos o europeos* (American Psychiatric Association, 1995:885-886).

Estos datos, además de ilustrativos, son cruciales para el tipo de análisis que se propone. Veamos por qué

b. El texto.

b.1. Definición de cultura y etnia.

A pesar de que el Manual reconoce que el marco cultural y el grupo étnico del profesional de la salud y del sujeto son relevantes al momento del diagnóstico, no define ni *cultura* ni *etnia*. No es un dato menor en un mundo en que:

- “La cantidad de personas que viven fuera de su país natal es mayor que en cualquier otro momento de la historia. Si los migrantes internacionales residieran todos en un mismo lugar, equivaldrían a un país que ocuparía el quinto lugar entre los más populosos del mundo, después de China, la India, los Estados Unidos e Indonesia” (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004).
- Más de dos tercios de la población mundial vive en un contexto cultural distinto a aquel en el

⁸ Se trata de la Organización Mundial de la Salud, dependiente de las Naciones Unidas, redactora del CIE-10. Por otra parte, los únicos datos encontrados sobre la *Coalition for the family*, remiten a un partido político antiabortista de Canadá.

que se elabora el Manual (Naciones Unidas, 2006:48).

- El 90% de la población habla idiomas distintos a los europeos (Central Intelligence Agency, 2007).
- El 24% no es religioso o es ateo y más del 50% profesa cultos no cristianos (Central Intelligence Agency, 2007).

Pero si bien no hay una definición explícita, parece que sí existe una definición *implícita* que se produce por *la diferencia* que existe entre la cultura de la que emerge el Manual y el sujeto que será diagnosticado:

“Se ha hecho un importante esfuerzo en la preparación del DSM-IV para que el manual pueda usarse en poblaciones de distinto ámbito cultural (tanto dentro como fuera de Estados Unidos). Los médicos visitan diariamente a personas de diferentes grupos étnicos y culturales (incluidos inmigrantes). La valoración diagnóstica puede constituir un reto cuando un clínico de un grupo étnico determinado usa el DSM-IV para evaluar a un paciente de otro grupo étnico. Un médico que no esté familiarizado con los matices culturales de un individuo puede, de manera incorrecta, diagnosticar como psicopatológicas variaciones normales del comportamiento, de las creencias y de la experiencia que son habituales en su cultura. Por ejemplo, ciertas prácticas religiosas o creencias (p. ej., escuchar o ver a un familiar fallecido durante el duelo) pueden diagnosticarse como manifestaciones de un trastorno psicótico. Aplicar los criterios para el trastorno de la personalidad en diversas culturas puede ser extremadamente difícil debido a la amplia variación cultural del concepto del «yo», de los estilos de comunicación y de los mecanismos de afrontamiento.” (American Psychiatric Association, 1995:XXIII-XXIV)

En este punto, la referencia a la cultura es *doble*. Por un lado, enmarcando implícitamente la relación Manual/sujeto (ver a un familiar fallecido, para el DSM, es una manifestación de un trastorno psicótico); por el otro, la relación psicólogo/sujeto (si el psicólogo desconoce la cultura del sujeto, lo diagnostica como psicótico). El texto advierte explícitamente las obvias dificultades de la segunda relación, solapando que *en las definiciones* de los trastornos ya se encuentra el componente cultural hegemónico. Veamos:

“La amplia aceptación internacional del DSM indica que esta clasificación es una herramienta muy útil para identificar los trastornos mentales tal y como son padecidos por los individuos de todo el mundo. Sin embargo, existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. Con el fin de facilitar su aplicación a personas de diversas culturas y etnias, el DSM-IV consta de un nuevo apartado dedicado a los rasgos ligados a la cultura. Este apartado describe cómo los aspectos culturales afectan al contenido y a la forma de presentación del síntoma (p. ej., trastornos depresivos caracterizados por una preponderancia de síntomas somáticos más que por tristeza), da a conocer también qué términos son preferidos para definir el malestar y aporta información sobre la prevalencia del trastorno (cuando es posible).” (American Psychiatric Association, 1995:XXIV).

El razonamiento es circular. Según la A.P.A. la *amplia aceptación* es independiente de las políticas de salud de los países que establecen su obligatoriedad: por el contrario, sólo es producto de la utilidad del Manual. Es decir, que la sola aplicación en diversas partes del mundo es prueba de su utilidad, y no los resultados que se consiguen con ella. Luego, se repite el doble criterio de diferencia cultural: una dificultad es la adaptación de la sintomatología a los criterios del Manual; la segunda, la dificultad que se le plantea al clínico de comunicarse con el sujeto culturalmente distinto para poder efectuar el diagnóstico según los criterios del Manual.

En suma, la eficacia y objetividad del Manual está, siempre, fuera de discusión. Es sólo una cuestión de estilos culturales o, como dice el Manual, de la “variación cultural del concepto del «yo», de los estilos de comunicación y de los mecanismos de afrontamiento”.

b.2. Diferencias entre un trastorno mental y una “definición popular” de los “nativos”.

En el *Glosario de síndromes dependientes de la cultura* leemos que:

“El término síndrome dependiente de la cultura denota patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar relacionadas o no estarlo con una categoría diagnóstica del DSM-IV. Algunos de estos patrones son considerados por los nativos como «enfermedades» o por lo menos como causas de sufrimiento, y la mayoría se conocen

por nombres locales. Aunque los cuadros clínicos que conforman las principales categorías DSM-IV pueden encontrarse en todo el mundo, los síntomas particulares, el curso, y la respuesta social están frecuentemente influidos por factores culturales locales. En cambio, los síndromes dependientes de la cultura generalmente se limitan a sociedades específicas o a áreas culturales y son categorías diagnósticas populares localizadas, que otorgan un significado coherente a ciertos conjuntos de experiencias y observaciones.” (American Psychiatric Association, 1995:864).

Los párrafos señalados son elocuentes de la construcción del Manual, en cuanto a la posición central que ocupa la cultura en la que se inserta la APA. A despecho del número de personas que pertenecen a una cultura y a una etnia *diferente* –es decir, no norteamericanas– éstas pierden relevancia ya que se trata de problemas que sólo los “nativos” consideran enfermedades. Podemos suponer, entonces, que la APA no tiene en cuenta el número de personas –actuales o potenciales– que pueden padecer un determinado problema mental para *incluirlo* en su Manual, sino que su decisión tiene en cuenta:

- De dónde es “nativo” el sujeto. Si es distinto a las personas inmersas en la cultura marcadamente norteamericana–europea ⁹, su conducta no merece consideración para el Manual, ni como trastorno ni como conducta “normal”.
- Los padecimientos del DSM pueden encontrarse en cualquier parte del mundo; los otros no. Una visión muy particular, que tienen en cuenta una composición poblacional bastante distorsionada de lo que describen las estadísticas sobre población y migraciones.
- Efectivamente, que se trate “de categorías diagnósticas populares localizadas” es una consecuencia de la forma en que el DSM construye las categorías diagnósticas, y no al revés, como sostiene el texto.
- A las categorías *científicas* que contiene el Manual, éste le opone las categorías *populares* que son, obviamente, las que el Manual no tiene en cuenta.

Los pares opuestos *científico–DSM / popular–no DSM* son crudamente expuestos en lo que sigue:

“Resulta poco frecuente la equivalencia entre alguno de los síndromes dependientes de

⁹ Obsérvese que *todas las conductas* contenidas en el Glosario son ajenas a la cultura predominante en América del Norte y en gran parte de Europa.

la cultura y las entidades diagnósticas del DSM. El comportamiento aberrante que podría ser clasificado por un clínico en diferentes categorías del DSM-IV puede ser incluido en una única categoría popular, y los cuadros que podrían considerarse como pertenecientes a una única categoría DSM-IV pueden ser clasificados en varios por un clínico nativo.

Además, algunos estados y trastornos conceptualizados como síndromes dependientes de la cultura se consideran específicos de la cultura industrializada (p. ej., anorexia nerviosa, trastorno de identidad disociativo), dadas su aparente rareza o ausencia en otras culturas. También hay que señalar que todas las sociedades industrializadas contienen subculturas distintas y un amplio y diverso grupo de inmigrantes que pueden presentar síndromes dependientes de la cultura.” (American Psychiatric Association, 1995:864).

Finalmente, leemos en blanco sobre negro. La anorexia y el trastorno disociativo, como son trastornos *dependientes de la cultura hegemónica* de la que surge el Manual, sí están incluidos en éste. El amok, el mal de ojo y el ataque de nervios, por poner sólo unos pocos ejemplos, no merecen atención porque son categorías dependientes de *otras* culturas. De los nativos ... de fuera de Estados Unidos, digamos. Entonces, su no inclusión –por motivos “científicos”, por supuesto– los transforma, automáticamente, en una categoría popular, no científica: los trastornos dependientes de la cultura norteamericana son trastornos reales, serios, que merecen estudios “científicos”; los dependientes de otras culturas, son simples supercherías.

“Este glosario presenta algunos de los síndromes dependientes de la cultura mejor estudiados y los términos idiomáticos que pueden escucharse en la práctica clínica de Norte América, e incluye categorías DSM-IV relevantes cuando los datos sugieran que deben considerarse en la formulación diagnóstica.” (American Psychiatric Association, 1995:864).

Y, por fin, nos encontramos con el párrafo que aclara –quizá inadvertidamente– el esquema en que se apoya toda la estructura: la práctica clínica de Norte América. El pilar en donde se asienta la clasificación de enfermedades mentales que se está difundiendo rápidamente por todo el planeta. El sitio desde donde, suponemos, se mira la conducta humana, y se decide, año tras año, sobre la salud y

la enfermedad.

Tres

Conclusión provisoria

En este trabajo se han analizado unos escasos párrafos de un texto de más de 900 páginas que ha penetrado las bases del sistema de salud mental de nuestro país y que se adopta a “libro cerrado”.

Sin embargo, entendemos que los pocos conceptos y el contexto desde el que el propio Manual se presenta, plantea los suficientes interrogantes como para estudiar ampliamente el impacto que la cultura norteamericana puede tener en la clasificación DSM.

No sostenemos que sí lo tenga, o por lo menos de una forma tal que invalide, en su totalidad, su aplicación fuera de la cultura que le da origen y sustento. Pero sí sospechamos que adoptar acríticamente un sistema de clasificación que se utiliza para cuestiones vitales que hacen a la libertad y al bienestar de las personas, como es decidir sobre la salud y la enfermedad mental, la internación o la externación, la capacidad o la incapacidad legal, la punibilidad o la inimputabilidad penal, es grave: un error peligroso.

En definitiva, si la APA ha establecido un estándar diagnóstico para utilizar de puertas adentro, no estaríamos planteando estas preguntas. Pero el fuerte impacto que tienen en la formación y en la práctica profesional, en nuestro país y en todo el mundo, merece que se mire atentamente sin construcción y sus implicancias en el comportamiento humano.

Es cierto que es una tarea que deberían encarar, en forma urgente y prioritaria, los profesionales de la salud mental –en especial, psicólogos y psiquiatras–. Pero también es cierto que todas las ciencias sociales tienen mucho para aportar a ese análisis y, en este sentido, el ACD es un herramienta poderosa.

No vaya a ser que, en un futuro no muy lejano, seamos considerados un grupo étnico diferente, minoritario, en nuestras propias culturas.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (1995). *DSM–IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Masson.

Bielli, A. (2006). Los psicofármacos como tecnología social: los antidepresivos en el Uruguay [Versión

- electrónica]. *CTS+I Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación*, Número 7. Septiembre – Diciembre 2006.
- Central Intelligence Agency (2007), *The World Factbook*, <https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/xx.html>, Acceso: Enero 2007.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Fairclough, N. (2003). El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales. En Wodak, R. y Meyer, M. (Comps.), *Métodos de análisis crítico del discurso*, Barcelona: Gedisa.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2004). *Lo bueno, lo malo y lo promisorio. La migración en el siglo XXI*. http://www.unfpa.org/swp/2004/swpmain_spa.htm - Acceso: enero 2007.
- Jasiner, Graciela (2000). DSMIV, psicoanálisis y psiquiatría. *Escuela Freudiana de Buenos Aires*, <http://www.efba.org/efbaonline/jasiner-04.htm> – Acceso enero 2007.
- Martín Rojo, L. (1996). El orden social de los discursos. *Discurso*, Otoño 1996 – Primavera 1997, 1–37.
- Moon, K. (2004), *The History of Psychiatric Classification: From Ancient Egypt to Modern America*, The University of Georgia– A Website composed for the History of Psychology, <http://kadi.myweb.uga.edu/> – Acceso: Enero 2007.
- Naciones Unidas (2006), *2003 Demographic Yearbook*, Nueva York: Naciones Unidas.
- Sánchez, D. (1999). “Mujer hasta la tumba”. Discurso médico y género: una aproximación desde el análisis crítico del discurso a un texto didáctico de ginecología. *Discurso y sociedad*, 1 (2); 61–84.
- United States Bureau of the Census – Population Projections Branch – Population Division (1996). *Population Projections for States by Age, Sex, Race, and Hispanic Origin: 1995 to 2025*, <http://www.census.gov/population/www/projections/pp147.html> – Acceso: Enero 2007
- Wodak, R. y Meyer, M. (Comp.) (2003). *Métodos de Análisis Crítico del Discurso (ACD)*. Barcelona: Gedisa.
- Wodak, R. y Matousehek, B. (1998). “Se trata de gente que con sólo mirarla se adivina su origen”: Análisis crítico del discurso y el estudio del neo-racismo en la Austria contemporánea. En Rojo, L. y Wittaker, R. (Coord.) *Poder-decir:: o el poder de los discursos* (55-92). Madrid: Arrecife.