

Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes

Eduardo L. Menéndez

EN ESTE TRABAJO SE ANALIZAN ALGUNAS características complementarias y divergentes de los enfoques metodológicos manejados por las ciencias antropológicas y sociales y por las ciencias de la salud, específicamente por la antropología médica y por la epidemiología respecto del estudio del proceso salud/enfermedad/atención (en adelante, proceso s/e/a), aclarando que no se describen las tendencias diferenciales y hasta conflictivas que operan en ambas disciplinas, sino sólo las líneas dominantes.

Diferencias y convergencias iniciales

Si bien no se describen dichas diferencias, debemos recordar que la epidemiología se desarrolla durante los siglos XVIII y XIX en torno de las enfermedades infectocontagiosas, pero también de las enfermedades laborales y de las denominadas toxicologías. El saber médico hasta el último cuarto del siglo XIX está todavía impregnado por concepciones referidas a los miasmas, a los temperamentos o a la irritabilidad, las cuales conviven de modo diferencial, según los países, con las explicaciones biológicas respecto de las enfermedades luego denominadas infectocontagiosas (Larrea, 1994; Menéndez, N., 1996).

Por otra parte el reconocimiento de la pobreza como factor condicionante de la alimentación, higiene personal, mortalidad temprana, etc., conducía también a moderar la referencia de la causalidad y el desarrollo a factores exclusivamente biológicos. En gran medida, la epidemiología de este periodo colocaba partes nucleares de sus propuestas en el reconocimiento de la importancia de los factores sociales.

Como sabemos, el descubrimiento de las causales microbianas de las enfermedades infecciosas a fines del siglo XIX, y el desarrollo de soluciones técnicas de tipo biológico, colocaron el eje de los objetivos epidemiológicos en las enfermedades infectocontagiosas y en este tipo de soluciones.¹ En consecuencia, la epidemiología se desarrolla entre 1890 y 1950 básicamente en torno a dichos padecimientos, lo cual se expresa en el hecho de que el primer manual de epidemiología (Stalley, 1931, citado en Buck *et al.*, 1988) sólo se refiere a este tipo de enfermedades. Esta focalización, con la orientación bacteriológica, marcó el desarrollo de la epidemiología al reducir cada vez más sus objetivos a la búsqueda de los factores determinantes y las soluciones dentro del campo biológico. Más aún, dada esta tendencia, la ulterior aplicación de la epidemiología a las enfermedades crónicas, las “violencias” y las adicciones, no modificará sustancialmente sus concepciones, por lo menos, hasta fechas recientes.

Esto no niega reconocer que durante este lapso se generaron aportes (Goldberger [en Terris, 1980a]; Cassel, 1976; Terris, 1980a y 1980b; McKeown, 1976), que recuperaron la importancia de los procesos sociales y culturales, así como la dimensión histórica en la interpretación del proceso s/e/a, pero las líneas dominantes tanto en la investigación como en la docencia focalizaron unilateralmente una perspectiva biologicista, excluyeron de los restantes factores, reduciéndolos a variables secundarias o manejándolos desde una metodología que no incluía la descripción y la significación de dichos factores (Buck *et al.*, 1988).

En el caso de las ciencias antropológicas y sociales debemos recuperar la existencia de una corriente de estudios epidemiológicos por lo menos desde mediados del siglo XIX, de los cuales el más significativo es el realizado por Durkheim sobre el suicidio a fines de dicho siglo, y que no sólo formuló explicaciones socioculturales respecto de este problema, sino que propuso una teoría específica, y utilizó simultáneamente técnicas cualitativas y cuantitativas en la descripción de este problema, tanto para analizarlo como para generar un efecto de ruptura epistemológica. Más aún, Durkheim en este trabajo, además de proponer interpretaciones, plantea soluciones basadas en lo que hoy denominamos grupos sostén, y que refiere a los grupos intermedios, y en especial al grupo doméstico como medio social de “controlar” el aislamiento, la soledad, la fragilidad social de los individuos (Durkheim, 1974 [1897]).

¹ Recordemos que hasta principios del siglo XX, la mayoría del saber médico mexicano no sólo se adhería a teorías miasmáticas y similares respecto del tifus, que constituía una de las primeras causas de mortalidad en México, sino que la Academia de Medicina rechazaba la hipótesis que refería al piojo humano y al piojo murino la causalidad básica de dicho padecimiento (Kumate, 1993; Menéndez, N., 1996).

Pero si bien a partir del trabajo de Durkheim podemos observar la producción de una serie de investigaciones epidemiológicas desde las perspectivas de las ciencias sociales y antropológicas (Devereux, 1937; Dunham y Faris, 1939; Leighton *et al.*, 1952 y 1963; Opler, 1959; Hollingshead y Redlich, 1958), no cabe duda que estas líneas de trabajo se circunscribieron hasta los años sesenta y setenta al campo psiquiátrico y a la denominada “desviación social” (Becker, 1964; Douglas, 1970; Matza, 1981; Menéndez, E., 1979; Pitch, 1980; Taylor *et al.*, 1977), y en el caso específico de la antropología a las denominadas enfermedades *tradicionales*, pero sin describirlas desde una perspectiva epidemiológica.

Sus aportes al estudio de las enfermedades infectocontagiosas fueron muy reducidos hasta la década de los ochenta, salvo en sus relaciones con los síndromes culturalmente delimitados (Simons y Hughes, 1985).² Debe subrayarse que estas investigaciones, en particular las referidas a los padecimientos *tradicionales*, se preocuparon más por describir e interpretar las funciones socioculturales de los mismos que por sus aspectos patológicos.

A partir de estos señalamientos generales es como debe reconocerse que tanto dentro de la epidemiología como de la antropología médica existen corrientes teóricas diferenciadas, algunas de las cuales presentan enfoques y metodologías, por lo menos referidas a algunos aspectos, más afines entre tendencias de ambas disciplinas que dentro de cada una de ellas.

Dentro de la epidemiología distinguimos por lo menos tres líneas: la denominada epidemiología “positivista”,³ dominante en los aparatos sanitarios de América Latina y en la mayoría de sus institutos; la denominada histórico/estructural, desarrollada en algunos centros de varios países latinoamericanos, especialmente de Brasil, Ecuador y México (Breilh, 1979; Laurell y Noriega, 1987 y 1989); y la identificada con la investigación/acción (Kroeger *et al.*, 1989 y 1991). A su vez dentro de la antropología que utiliza la dimensión epidemiológica, distinguimos

² A partir de los años sesenta comienza a desarrollarse una posible epidemiología de los denominados síndromes culturalmente delimitados, de los cuales una parte son fronterizos con la problemática de las enfermedades mentales (Simons y Hughes, 1985).

³ Utilizo el término “positivista” por no contar con otro, pero asumiendo que el mismo dice cada vez menos en términos conceptuales. Aquí, “positivista” se refiere a que la epidemiología producida es fundamentalmente descriptiva y/o experimental, que se caracteriza por su empirismo ateorico, que maneja una multiplicidad de variables sin una teoría relacionante de las mismas, que pretende que sus datos son generalizables.

las corrientes interpretativas, la denominada antropología médica crítica, la epidemiología sociocultural y la corriente ecológico-cultural (Cormeilles y Martínez, 1993; Chrisman y Maretzki, 1982; Hahn y Kleinman, 1983; *Social Science and Medicine*, 1986; Young, 1982).

Dentro de estas líneas disciplinarias, la positivista tiene puntos de contacto cada vez más convergentes con la corriente ecológico-cultural; la histórico-estructural coincide en varios aspectos sustanciales con la escuela antropológica crítica y los trabajos de investigación/acción tienen puntos de coincidencia con algunas corrientes interpretativas. En este trabajo reduciré el análisis a las corrientes dominantes en cada disciplina, es decir, a la positivista y a las escuelas interpretativas.⁴

El análisis de las relaciones entre estas dos disciplinas parte del supuesto de que se ha dado un proceso de convergencia entre ellas, al mismo tiempo que determinados factores limitan el complemento en términos interdisciplinarios. El impulso dado a las actividades de atención primaria desde fines de los sesenta, y en especial luego de la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Alma Ata, y el apoyo consecuente a las políticas de descentralización, al desarrollo de los sistemas locales de salud, a la participación social en salud, así como a trabajar el proceso s/e/a en el ámbito comunitario, recuperando el saber popular sobre los padecimientos y favoreciendo las estrategias basadas en redes sociales, sostenes y autocuidados, favorecieron esta convergencia por lo menos en el discurso, como también fue impulsada por el paso al primer plano en el perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas y de las "violencias", así como por el notable desarrollo del sida y de las adicciones.

Por otra parte, el reconocimiento de la complejidad de los problemas considerados prioritarios, como el control de la natalidad, la desnutrición o la mortalidad infantil, condujeron a la necesidad de proponer una aproximación articulada entre estas dos disciplinas: para favorecer la construcción de un enfoque realmente estratégico. Mosley en 1988 señalaba que la multiplicidad y variedad de factores que inciden en la mortalidad infantil no pueden ser reducidos a la suma de gran cantidad de variables que están complicando el análisis y limitando la capacidad explicativa: "Para evitar esto, hay dos pasos que por lo general se ten-

⁴ En el caso de las corrientes antropológicas, la mayoría de las investigaciones epidemiológicas, en especial referidas a enfermedades infectocontagiosas, es generada por la tendencia ecológico-cultural, pero no tiene la misma relevancia teórica en la antropología social que las escuelas interpretativas. Más aún, algunos autores consideran que la corriente ecológico-cultural se diferencia cada vez menos de la perspectiva biomédica (Singer, 1989).

drán que dar al planificar la investigación y diseñar los estudios: *realizar estudios antropológicos profundos y en pequeña escala, como lo propone Ware (1984) para identificar las variables críticas de interés y su interpretación y especificar con cuidado las relaciones hipotéticas entre las variables, como lo discuten detalladamente Palloni (1981) y Schultz (1984)*" (Mosley, 1988:323; cursivas mías).

Pero este proceso de convergencia se ha dado limitadamente o por medio de relaciones conflictivas, por varias razones, entre las cuales debemos incluir el origen y la pertenencia científica y profesional de ambas disciplinas que no sólo generan problemas de *incomunicación* en términos teóricos, metodológicos y aplicados, sino también de hegemonía profesional en términos de poder y micropoder.

Desde esta perspectiva debe reconocerse que ambas disciplinas son profesiones funcionando dentro de campos de producción y de aplicación de conocimiento en los que operan procesos no sólo técnico-científicos, sino institucionales y ocupacionales. Por otra parte estas disciplinas se gestaron a partir de objetivos diferentes, se desarrollaron en momentos también diferentes y sus relaciones son recientes en términos de campos académico-profesionales mutuamente reconocidos (Bastide, 1967; Caudill, 1953; Dunn y Janes, 1986; Fleck e Ianni, 1958; Hahn y Kleinman, 1983; Opler, 1959; Trostle, 1986a y 1986b; Young, 1982).

Características complementarias y divergentes

El análisis de determinadas características de ambas disciplinas evidencia la similaridad de sus aproximaciones metodológicas, por lo menos en un ámbito manifiesto. Así, podemos observar que las mismas trabajan con algún tipo de conjunto social, el cual puede ser pensado en términos de grupos domésticos, ocupacionales, de edad, por estratos sociales, etc. Para ellas la unidad de descripción y análisis debería ser algún tipo de conjunto social, y no el individuo.

En la actualidad las corrientes dominantes en epidemiología y en antropología médica reconocen la multicausalidad de la mayoría de los problemas de salud, y cuestionan colocar en un solo factor la explicación causal de dicho problema. La manera de manejar la multicausalidad puede variar según sea el problema y/o el marco metodológico utilizado, y así, mientras algunas investigaciones manejan una notoria diversidad dispersa de factores explicativos, otras tratan de hallar un efecto estructural que organice los diversos factores incluidos.

Las dos disciplinas suponen la existencia de algún proceso de desarrollo o "evolución" del proceso *s/e/a* específico, que en el caso de la

epidemiología puede referir al modelo de historia natural de la enfermedad, y en el caso de la antropología médica, a la propuesta constructivista, que considera que todo padecimiento constituye un proceso social e histórico que necesita ser reconstruido para poder comprender los significados actuales que el mismo tiene no sólo para la población, sino también para el equipo de salud. Más allá de las posibles diferencias, lo común sería entender la enfermedad y la atención como proceso.

Un cuarto punto de convergencia se refiere a que la antropología médica y la epidemiología reconocen que las condiciones de vida —se denominen forma de vida obrera, subcultura adolescente o estilo de vida del fumador— tienen que ver con la causalidad, el desarrollo, control o solución de los problemas de salud. El concepto estilo de vida es el que parece haber tenido mayor acogida entre los salubristas, y aparece analizado como decisivo en la constitución y posible solución de padecimientos crónicos y de determinadas “violencias”.

Ambas disciplinas proponen una concepción preventiva del padecimiento, en la cual se articulan diferentes dimensiones de la realidad con el objeto de eliminar o por lo menos limitar la extensión y/o gravedad del daño.

Por otra parte, las dos sostienen la legitimidad de sus aproximaciones metodológicas y técnicas, fundamentada en concepciones científicas que si bien pueden divergir, tienen en común la afirmación de que su quehacer no es arbitrario, sino que se establece mediante principios teóricos y/o técnicos que comprenden todos los pasos de un desarrollo metodológico, incluyendo el planteamiento del problema, el manejo de teorías específicas y de conceptos, el diseño de la obtención de información y el desarrollo de técnicas de análisis.

Podríamos seguir enumerando otros aspectos que evidenciarían algunas importantes similitudes,⁵ pero lo que me interesa subrayar es que respecto de cada uno de los puntos de convergencia presentados, podemos detectar diferentes grados de conflicto que pueden llegar al antagonismo entre las propuestas de la epidemiología y de la antropología médica.

⁵ Hay toda una variedad de aspectos con los cuales podemos observar convergencias, y que van desde considerar valiosa la interdisciplina o por lo menos la multidisciplina, pasando porque en ambas se da un constante proceso de especialización y subespecialización, hasta la orientación de las investigaciones impulsada cada vez más por la existencia o no de financiamientos específicos. Así, por ejemplo, Buck *et al.* consideran que el tipo de investigación propiciado por Cassel no ha tenido demasiados continuadores en la producción epidemiológica “debido en parte a que la corriente de fondos se encauza con fuerza hacia el estudio de los factores específicos de riesgo” (1988:997).

Si volvemos a analizar cada uno de los aspectos enumerados observamos que si bien ambas disciplinas tratan conjuntos sociales, la epidemiología los describe frecuentemente en términos de agregados estadísticos, mientras que la antropología trabaja con “grupos naturales”, o mejor dicho, el enfoque antropológico trata de no desagregar a los grupos, dado que por definición teórica éstos constituyen un tipo de unidad que expresa la articulación entre los individuos. Desagregar a los conjuntos sociales en individuos seleccionados aleatoriamente, supone no asumir que dichos individuos se definen como tales a partir de las relaciones establecidas dentro de sus grupos, y que además la mayoría de dichas relaciones no son aleatorias.

El desagregado de los conjuntos sociales en individuos, pertenece a la misma concepción de escindir la realidad social en múltiples variables, careciendo frecuentemente ambos desagregados de una propuesta teórica de articulación e interrelación. Esta manera metodológica de tratar la realidad conduce con frecuencia a producir un tipo de información que no corresponde a lo que los conjuntos sociales producen y reproducen respecto del proceso *s/e/a*.

Según algunos antropólogos, los epidemiólogos no asumen actualmente la complejidad de los campos social y cultural en que se procesa la enfermedad y la atención. Incluso, según Young, la reducción de la estructura sociocultural a factores aislados y no siempre estratégicos, se corresponde con algunas características ideológicas de las sociedades “desarrolladas”, en especial de los Estados Unidos (Young, 1976 y 1980).

La epidemiología ha convertido los conjuntos sociales en agregados estadísticos, y las enfermedades en suma de signos; esta tendencia se expresaría en forma paradigmática en los DSM III y IV, codificaciones de enfermedades psiquiátricas donde no sólo desaparece el enfermo, sino que la enfermedad queda reducida a una enumeración de signos. Como sabemos, algunas de las principales ventajas de esta codificación es facilitar la identificación de signos para la construcción de diagnósticos, así como posibilitar la aplicación de técnicas estadísticas a la información así obtenida (Bibeau y Corin, 1995).

Es decir, que tanto las unidades de descripción y análisis (conjuntos sociales) como los contenidos de dichas unidades (padecimientos), son manejados por la epidemiología en forma desagregada, atomizada y desarticulada, al menos desde una perspectiva sociocultural.

Si bien ambas disciplinas proponen una concepción multicausal de la enfermedad, la epidemiología coloca en lo biológico o en lo bioecológico el eje de la causalidad, mientras que la antropología médica lo coloca en los factores socioculturales. Pero lo que debe recuperarse es que una parte de los epidemiólogos sigue manteniendo una concep-

ción de la enfermedad en términos de causa única, referida tanto a los padecimientos infectocontagiosos como a las enfermedades crónicas (Buck *et al.*, 1988; Nations, 1986; Renaud, 1992).⁶

Según Terris esta concepción se mantiene, por lo menos en parte, debido a los contenidos docentes por medio de los cuales se forman los epidemiólogos y médicos en general. Desarrollando su concepción de la multicausalidad con lo que denomina red causal, la cual incluye procesos biológicos, culturales, económicos y políticos manejados dentro de las dimensiones sincrónica y diacrónica, Terris informa que a sus "estudiantes no les gusta estudiar la red causal. Es demasiado teórico para ellos", y agrega: "Podría decirse que mucha de la epidemiología que se enseña en los Estados Unidos se orienta hacia una sola causa, tanto en lo que se refiere a enfermedades infecciosas como no infecciosas" (Terris, 1988:159).

¿Por qué las propuestas epidemiológicas de Cassel, de Terris o de Renaud no constituyen parte de las "herramientas" con las que trabajan la mayoría de los epidemiólogos, por lo menos en América Latina? En relación con Cassel, lo interesante es que intenta generar una articulación entre epidemiología y antropología social a partir de su propia formación y de un trabajo interdisciplinario comenzado en Sudáfrica (Cassel, 1955). Su planteamiento parte de la multicausalidad de los padecimientos, pero también de considerar que las mismas causas pueden dar lugar a diferentes enfermedades. No sólo cuestiona la noción de causalidad específica, sino que propone la existencia de un "medio" común a partir del cual pueden desarrollarse diferentes padecimientos en función de la mayor o menor vulnerabilidad de cada sujeto y de su grupo. Recupera una noción de causalidad básica, que asociada a las características del sujeto/grupo se expresarán en diferentes padecimientos (Cassel, 1976; Renaud, 1992).

A fines del siglo XIX y principios del XX, cuando la epidemiología tomaba más en cuenta los factores sociales, varios demógrafos, epidemiólogos y clínicos europeos señalaron la estrecha relación que existía entre varios padecimientos en función de un medio social común. Así, el alcoholismo, la desnutrición y la tuberculosis aparecían asociados y relacionados estrechamente con la pobreza y sus condiciones de vida. Era una situación básica la que generaba la posibilidad de articulación de este complejo patológico, que por otra parte, constituía una de las primeras causas de mortalidad en varios países europeos y en

⁶ La epidemiología positivista suele coincidir con la epidemiología estructural en el manejo de la unicausalidad y/o de la concepción de la causalidad específica.

México (Menéndez, E., 1988 y 1990a). No obstante que esta propuesta no es la misma que la de Cassel, tienen un punto de partida común, el de asumir la existencia de un *medio* ambiente patologizante a partir del cual se desarrollan enfermedades específicas, e incluir protagónicamente los factores sociales en dicho medio.

La epidemiología no sólo tiende a pensar las causas de la enfermedad en términos de una causalidad bioecológica o sólo biológica, sino que se caracteriza por el dominio de una aproximación ahistórica respecto del proceso *s/e/a*. El uso dominante de la corta duración histórica en sus investigaciones no es un hecho casual o basado exclusivamente en razones técnicas, sino que obedece a una perspectiva metodológica que no incluye la importancia de la dimensión diacrónica.

La serie histórica corta, de cinco o diez años, expresa el peso de lo biológico entendido como constante, y la serie histórica de *larga duración* no aparece como necesaria para comprender el desanollo del padecimiento ni las opciones de solución.

Si bien la epidemiología trabaja con series históricas cortas por razones técnicas comprensibles, dada la necesidad de hallar soluciones o por lo menos explicaciones a problemas inmediatos como la emergencia de episodios agudos (brotes), o debido a la desconfianza respecto de la validez de los datos epidemiológicos existentes, no es sólo por éstas u otras razones similares por lo que no utiliza la dimensión histórica.

Las ciencias antropológicas y las sociales han propuesto una concepción construccionista del padecimiento, de las estrategias de atención, pero también de la vida cotidiana en la que se procesa el padecimiento, lo cual entre otros hechos ha conducido a observar históricamente el papel de la biomedicina respecto de toda una diversidad de problemas. Aunque el proceso de medicalización, y en especial el de psiquiatrización, han sido los más investigados, esta aproximación ha sido aplicada a temas como la autoatención o el proceso de alcoholización. Más allá del tipo de interpretaciones específicas resultante de estas investigaciones, las mismas han puesto de relevancia que dichos procesos sólo pueden ser realmente comprendidos a partir de una perspectiva diacrónica construccionista, y además, han evidenciado la significación paradójica de la biomedicina en la construcción social no sólo de la enfermedad (*disease*), sino también del padecimiento (*illness*) (Conrad y Schneider, 1980; Douglas, 1970; Gaines, 1992; Lock y Gordon, 1988; Menéndez, E., 1990a; Menéndez y Di Pardo, 1996; Morgan, 1983; Scott, 1970; S. S. & M., 1992).

La investigación epidemiológica que utiliza la larga duración histórica no es por supuesto exclusiva de las ciencias sociales; por el contrario, una parte significativa ha sido desarrollada por importantes

epidemiólogos como McKeown (1976), cuyos trabajos evidenciaron la escasa significación de la biomedicina en la reducción de la mortalidad de los principales padecimientos infectocontagiosos en varios países europeos.

La inclusión de la dimensión histórica y comparada en el estudio del proceso s/e/a incrementa la complejidad de los procesos de s/e/a que se están investigando. Una serie de estudios desarrollados a partir de los años cincuenta, y en especial desde la aparición del trabajo de Zborowski (1952), evidenciaron las relaciones diferenciales entre dolor y pertenencia cultural. Pero investigaciones desarrolladas desde fines de los sesenta han demostrado la reducción de la heterogeneidad sociocultural en la respuesta hacia el dolor de grupos en los que antes eran significativas dichas diferencias.

Actualmente, se constata no sólo un proceso de homogeneización en las representaciones sobre el dolor, sino el paso a primer plano del dolor crónico y difuso en los diferentes grupos (Cathébras, 1993-1994; Wolff y Langley, 1968). ¿Qué pasó en términos históricos con las representaciones y prácticas sobre el dolor? ¿Qué expresa social y epidemiológicamente este proceso de homogeneización y de concentración en determinadas formas de dolor? ¿Cómo puede ser instrumentado por las políticas específicas de salud el reconocimiento de que el "dolor" se constituye, en gran medida, a partir de representaciones y prácticas sociales? Tratar de resolver estos y otros interrogantes históricos sería de suma importancia para los aparatos médicos sanitarios. La inclusión de una perspectiva diacrónica significaría una posibilidad no explorada, para intervenir sobre uno de los rubros que supone más gastos tanto para el Estado como para la sociedad civil: los medicamentos contra el dolor.

El análisis sociohistórico de las relaciones de los grupos subalternos con la biomedicina, incluidos la mayoría de los grupos étnicos americanos, evidencia que dichas relaciones han cambiado notoriamente en la actualidad, por ejemplo en lo referente a la oferta y demanda de servicios. ¿Qué procesos se dieron, y se siguen dando, que expliquen este cambio?, ya que previamente se planteaba la persistencia de "resistencias" sociales al consumo de la biomedicina, mientras que actualmente se constata un continuo incremento de la demanda de la misma por una parte de los grupos subalternos, incluidos los grupos étnicos americanos (Menéndez, E., 1981).

Un análisis diacrónico en términos de larga duración indica que no sólo cambian las estrategias y formas de atención, sino que se modifica la incidencia de las enfermedades, y lo que es más significativo, las relaciones sociales y culturales establecidas por los grupos y sujetos

con sus padecimientos. Investigar por qué se ha dado este proceso de transformación, qué factores han incidido en el mismo, no constituyen cuestiones exclusivamente académicas o cronográficas, sino instrumentos para ser aplicados, por ejemplo, en programas de educación para la salud. Observar cómo se fueron modificando los significados respecto de las enfermedades, qué subgrupos han ido utilizando nuevas prácticas higiénicas o en qué sectores sociales se detectan modificaciones importantes en las prácticas de autoatención, posibilitaría reorientar mejor y más eficazmente los recursos del sector salud.

En términos de su desarrollo profesional, la epidemiología centró sus objetivos en determinar la etiología, más que en ningún otro aspecto de los padecimientos infectocontagiosos en torno a los cuales se organizó. Si bien esta orientación se ha ido modificando con el énfasis puesto en las enfermedades crónico-degenerativas en términos de mortalidad, esta mirada sigue siendo vigente. No obstante, lo que me interesa subrayar es que la preocupación etiológica referida a factores exclusivamente biológicos limitó no sólo la inclusión de factores socioculturales, sino sobre todo la aplicación de una concepción histórica. La enfermedad fue observada y manejada en términos de evolución y no de historia del padecimiento.

A su vez, la epidemiología actual, en especial la psiquiátrica, centra su trabajo en el diagnóstico, dejando de lado no sólo la problemática de la causalidad sino la del padecimiento como proceso (Bibeau y Corin, 1995). Es decir, que los énfasis colocados en momentos distintos del desarrollo, por lo menos de la epidemiología psiquiátrica, convergen en la negación o secundarización de la dimensión histórica, y en consecuencia en deshistorizar la enfermedad en términos de causa y procesos sociales. La denominada historia natural de la enfermedad no incluyó la historia social de ésta.

Quiero subrayar que cuando nos planteamos la posibilidad de incluir la dimensión histórica para analizar el padecer como construcción social, no pensamos en un saber despreocupado de las condiciones actuales dentro de las que opera dicho padecer, sino por el contrario pensamos en una historia de causalidades y procesos que nos permitiría entender las características adquiridas por dicho padecimiento. Respecto del alcoholismo hemos intentado realizar este trabajo encaminado justamente a entender qué *pasa actualmente* con el saber médico y el saber popular, entendidos como construcciones sociales y técnicas (Menéndez, E., 1990a y 1992; Menéndez y Di Pardo, 1996).

Ambas disciplinas al trabajar y/o investigar las estrategias de atención, han coincidido en reconocer la importancia de la *carrera* del paciente, del enfermo o del cliente, pero no aplican las mismas interpre-

taciones ni énfasis a aspectos fundamentales como pueden ser el “punto de vista del actor” en dicha carrera. Mientras la socioantropología coloca en la perspectiva del actor los elementos sustanciales de la utilización de los servicios de salud, las ciencias médicas siguen colocando el eje de sus preocupaciones en dichos servicios más allá de las apelaciones al punto de vista del actor. Pero además el enfoque antropológico trata de ver jugar, a lo largo de la carrera, la relación del sujeto con aspectos aparentemente no específicos. Lo sustancial no es sólo el diagrama de la carrera para establecer porcentajes de mayor o menor demanda, sino el contenido que se genera en términos de formas de vida vinculadas con el padecimiento.⁷

Estilo de vida: significación y uso

De todos los conceptos que refieren a la importancia de las condiciones de vida como causal y mantenimiento de los padecimientos, el concepto estilo de vida es el que ha tenido mayor visibilidad y aplicación en las últimas décadas por parte de los salubristas (Bauer, 1980; Berlinguer, 1981; Blaxter, 1990; Davidson *et al.*, 1992; Gottlieb y Green, 1984; Pill y Stott, 1987; Syme, 1978). Este concepto se constituyó a partir de corrientes teóricas como el marxismo, el comprensivismo weberiano, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico estadounidense (Coreil *et al.*, 1985), aunque debe reconocerse que las concepciones teóricas que más influyeron en la formulación y el desarrollo de esta idea son las historicistas alemanas.

El objetivo era producir un concepto que a partir de las dimensiones materiales y simbólicas posibilitara la articulación entre sectores macro (estructura social) y de los grupos intermedios expresados en sujetos cuyo comportamiento se caracterizaba por un determinado estilo ejercitado en la vida cotidiana personal y colectiva. Era un concepto holístico, ya que por medio del sujeto/grupo pretendía observarse la globalidad de la cultura expresada mediante estilos particulares.

La epidemiología utilizó este concepto eliminando la perspectiva holística, reduciéndolo a conducta de riesgo y limitando o no incluyendo la articulación entre las condiciones materiales e ideológicas. Desde la perspectiva antropológica, el comportamiento de un alcohólico o

⁷ Para observar esta manera de manejar el concepto/instrumento carrera del enfermo, véase el temprano trabajo de Becker (1971) sobre la carrera del mariguano, y en especial sus capítulos metodológicos.

de un fumador no debe ser reducido al riesgo en sí, escindido de las condiciones en las que el sujeto produce/reproduce su vida. El estilo del sujeto es su vida, y no sólo un riesgo específico. Escindir los comportamientos de los alcohólicos, y convertirlos en riesgos puede ser eficaz para intervenir en las conductas individuales, pero limita o anula la comprensión del comportamiento en términos de estilo de vida.

Ahora bien, desde la perspectiva epidemiológica lo importante sería el logro del abatimiento o eliminación del riesgo, por lo cual si realmente se logra la disminución de la incidencia del daño, pasa a ser secundario que el concepto se maneje o no en términos holísticos. En consecuencia la cuestión radica en observar si el tipo de aplicación sirve realmente para reducir el riesgo.

Todo indicaría que para algunos problemas como el del *alcoholismo*, salvo en lo referente a la relación alcohol/riesgo/accidentes de tránsito, no tiene demasiada eficacia, o si la tiene, opera en determinados sectores sociales. Esto es lo que también se observa en el caso de los fumadores, los comedores de grasas animales o los sedentarios, ya que serían los estratos sociales medios y altos, y aquellos que tienen los mayores niveles educativos en términos formales, quienes reducirían el riesgo de fumar o de comer grasas.

Discutiendo este problema, Buck señala que “se ha demostrado que algunos de los problemas de los estilos de vida son generados por problemas ambientales, en particular de índole ocupacional. Ésa puede que sea una de las razones por la que es menos probable que la gente de menos instrucción deje de fumar o haga otras cosas que a nosotros no nos agradaría que hicieran. En estudios efectuados por el Instituto de Investigaciones Sociales de Michigan se encontró que la gente que trabaja a destajo o en tensión, en especial en el tipo de trabajo que va contra los ritmos naturales del cuerpo humano, fuman más” (Buck *et al.*, 1988:895). Y en el mismo texto, Nájera concluye que el concepto estilo de vida se centra en aspectos secundarios y deja de lado otros como las condiciones de trabajo y empleo que para el autor son los determinantes: “En general, todos los esfuerzos realizados desde el decenio de 1950 en el campo de las enfermedades crónicas han desviado la atención de los grandes problemas ocupacionales [...] Hablamos acerca del riesgo de fumar cigarrillos y todas esas cosas, lo cual sería estupendo si alguien también estaría prestando atención a los problemas del trabajo, sueldos bajos, etc.” [*sic*] (Nájera, 1988:895).

Pese a estas consideraciones, un epidemiólogo podría señalar que, sin embargo, una parte de la población puede llegar a reducir su riesgo específico. Y esto es correcto, pero la cuestión es que para nosotros este abatimiento no es explicado por el estilo de vida tal como es manejado

por los salubristas y clínicos, sino que ello ocurre en función de recuperar el sentido holístico de este concepto.

El concepto de estilo de vida fue aplicado inicialmente por las ciencias sociohistóricas al análisis de las características y los comportamientos socioculturales de conjuntos como clases sociales o grupos nacionales. La aplicación biomédica "extrajo" el padecimiento de los procesos culturales y sociales en que se desarrolla, y utilizó el concepto estilo de vida para describir rasgos específicos de comportamientos relacionados primero con determinadas enfermedades crónicas, y más tardíamente con las violencias y las adicciones. Es decir, que este concepto no sólo fue utilizado para describir rasgos aislados, sino que redujo su aplicación al estudio e intervención de determinados padecimientos excluyendo las enfermedades infectocontagiosas o la desnutrición, pese a la relación de las mismas con determinadas formas (estilos) de vida.

Por otra parte, si bien este concepto incluía la intencionalidad, nó reducía la capacidad de elección sólo al comportamiento personal. La perspectiva biomédica al apropiarse del concepto tenderá a trabajar explícita o implícitamente con la noción de que el sujeto puede elegir y actuar en términos intencionales y "responsables".

Esta forma de apropiarse de un concepto es la que, de alguna manera, posibilitó circunscribir el estilo de vida a determinados padecimientos y formas de vida excluyendo otros. ¿Por qué fumar y comer grasas animales son riesgos de estilo de vida, y no lo es beber agua no potable o no comer a grados de desnutrición crónica? ¿Por qué caminar o correr por los parques constituye parte de un estilo de vida y no el trabajo campesino o el de los albañiles? Todos estos comportamientos son partes de estilos de vida; lo diferente es que en algunos casos las posibilidades personales y del grupo social de pertenencia pueden favorecer la modificación de sus comportamientos, mientras que a otros sujetos/grupos les es mucho más difícil debido a condiciones estructurales de orden económico y también cultural que limitan o impiden la posibilidad de elección.

El concepto de estilo de vida y el de riesgo ameritan una revisión epistemológica, para recuperarlos de su uso epidemiológico actual. Como ya se señaló el primero se aplica casi exclusivamente al estudio de las enfermedades crónicas; más aún, aquél comenzó a ser aplicado a partir de la década de los cincuenta, y sobre todo desde los sesenta en relación con las enfermedades cardiovasculares, en particular, referido al hábito de fumar (Kannell, 1983). Como también se señaló, el mismo se aplicó preferentemente por medio de consejos (pláticas) dadas por el equipo de salud a individuos o pequeños grupos para modificar hábitos específicos, y se evidenciaron éxitos en las modificaciones de

dichos hábitos en determinados sectores sociales aunque no en otros. Y es esta situación la que me interesa analizar.

Para ello es necesario recordar que el concepto estilo de vida procede del concepto “estilo” que fue desarrollado por las ciencias sociales e históricas alemanas entre 1880 y 1940, y aplicado a las diferentes esferas de la “civilización” como el arte, la economía, la política, el *pensamiento*, la ideología y también la vida cotidiana.⁸ Constituye uno de los conceptos clave con que los historicistas alemanes trataron de captar las totalidades culturales de modo general, y de particularidades que tenían una estructuración propia de significado.

El desarrollo weberiano de este concepto (Weber, 1964) fue aplicado a la descripción de formas de vida diferentes según clases sociales, y articulado con corrientes psicoanalíticas y fenomenológicas, fue utilizado tempranamente para la interpretación de problemas de salud mental y para el desarrollo del concepto “vida cotidiana”.⁹ Pero además, las derivaciones historicistas dieron lugar a que la antropología cultural estadounidense se apropiara de esa noción con la formulación de nuevos conceptos, cuyo origen está en estas tendencias alemanas (Benedict, 1932; Opler, 1945). Son el conjunto de estas corrientes las que, a partir de las décadas de los veinte y en especial de los treinta, aplicarán estas concepciones al estudio antropológico de diferentes aspectos del proceso s/e/a.

Pero además este concepto tiene fuerte desarrollo, aunque con otra denominación, dentro de las corrientes británicas de estudios sociológi-

⁸ Para diferentes aspectos véanse Mannheim, 1953 (1929); Müller-Armack, 1967; y Worringer, 1953. Mannheim aplica este concepto al campo del pensamiento y señala que “la clave para entender las ideas se encuentra en el cambiante ambiente social, principalmente en el destino de los grupos o clases sociales que son los portadores de los estilos [...] la gente usa automáticamente usos consagrados no sólo en su conducta externa sino también en su pensamiento [...] repetimos ciertos enunciados cuyo contenido y forma hemos tomado de nuestro ambiente cultural en la primera infancia o en etapas posteriores de nuestro desarrollo y que aplicamos en situaciones apropiadas” (1953 [1929]:84-85). Para este autor el estilo se expresa empleando “hábitos” inconscientes utilizados por un grupo determinado. “Hábito” es, según Mannheim, el concepto que la sociología anglosajona utiliza para hablar de estilo. “*Habitus*” es, como sabemos, el concepto que redescubrirá Bourdieu treinta años después.

⁹ Durante el lapso señalado la convivencia del psicoanálisis, la fenomenología y los historicismos, incluido el marxismo, dio lugar a un notable desarrollo teórico-metodológico en Alemania y en Europa central, caracterizado por la crítica y mutua influencia de estas corrientes. No puede entenderse la propuesta fenomenológica de Schütz (1972) sobre vida cotidiana sin referirla a las discusiones de este autor con la obra de Weber. Recordemos que Schütz es el principal referente teórico-metodológico de la mayoría de las escuelas estadounidenses que recuperaron el concepto de vida cotidiana a partir de los años cincuenta.

eos e históricos sobre la clase obrera, que describieron una cultura caracterizada por toda una serie de rasgos que en parte se expresaban en el manejo de los padecimientos, particularmente en la relación médico-paciente, y que por medio de estudios específicos condujo a proponer que “las clases sociales más bajas están menos orientadas hacia el futuro en relación con la salud, por lo que es menos probable que tomen medidas preventivas apropiadas” (Fitzpatrick y Scambler, 1990:73).

Varios de estos autores proponen el fatalismo como una actitud fundamental de la clase obrera británica (Davison *et al.*, 1992), pero es la concepción global de la cultura (estilo de vida) de clase la que fundamenta los datos que los salubristas encontraron en sus investigaciones, según los cuales la clase obrera duplica en Inglaterra y en comparación con las clases medias y altas, la posibilidad de adquirir el hábito del tabaco, y evidencia también mucho menores posibilidades de abandonarlo. Estas interpretaciones reducidas al estilo de vida del fumador en los estudios epidemiológicos, sin embargo, refiere a una interpretación global de la cultura de la clase obrera en la que el hábito de fumar, de beber cerveza, de practicar la violencia física, de considerar al *pub* (cantina) como parte central de su vida social, etc., son “hábitos” constitutivos de sus modos de vivir, de su forma de estar en el mundo, de relacionarse con las otras clases, y por supuesto con los servicios de salud (Hoggarth, 1990).

En el caso latinoamericano estas propuestas de estilos de vida, mediante el concepto de cultura o de patrones culturales, se aplicaron más que a la clase obrera al estudio del campesinado y de los “marginales urbanos”. Los trabajos de antropólogos como Foster (1965 y 1972) sobre el “bien limitado”, o de Erasmus (1969) sobre el “síndrome del encogido”, expresan esta manera de pensar, en la que los comportamientos respecto del control de la enfermedad o la relación curador/paciente son referidos a las características globales de su cultura. Subrayemos que las interpretaciones del culturalismo estadounidense respecto del fatalismo de las clases subalternas, fueron aplicadas al proceso *s/e/a* mucho antes y con similares conclusiones que las propuestas anteriormente por los salubristas británicos.

Los puntos básicos de estas interpretaciones son que toda comunidad campesina tiende al equilibrio para intentar evitar el conflicto, y en consecuencia, éste aparece como indeseable. Evitar el conflicto y las concepciones ideológica y económica tienden a reforzar la homogeneidad social generando procesos (envidia, brujería, función de la suerte, etc.) que controlan y explican a su vez la situación de la comunidad. Éstos darían lugar al desarrollo de una ideología individualista, desconfiada y fatalista que se pone de manifiesto en el manejo del proceso *s/e/a*

recurrentemente estudiado por Foster y sus discípulos para el caso de México, y también por Erasmus.

Los estudios sobre pobres urbanos realizados para los Estados Unidos y para algunos países latinoamericanos entre los años cincuenta y setenta también describieron pautas de este tipo, y las refirieron en determinados casos al uso de los servicios de salud (Fitzpatrick y Scambler, 1990).

Ahora bien, esta forma de pensar la cultura o los estilos de vida subalternos, fue criticada por antropólogos y sociólogos en particular latinoamericanos, que evidenciaron no sólo las limitaciones sino la incorrección de las conclusiones a que habían llegado autores como Foster o Erasmus.¹⁰ Las principales críticas, en especial las que analizaron determinados aspectos del proceso s/e/a (Bonfil, 1962 y 1965; Huizer, 1970a y 1970b; Menéndez, E., 1980) cuestionaron la escisión entre lo cultural y lo económico-político, la reducción de los comportamientos a la dimensión simbólica, la carencia de una perspectiva del actor para analizar los comportamientos, etc., pero a partir de seguir validando la pertinencia de la perspectiva holística.

Pero más allá de recordar estas críticas, lo que me interesa subrayar es justamente la aproximación holística dentro de la cual fueron producidos y utilizados estos conceptos por los antropólogos y sociólogos, y la transformación en variable o factor por la utilización no sólo salubrista sino también clínica. Para la perspectiva socioantropológica, no es el estilo de vida individual la causal básica, ni lo que explica la mayor o menor eficacia del consejo médico para reducir los riesgos señalados en la población, sino la pertenencia a un sector o subsector social determinado.

Sintetizando, lo que el concepto estilo de vida nos permite en términos holísticos, es entender el comportamiento de un fumador o un alcoholizado en función de su pertenencia a un determinado sector sociocultural. Así, la reducción o eliminación del hábito de fumar o de ingerir determinadas sustancias por los sectores medios y altos, y su persistencia en sectores bajos de países para los cuales contamos con investigaciones específicas, no puede ser explicada sólo por el comportamiento específico e individual. Los sectores medios y altos modifican sus comportamientos porque están accediendo a una nueva cultura de la salud, a

¹⁰ El *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud* dedicó un volumen a la presentación de la perspectiva culturalista estadounidense aplicada a programas de salud en América Latina. Véase *Boletín ops*, vol. XXXIII, núm. 4, 1952. La mayoría de estos autores hablaban, aunque con otra nomenclatura, de estilos de vida en los términos que estamos cuestionando.

una nueva relación con el cuerpo, con la noción de vejez, con una nueva ideología de la “eterna juventud”, con la posibilidad consciente de prolongar la esperanza de vida, etc., y con posibilidades materiales e ideológicas de poder generar esas modificaciones. Si la clase obrera mantiene el hábito tabáquico es porque el mismo representa parte de su concepción y prácticas de vida, de su propia pertenencia en relación con su clase y con las otras clases sociales. Fumar, así como otros “hábitos”, le dan un lugar en el mundo que otros comportamientos no le proporcionan; marcan su diferencia y son parte de su racionalidad en la vida.¹¹

Cuando se señala que gran parte de los comportamientos de riesgo se han modificado básicamente por la influencia de las condiciones sociales y culturales que operan en la vida cotidiana y no por el consejo (plática) médico, se está justamente asumiendo la significación del estilo de vida como un efecto de globalidad y no de comportamiento individual. Cuando Terris, por ejemplo, analiza cómo se desarrolló en Canadá y en los Estados Unidos la modificación positiva de comportamientos respecto de padecimientos cardiacos en ciertos sectores sociales, concluye que dicha modificación se debió casi exclusivamente a las acciones de la propia población: “Casi todo lo ha hecho la propia gente, sin demasiada ayuda de los servicios de salud pública ni de la profesión médica. Todo fue prevención primaria” (Terris, 1988:890).

Es en función de incluir los riesgos dentro de estilos de vida entendidos en términos holísticos, como se nos permitirá entender los comportamientos y los riesgos, y no el comportamiento específico en sí. Esta propuesta, por supuesto, reconoce que dentro de cada grupo, estrato o clase social existen variabilidades a nivel del sujeto/microgrupo. Éste puede o no abandonar el hábito tabáquico o puede o no resolver sus problemas de desnutrición en función de sus diferentes recursos y posibilidades materiales y simbólicos; pero no es éste el punto que estamos ahora desarrollando. No negamos la existencia de recursos particulares para enfrentar los problemas (*coping*), pero dicho reconocimiento debe incluirse en una dialéctica grupo/sujeto, para no *recaer* en interpretaciones y/o soluciones exclusivamente psicologistas/individualistas o estructuralistas que limitan o directamente impiden soluciones de tipo salubrista en términos colectivos.

¹¹ Reconocemos este papel estructurante del sujeto por los sistemas de representaciones y de prácticas ejercidos por dicho sujeto, en la medida de considerarlos como no determinantes y como procesos históricos y no como esencias culturales, como suelen ser manejados por autores de algunas escuelas, en especial las de tendencia fenomenológica.

Pero además, un concepto estrechamente asociado al concepto estilo de vida, y muy utilizado por los epidemiólogos —me refiero a *riesgo*—, supone también la necesidad de revisarlo desde una perspectiva constructorista. Al respecto me detendré sólo en dos aspectos que operan como trasfondo permanente en el uso diferencial de este término. En muchos autores existe un supuesto, explicado o no, de que las condiciones económico-políticas e ideológicas actuales generan más riesgos que “antes” en el ámbito colectivo (reactores nucleares, violencia en las ciudades, sida, etc.) y consideran que los estilos de vida actuales son más riesgosos, es decir “que la sociedad moderna expone al individuo a riesgos adicionales, riesgos que el individuo no puede determinar y que son puestos en marcha como resultado de decisiones tomadas en el seno de organizaciones públicas o privadas” (Oden, 1982:71).

Sin negar varias de las características señaladas habría que analizar y decidir de qué riesgos estamos hablando cuando se afirma la mayor riesgosisdad de la sociedad actual. Desde hace unos años en América Latina se está descubriendo nuevamente la “violencia” como causa importante de mortalidad y como indicador de la calidad de vida. Varias de las ciudades latinoamericanas pertenecen al grupo de las más violentas del mundo; las violencias constituyen las principales causas de muerte en varones en edad productiva en varios países de la región.

Todo esto es correcto pero en la medida en que no lo observemos como algo reciente, sino como parte de nuestra historia social, política y cultural. Las violencias han constituido parte de las primeras causas de mortalidad en América Latina por lo menos desde 1492, lo cual ha sido fundamentado básicamente por la investigación antropológica y la demografía histórica. La violencia como parte de las primeras causas de muerte en varones en edad productiva está evidenciada en el sector biomédico desde fines del siglo xix para México (Menéndez, E., 1988). El hambre como parte de la violencia estructural ha sido endémica en varias áreas y sectores sociales de América Latina.

Violencia estructural fue un concepto desarrollado durante los años sesenta y aplicado a la situación de los países subdesarrollados; para algunos autores América está constituida a partir de la violencia estructural, dado que la conquista europea condujo a que entre finales del siglo xv y mediados del xvii la población americana se redujera entre 40 y 80% según diferentes estimaciones. Como sabemos, la principal causa de esta catástrofe demográfica fue la expansión de las enfermedades infectocontagiosas. Pero además, las políticas coloniales tanto durante el periodo de dominación europea como durante el independiente, significaron la desaparición de grupos étnicos enteros, es decir, supuso el desarrollo de lo que se conoció en los sesenta y setenta como

etnocidio (Jaulin, 1979). Este proceso de exterminio étnico continúa hasta la actualidad en algunas regiones americanas.

En consecuencia, la afirmación de que actualmente la sociedad latinoamericana vive en mayores condiciones de riesgo, debe ser analizada dentro de un proceso que reconozca la continuidad/discontinuidad de la violencia en nuestros países, y especifique con claridad de qué riesgos se está hablando. Una epidemiología de la violencia supondría la necesidad de utilizar la dimensión histórica en términos de epidemiología sociocultural.

El segundo hecho refiere a la relación específica de este concepto con el estilo de vida, ya que una tendencia de la biomedicina es a colocar el riesgo casi exclusivamente en la responsabilidad del sujeto. Sin negar una parte de dicha responsabilidad, lo importante es recuperar el papel causal de las condiciones estructurales tanto en su relación con la responsabilidad del sujeto, como respecto de la producción empresarial de enfermedades.

Colocar en el estilo de vida del sujeto la responsabilidad de su enfermedad constituye una variante de la "culpabilización de la víctima" (Ryan, 1976), que no sólo coloca la responsabilidad de la desnutrición exclusivamente en el desnutrido, sino que correlativamente reduce la responsabilidad de las empresas productoras de enfermedades (MacKinlay, 1982). Si bien no debe circunscribirse el comportamiento del fumador a la existencia de las empresas productoras y comercializadoras de tabaco, tampoco puede excluirse a las mismas del análisis de los factores decisivos en el mantenimiento de dichos hábitos.

El riesgo colocado exclusivamente en el sujeto supone explícita o implícitamente que dicho sujeto es un ser "libre", con capacidad y posibilidad de elegir si "fuma" o "no fuma". La cuestión aquí, supone definir qué es ser "libre" y observar quiénes pueden realmente elegir. En este momento en América Latina, ¿quién puede realmente "elegir" trabajo?, cuando cada vez se producen menos empleos; cuando éstos se crean a partir de lo que se denomina "trabajo informal"; cuando, como en el caso de México, entran anualmente al mercado alrededor de 1 300 000 nuevas personas. Durante las décadas de los ochenta y noventa con el incremento permanente de la situación de pobreza y de extrema pobreza, ¿quién tiene posibilidad de "seleccionar" determinados alimentos, si directamente se ha reducido la capacidad de compra de la mayoría de la población, y lo sustancial no es la capacidad de elegir, sino la posibilidad de comer?

Lo referido al trabajo y los alimentos puede ser pensado para el consumo de agua potable, de gas, de electricidad, de medicamentos o de servicios de salud. La elección individual no puede ser separada de

las condiciones estructurales que la posibilitan. En última instancia el concepto estilo de vida ha sido aplicado, en gran medida, para explicar la conducta de los sectores sociales que pueden comparativamente elegir, y que tienen una determinada cultura del riesgo.

Saber popular y saber profesional ¿qué es prevención?

Respecto de la prevención existen varias diferencias, y algunas de las más significativas se organizan en torno al manejo de las representaciones y prácticas culturales como mecanismos de prevención. Mientras que la epidemiología, y el salubrismo en general, se caracterizan por el escaso uso de las “variables” socioculturales, la socioantropología las considera como sustanciales. Más aún, la biomedicina suele ver las representaciones y prácticas de la población como factores que inciden desfavorablemente sobre su salud; las perciben como un saber básicamente a modificar. Esta perspectiva considera además explícita o implícitamente que la población no maneja criterios de prevención.

Sin negar totalmente estas afirmaciones, lo primero que se debe recuperar es que todo grupo social ajeno a su rango de educación formal, genera y maneja criterios de prevención para los padecimientos que real o imaginariamente afectan su salud en la vida cotidiana. No existen grupos que carezcan de estos saberes, porque los mismos son estructurales a toda cultura, es decir, son decisivos para la producción y reproducción de la misma (Menéndez, E., 1994).

La mayoría de estos criterios preventivos son socioculturales, y el punto central, para nosotros, no es tanto considerarlos como comportamientos erróneos o correctos, sino asumir que los grupos sociales producen criterios y prácticas de prevención más allá de que sean equivocados o no.

Reconocer esto supondría un cambio radical en la perspectiva salubrista, pues asumiría que los conjuntos sociales no son reacios a la prevención dado que producen y utilizan este tipo de prácticas. En consecuencia, uno de los principales objetivos médicos debería ser la descripción y el análisis de los significados de los saberes preventivos de los grupos, *para trabajar a partir de los mismos* en un proceso de acción conjunta salubrismo/grupos sociales.

Que una persona no deba transitar por ciertos lugares, a determinadas horas o durante algunos días; que no se deba exponer al niño pequeño a ciertas miradas de sujetos especiales; que no se deban comer cualesquier alimentos solos o en relación con otros, etc., son criterios de prevención para no contraer síndromes culturalmente delimitados como

“aires”, “susto”, “empacho” o “mal de ojo”; pero además de ser criterios preventivos para estos padecimientos, el salubrismo debería reconocer que una parte de estos síndromes corresponden en parte a enfermedades respiratorias agudas y a gastroenteritis (Mendoza, 1994; Menéndez, E., 1987-1988; Osorio, 1994).

Una perspectiva complementaria debería también reconocer que las poblaciones producen y manejan saberes preventivos no sólo para las enfermedades denominadas *tradicionales*, sino para todas aquellas a las cuales ven como amenazantes. El saber de los conjuntos sociales sintetiza en la vida cotidiana la información procedente de diversas fuentes, incluida la biomédica, para generar estas estrategias preventivas, que incluyen por supuesto la carencia de actividades preventivas respecto de problemáticas que no definen como amenazantes o que registran dentro de procesos que no corresponden a la salud/enfermedad. En consecuencia, la perspectiva antropológica trabaja con los grupos a partir de asumir que éstos manejan criterios preventivos, mientras que las ciencias de la salud no, o sólo las consideran como prevenciones con consecuencias poco favorables o ineficaces.

Respecto de la prevención hay toda una serie de cuestiones que juegan en la relación con ambas disciplinas. Uno de estos interrogantes se refiere a dónde colocar el énfasis preventivo, si en el nivel del estilo de vida individual y en la responsabilidad del sujeto o en las condiciones estructurales. La respuesta obvia sería en ambos, pero los datos sobre la orientación de las inversiones económicas dentro del sector salud son más decisivos, ya que indican que, por ejemplo, en el caso de México durante el lapso 1970-1990, sólo entre 5 y 7% de las mismas han sido dedicadas a actividades preventivas, lo cual indica la real significación de la prevención (Menéndez, E., 1990b y 1992).

Un problema relacionado directamente con la prevención, y en el cual se han centrado parte de las críticas socioantropológicas a la biomedicina es la potencialidad de que mediante la prevención, y por supuesto de la actividad asistencial, se desarrollen actividades de control social y cultural. Como sabemos, los conceptos proceso de medicalización y de psiquiatrización refieren en gran medida a dicha potencialidad. No sólo los trabajos de Foucault, sino toda una serie de investigaciones sociológicas y antropológicas han colocado el acento en estas funciones de control referidas tanto a los aparatos médicos sanitarios de los países capitalistas, como de los denominados “ex socialistas”.

Ahora bien, más allá de la polémica generada en torno a esta posibilidad y que no sólo se ha dado entre socioantropólogos y biomédicos, sino dentro de ambas disciplinas (Bury, 1982; Conrad y Schneider, 1980;

Fox, 1977; Menéndez, E., 1979 y 1990a; Strong, 1977 y 1979; Scully, 1980; Zola, 1975), debe tomarse en cuenta que para la socioantropología todo sistema médico cumple potencialmente funciones de control social y cultural, incluido el control político. Las líneas de investigación sobre estructura y función de la brujería desarrolladas a partir de los años veinte y en especial de los treinta en la antropología británica y de los Estados Unidos, evidenciaron justamente estas funciones de control. Estas conclusiones ulteriormente fueron referidas a los sistemas biomédicos, pero debe recordarse que para la antropología médica actual todo sistema médico, por “científico” que sea, refiere a un sistema cultural del que forma parte y es expresión (Gaines, 1992; Hahn y Kleinman, 1983; Lock y Gordon, 1988; Nuckolls, 1992).

¿Hacia la complementación o hacia la diferencia?

Si bien ambas disciplinas tanto en términos de investigación como de investigación/acción desarrollaron metodologías que cumplen pasos similares, existen diferencias profundas que establecen algunas de las principales divergencias. Para nosotros este proceso de divergencia se incrementó a partir de la orientación “científica” elegida por la epidemiología, que habiéndose constituido —por lo menos parcialmente— a partir de perspectivas sociológicas, fue reduciendo su metodología a una determinada interpretación de lo que es el método científico, lo cual entre otras cosas condujo a eliminar casi toda aproximación de tipo cualitativo, pese a que durante un lapso dicha aproximación constituyó parte de sus instrumentos de trabajo.

La epidemiología al colocar el objetivo nuclear en la medición estadística del fenómeno, al excluir de su esfera de investigación todo lo que no fuera medible, al optar por un empirismo que hizo secundaria la dimensión teórica, o al reducir los procesos holísticos que se dan en la realidad del proceso *s/e/a* a variables o factores manejados en términos cuantitativos, fue no sólo reduciendo sus posibilidades de captar información estratégica, analizarla y producir intervenciones, sino que se fue distanciando cada vez más de la antropología caracterizada justamente por el uso de una aproximación cualitativa.

En un trabajo reciente dedicado a analizar la epidemiología psiquiátrica, Bibeau y Corin (1995) señalan que dicha aproximación aparece cada vez más preocupada exclusivamente por la estandarización de sus instrumentos para medir problemas de salud mental, concentrándose en el diagnóstico. Cuantificar los diferentes tipos de diagnósticos ha pasado a ser el núcleo de interés básico, volviendo secundaria la búsqueda

de la etiología del padecimiento. Este desplazamiento, según los autores, constituye la diferenciación más notoria entre la investigación epidemiológica actual y la de los años cincuenta y sesenta. La nueva orientación debe ser referida no tanto a la influencia de la concepción clínica, sino a la búsqueda de confiabilidad y validación que determinan el tipo de epidemiología psiquiátrica producida actualmente.

El segundo rasgo distintivo se da en función de que la epidemiología al estandarizar los rasgos para compararlos, tiende a reducir o directamente elimina las diferencias, en especial las socioculturales, mientras que la antropología médica se caracteriza por subrayarlas y describirlas. Pero no sólo se excluye la diferencia sociocultural, sino que los instrumentos utilizados no incluyen al sujeto ni su experiencia de enfermedad. Y esto contrasta no sólo con las aproximaciones de una parte de la antropología y sociología médica actuales, sino también con diversas aproximaciones clínicas que colocan cada vez más su interés en la experiencia del sujeto y su grupo respecto de su padecimiento (Fitzpatrick, 1990; Roth y Conrad, 1987).

Respecto de lo analizado en este último punto podría aducirse que la epidemiología no incluye determinadas formas de aproximación metodológica no tanto por razones técnicas, sino por considerar que dicha aproximación no produce realmente información más significativa que la generada por medio de sus instrumentos estadísticos.

Esto constituye una antigua discusión entre cualitativos y estadísticos, dada inicialmente entre diferentes líneas metodológicas de las propias ciencias sociales. Así, ya en 1930 Stouffer, analizando la validez de las técnicas biográficas para la investigación de problemas de alcoholismo, realizó un experimento comparativo. Primero aplicó un *test* de actitudes en relación con el uso de bebidas alcohólicas a una muestra de universitarios, y luego solicitó a cada uno que relataran en forma personal y anónima sus experiencias desde su infancia en relación con el alcohol. El análisis de ambos tipos de datos demostraron una notoria correlación, y según Stouffer la información cualitativa no produjo información de carácter más estratégico que la obtenida por instrumentos cuantitativos. Una parte de los epidemiólogos y de los sociólogos cuantitativistas siguen pensando, igual que Stouffer, que la aplicación de técnicas cualitativas lleva más tiempo, supone mayor capacitación para obtener la información, es más difícil y demorada en su interpretación, no es generalizable, etc., y sobre todo, que la información que aporta no es más relevante que la obtenida con otras técnicas.

Este autor enumera las características que reiteradamente serán utilizadas en el cuestionamiento a las aproximaciones cualitativas, pero justamente no analiza lo que es posiblemente la principal diferencia y

aporte antropológico; me refiero al tipo de construcción de la realidad generada por la aplicación de la metodología cualitativa, lo cual posibilita obtener datos más estratégicos y proponer interpretaciones más correctas, por lo menos respecto de determinados aspectos de la realidad como pueden ser el homosexualismo (Devereux, 1937), el suicidio (Douglas, 1967) o el infanticidio (Sheper-Hughes, 1992).

La articulación de estas dos disciplinas debería pasar por la complementariedad más que por los distanciamientos, pero los usos profesionales favorecen la divergencia, que puede ser comprendida, aunque no sé si solucionada, si se le aplica el enfoque constructor de la realidad. Las relaciones entre ambas disciplinas se han dado dentro de un proceso histórico que las ha constituido individualmente por medio de los enfoques, conceptos y técnicas que utilizan. Sin embargo, una revisión de los conceptos que maneja la epidemiología y el salubrismo en general, permitiría constatar que la *mayoría de los mismos han sido generados y utilizados previamente por las ciencias sociales y antropológicas*, lo cual debe ser asumido por el salubrismo en sus implicaciones epistemológicas. Comunidad, necesidades de salud, estratos sociales, participación social, niveles educacionales o estilo de vida, son conceptos que tenían una historia teórica y aplicada dentro de la socioantropología antes de que fueran utilizados por la biomedicina.

Pero, además, dichos conceptos fueron inicialmente construidos a partir de lo no patológico, lo cual también debe ser asumido por la epidemiología cuando los utiliza, así como por la antropología cuando los aplica a procesos de enfermedad y atención. Analizar este proceso de construcción, uso y apropiación posibilitaría generar un empleo más correcto y eficaz, así como una mayor complementación entre estas aproximaciones.

Recibido y revisado en agosto de 1996

Correspondencia: CIESAS-México/Juárez, núm. 87/Col. Tlalpan/C. P. 14000/México, D. F./fax 655 55 76

Bibliografía

- Bastide, R. (1967), *Sociología de las enfermedades mentales*, México, Siglo XXI.
- Bauer, K. (1980), *Improving the chances for health: Lifestyle change and health education*, San Francisco, National Center for Health Education.
- Becker, H. (1971 [1963]), *Los extraños. Sociología de la desviación*, Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo.
- ____ (comp.) (1964), *The other side. Perspectives on deviance*, Nueva York, Macmillan.
- Benedict, R. (1932), "Configurations of culture in North America", *American Anthropologist*, vol. 34, núm. 1, pp. 409-421.
- Berlinguer, G. (1981), "Life-styles and health: Alternative patterns", *International Journal of Health Services*, núm. 11, pp. 53-61.
- Bibeau, G. y E. Corin (1995), "Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentales", en Charest *et al.*, *La construction de l'anthropologie québécoise. Melanges offerts à Marc-Adelard Tremblay*, Sainte Foy, Les Presses de L'Université de Laval.
- Blaxter, M. (1990), *Health and lifestyle*, Londres, Tavistock-Routledge.
- Boletín de la Organización Panamericana de la Salud* (1952), vol. 33, núm. 4, dedicado a antropología y programas de salud en América Latina.
- Bonfil, G. (1962), *Diagnóstico del hambre en Sudzal, Yucatán (un ensayo de antropología aplicada)*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- ____ (1995 [1965]), "El pensamiento conservador en la antropología aplicada. Una crítica", en G. Bonfil, *Obras escogidas*, México, INI-INAH, vol. I.
- Breilh, J. (1979), *Epidemiología: economía, medicina y política*, Quito, Universidad Central.
- Buck, C. *et al.* (1988), *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, núm. 505, especialmente pp. 3-17, 87-100, 155-171 y 881-899.
- Bury, M. (1982), "Chronic illness as biographical disruption", *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, núm. 2, pp. 167-182.
- Cassel, J. C. (1955), "A comprehensive health program among South African Zulus", en B. Paul (ed.), *Health, Culture and Community*, Nueva York, Russell Sage.
- ____ (1976), "The contribution of the social environment to host resistance", *American Journal of Epidemiology*, núm. 104, pp. 107-123.
- Cathébras, P. (1993-1994), "Douleur et cultures: au delà des stéréotypes", *Santé, Culture, Health*, vol. X, núm. 1-2, pp. 229-243.
- Caudill, W. (1953), "Applied anthropology in medicine", en A. Kroeber (ed.), *Anthropology today*, Chicago, University of Chicago Press.
- Comelles, J. M. y A. Martínez (1993), *Enfermedad, cultura y sociedad*, Madrid, EUEDEMA.

- Conrad, P. y J. Schneider (1980), *Deviance and medicalization: From badness to sickness*, Saint Louis, C. V. Mosby.
- Coreil, J. *et al.* (1985), "Life-style, an emergent concept in the sociomedical sciences", *Culture, Medicine and Psychiatry*, núm. 9, pp. 243-337.
- Chrisman, N. y T. Marezki (eds.) (1982), *Clinical applied anthropology*, Dordrecht, Reidel.
- Davison, Ch. *et al.* (1992), "The limits of lifestyle: Re-assessing 'fatalism' in the popular culture of illness prevention", *S. S. & M.*, vol. 34, núm. 6, pp. 675-685.
- Devereux, G. (1937), "Institutionalized homosexuality of the Mohave Indians", *Human Biology*, núm. 9, pp. 498-527.
- Douglas, J. (1967), *The social meanings of suicide*, Princeton, Princeton University Press.
- (ed.) (1970), *Deviance and respectability. The social construction of moral meanings*, Nueva York, Basic Books.
- Dunn, F. y C. Janes (1986), "Introduction: Medical anthropology and epidemiology", en C. Janes, R. Stall y S. Gifford (eds.), *op. cit.*, pp. 3-34.
- Durkheim, E. (1974 [1897]), *El suicidio*, México, UNAM.
- Erasmus, Ch. (1969), "El síndrome del 'encogido' y el desarrollo de la comunidad", *América Indígena*, vol. 29, núm. 1, pp. 228-292.
- Faris, R. y H. W. Dunham (1939), *Mental disorders in urban areas*, Chicago, Chicago University Press.
- Fitzpatrick, R. y G. Scambler (1990), "Clase social, etnicidad y enfermedad", en R. Fitzpatrick *et al.*, *La enfermedad como experiencia*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Fleck, A. y F. Ianni (1958), "Epidemiology and anthropology: Some suggested affinities in theory and method", *Human Organization*, núm. 16, pp. 38-40.
- Foster, G. (1965), "Peasant society and the image of limited good", *American Anthropologist*, vol. 67, núm. 3, pp. 293-315.
- (1972), *Tzintzuntzan*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Fox, R. (1977), "The medicalization and desmedicalization of American society", *Daedalus*, núm. 106, pp. 9-27.
- Gaines, A. (1992), "From DSM-I to III-R; Voices of self, mastery and the other: A cultural constructivist reading of U. S. psychiatric classification", *S. S. & M.*, vol. 35, núm. 1, pp. 3-24.
- (ed.) (1992), *Ethnopsychiatry. The cultural construction of professional and folk psychiatries*, Albany, State University of New York Press.
- Gottlieb, N. y L. Green (1984), "Life-events, social networks, life-style and health: An analysis of personal health practices and consequences", *Health Education Quart.*, núm. 11, pp. 91-105.
- Hahn, R. y A. Kleinman (1983), "Biomedical practice and anthropologist theory: Frameworks and directions", *Annual Review of Anthropology*, núm. 12, pp. 305-333.
- Hoggarth, R. (1990 [1957]), *La cultura obrera en la sociedad de masas*, México, Grijalbo.

- Hollingshead, A. y F. Redlich (1958), *Social class and mental illness. A community study*, Nueva York, Willey and Sons.
- Huizer, G. (1970a), *La lucha campesina en México*, México, Centro de Investigaciones Agrarias.
- (1970b), “Resistencia al cambio como un potencial para la acción campesina: Foster y Erasmus reconsiderados”, *América Indígena*, vol. 30, núm. 2, pp. 321-344.
- Janes, C., R. Stall y S. Gifford (eds.) (1986), *Anthropology and epidemiology. Interdisciplinary approaches to the study of health and disease*, Dordrecht, Reidel.
- Jaulin, R. (comp.) (1979), *La descivilización. Política y práctica del etnocidio*, México, Nueva Imagen.
- Kannell, W. (1988 [1983]), “Una perspectiva sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares”, en Buck *et al.*, *op. cit.*, pp. 758-780.
- Kroeger, A. *et al.* (1989), *Materiales de enseñanza sobre el uso de la epidemiología en la atención de salud a nivel de sistemas locales de salud* (Silos), Universidad de Heidelberg-OMS.
- (comps.) (1991), *Malaria y leishmaniasis cutánea en Ecuador. Un estudio interdisciplinario*, Quito, Ediciones ABIA-YALA.
- Kumate, J. (1993), “La investigación médica en el México contemporáneo (post 1910)”, en H. Aréchiga y J. Somolinos (comps.), *Contribuciones mexicanas al conocimiento médico*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Larrea, C. (1994), *Los miasmas: antropología histórica de un concepto médico*, Barcelona, Universitat de Barcelona.
- Laurell, A. C. y M. Noriega (1987), *Trabajo y salud en SICARTSA*, México, SITUAM.
- (1989), *La salud en la fábrica*, México, Era.
- Leighton, A. *et al.* (eds.) (1952), *Explorations in social psychiatry*, Nueva York, Basic Books.
- (eds.) (1963), *Psychiatric disorder among the Yoruba*, Ithaca, Cornell University Press.
- Lock, M. y D. Gordon (eds.) (1988), *Biomedicine examined*, Dordrecht, Kluwer Academic Publications.
- MacKinlay (1982), “En favor de un nuevo enfoque hacia arriba: la economía política de la enfermedad”, en E. G. Jaco (ed.), *Pacientes, médicos y sociedad*, México, IMSS.
- McKeown, Th. (1976), *The modern rise of population*, Nueva York, Academic Press.
- Mannheim, K. (1953 [1929]), *Ensayos sobre sociología y psicología social*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Matza, D. (1981), *El proceso de desviación*, Madrid, Taurus.
- Mendoza, Z. (1994), *De lo biomédico a lo popular. El proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala (Oaxaca)*, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Menéndez, E. L. (1979), *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, México, Nueva Imagen.

- _____ (1980), *Clases subalternas y el problema de la medicina denominada "tradicional"*, México, Cuadernos de La Casa Chata, núm. 32.
- _____ (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, México, Ediciones de La Casa Chata.
- _____ (1987-1988), "Medicina tradicional o medicina científica. Hacia una práctica unificada de los conjuntos sociales", *RUNA*, núm. XVII-XVIII, pp. 1-33.
- _____ (1988), *Alcoholismo y política. Los límites socioeconómicos del sector salud mexicano, 1890-1988*, México, Ms.
- _____ (1990a), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México, Alianza Editorial Mexicana-Fonca.
- _____ (1990b), "Continuidad y discontinuidad del proyecto sanitarista mexicano. Crisis y reorientación conservadora", en I. Almada (coord.), *Salud y crisis en México*, México, Siglo XXI.
- _____ (1992), "Achiquemos el Estado mientras la muerte está", en J. Alonso et al., *El nuevo Estado mexicano*, México, Nueva Imagen, t. IV.
- _____ (1994), "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?", *Alteridades*, vol. 4, núm. 7, pp. 71-83.
- _____ (ed.) (1992), *Prácticas e ideologías científicas y populares respecto del alcoholismo en México*, México, CIESAS, Colee. Othón de Mendizábal.
- _____ y R. Di Pardo (1996), *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, México, CIESAS, Colee. Othón de Mendizábal.
- Menéndez, N. (1996), *Saber médico, epidemias y condiciones de vida. El caso del tifus en la ciudad de México a fines del siglo XIX*, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Morgan, P. (1983), "Alcohol, disinhibition and domination: A conceptual analysis", en R. Room y G. Collins (eds.), *Alcohol and Disinhibition: Nature and meaning of the link*, Rockville, NIAAA.
- Mosley, W. H. (1988), "Determinantes biológicos y socioeconómicos de la sobrevivencia en la infancia", *Salud Pública*, vol. 30, núm. 3, pp. 312-328.
- Müller-Armack, A. (1967), *Genealogía de los estilos económicos*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Nájera, E. (1988), "Comentarios", en Buck et al., *op. cit.*, pp. 3-17, 87-100, 155-171 y 881-899.
- Nations, M. (1986), "Epidemiological research on infectious disease: Quantitative rigor or rigormortis? Insights ethnomedicine", en C. Janes, R. Stall y S. Gifford, *op. cit.*, pp. 97-124.
- Nuckolls, Ch. W. (1992), "Toward a cultural history of the personality disorders", *S. S. & M.*, vol. 35, núm. 1, pp. 37-47.
- Oden, B. (1982), "Los riesgos y su percepción en una sociedad cambiante", *Diógenes*, núm. 119, pp. 71-95.
- Opler, M. (1945), "Themes as dynamic forces in culture", *American Journal of Sociology*, núm. 51, pp. 198-206.
- _____ (1959), *Culture and mental health*, Nueva York, MacMillan.

- Osorio, R. M. (1994), *La cultura médica materna y la salud infantil*, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Pill, R. y N. Stott (1987), "Development of a measure of potential behaviour: A salience of lifestyle index", *S. S. & M.*, vol. 24, núm. 2, pp. 125-134.
- Pitch, T. (1980), *Teoría de la desviación social*, México, Nueva Imagen.
- Post, S. (1992), "DSM-III-R and religion", *S. S. & M.*, vol. 35, núm. 1, pp. 81-90.
- Renaud, M. (1992), "De la epidemiología social a la sociología de la prevención: 15 años de investigación sobre la etiología social de la enfermedad", *Cuadernos Médico-Sociales*, núm. 60, pp. 49-66.
- Roth, J. y P. Conrad (1987), *The experience and management of chronic illness*, Londres, Jai Press.
- Ryan, W. (1976), *Blaming the victim*, Nueva York, Vintage Books, segunda edición.
- Schütz, A. (1972 [1932]), *Fenomenología del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*, Buenos Aires, Paidós.
- Scott, R. (1970), "The construction of conceptions of stigma by professional experts", en Douglas (ed.), *op. cit.*, pp. 255-290.
- Scully, D. (1980), *Men who control women's health. The miseducation of obstetrician-gynecologists*, Boston, Houghton Mifflin.
- Sheper-Hughes, N. (1992), *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*, Berkeley, University of California Press.
- Simons, R. y Ch. Hughes (1985), *The culture-bound syndromes. Folk illness of psychiatric and anthropological interest*, Dordrecht, Reidel.
- Singer, M. (1989), "The limitations of medical ecology: The concept of adaptation in the context of social stratification and social transformation", *Medical Anthropology*, vol. 10, núm. 4, pp. 218-229.
- Social Science and Medicine* (1986), vol. 23, núm. 1, dedicado a antropología médica crítica.
- _____ (1992), vol. 35, núm. 1, dedicado a la construcción histórica de las categorías clínicas y epidemiológicas psiquiátricas.
- Stouffer, S. A. (1930), *An experimental comparison of statistical and case history methods in attitude research*, Chicago, University of Chicago, tesis doctoral.
- Strong, P. (1977), *The ceremonial order of the clinic*, Londres, Routledge and Kegan Paul.
- _____ (1979), "Sociological imperialism and the profession of medicine. A critical examination of the thesis of medical imperialism", *S. S. & M.*, vol. 13, núm. 2, pp. 179-187.
- Syme, S. L. (1978), "Life style intervention in clinic-based trials", *American Journal of Epidemiology*, núm. 108, pp. 87-91.
- Taylor, I. et al. (1977), *La nueva criminología. Contribución a una teoría social de la conducta desviada*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Terris, M. (1980a), *Estudios de Goldberger sobre la pelagra*, México, JMSS.
- _____ (1980b), *La revolución epidemiológica y la medicina social*, México, Siglo XXI.
- _____ (1988), "Comentarios", en Buck et al., *op. cit.*, pp. 3-17, 87-100, 155-171 y 881-899.

- Trostle, J. (1986a), "Early work in anthropology and epidemiology: From social medicine to the germ theory, 1840 to 1920", en C. Janes, R. Stall y S. Gifford (eds.), *op. cit.*, pp. 35-58.
- (1986b), "Anthropology and epidemiology in the twenty century: A selective history on collaborative projects and theoretical affinities, 1920 to 1970", en C. Janes, R. Stall y S. Gifford (eds.), *op. cit.*, pp. 59-96.
- Weber, M. (1964 [1922]), *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Wolff, B. y S. Langley (1968), "Cultural factors and the response to pain: a review", *American Anthropologist*, núm. 70, pp. 494-501.
- Worringer (1953 [1908]), *Abstracción y naturaleza*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Young, A. (1980), "The discourse on stress and the reproduction to conventional knowledge", *S. S. & M.*, núm. 14, pp. 133-146.
- (1982), "The anthropologies of illness and sickness", *Annual Review of Anthropology*, núm. 11, pp. 257-285.
- (1976), "Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology", *American Anthropologist*, vol. 78, núm. 1, pp. 5-24.
- Zborowski, M. (1952), "Cultural components in response to pain", *Journal of Social Issues*, núm. 8, pp. 16-30.
- Zola, I. (1975), "In the name of health and illness: On some socio-political consequences of medical influence", *S. S. & M.*, vol. 9, núm. 1, pp. 83-87.

