




Etnoepidemiología y salud mental: perspectivas desde América Latina

Ethnoepidemiology and mental health: insights from Latin America

Naomar de Almeida-Filho¹

¹PhD en Epidemiología. Investigador I-A del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Profesor Titular jubilado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Profesor Visitante, Instituto de Estudios Avanzados, Universidade de São Paulo, Brasil. ✉ 

RESUMEN En este ensayo, exploro las implicaciones teóricas y metodológicas de un abordaje etnoepidemiológico, que busca integrar hallazgos de investigaciones en salud mental con nuevos modelos conceptuales. Con este propósito, en primer lugar, evalué las raíces y los usos del término “etnoepidemiología” para designar tres tipos de estrategias de investigación para la producción de conocimiento científico: tipo I (estudios de factores de riesgo socioculturales y grupos de riesgo definidos étnicamente); tipo II (estudios de modelos populares de distribución y ocurrencia de enfermedades en poblaciones); y tipo III (estudios etnográficos de proyectos y líneas de investigación epidemiológica). Como ejemplo, se presentan y discuten características metodológicas seleccionadas de tres estudios en los que he participado. Posteriormente detallo los desarrollos metodológicos derivados de esta experiencia de hacer investigación, generando nuevos modelos para la investigación transcultural y transdisciplinaria de las prácticas en salud mental y, por último, en las conclusiones, comento algunas implicaciones generales del estudio de los problemas de salud mental desde un punto de vista etnográfico y epidemiológico integrado, en sociedades diversas y profundamente desiguales, como las de la América Latina contemporánea.

PALABRAS CLAVES Etnoepidemiología; Metodología; Salud Mental; Antropología Médica; Psiquiatría Transcultural.

ABSTRACT In this essay, I explore methodological as well as theoretical implications of an ethno-epidemiological approach, aiming to integrate research findings in mental health into new conceptual models. With this objective, I first evaluate the roots and uses of the term “ethnoepidemiology” to designate three research strategies for scientific knowledge production: type I (studies of sociocultural risk factors and ethnically defined risk groups); type II (studies of lay models of distribution and occurrence of illness in populations); type III (ethnographic studies of projects and areas of epidemiologic research). As an illustration, selected methodological features of three studies in which I have participated are presented and discussed. I then elaborate upon methodological developments derived from this experience of doing research, generating new models for transcultural transdisciplinary research of mental health practices. Lastly, I comment on some broad implications of studying mental health problems from an integrated ethnographical and epidemiological point of view, in diverse and deeply unequal societies such as those of contemporary Latin America.

KEY WORDS Ethnoepidemiology; Methodology; Mental Health; Medical Anthropology; Transcultural Psychiatry.

INTRODUCCIÓN

La epidemiología social ha venido creciendo en todo el mundo, producto de un reciente movimiento de ampliación de los alcances de la epidemiología^(1,2). En este proceso, se han buscado alianzas con otras disciplinas en el campo de las ciencias sociales y humanas, particularmente con el subcampo disciplinario de la antropología médica y sobre temas de salud mental. Luego del ensayo pionero de Fleck y Ianni de 1957⁽³⁾, este movimiento hacia la integración interdisciplinaria ha sido sostenido por un extenso linaje de académicos^(4,5,6,7,8,9). En América Latina, Jaime Breilh⁽¹⁰⁾, Cristina Laurell⁽¹¹⁾, Ricardo Bruno Gonçalves⁽¹²⁾, Pedro Luis Castellanos⁽¹³⁾ y otros autores han desarrollado modelos teóricos de gran potencial heurístico, que respaldan nuevamente interacciones fuertes y profundas entre enfoques epidemiológicos y las ciencias sociales en salud.

En el campo de la salud mental, este enfoque integrador hizo posible la subdisciplina de la psiquiatría de corte cultural o transcultural, una importante rama de la psiquiatría social^(14,15). La epidemiología social ha desarrollado una tradición de investigación bastante competente sobre factores culturales para la salud mental, desde los estudios pioneros de la Escuela de Chicago sobre la ecología humana hasta la teoría del ajuste social de Leighton y el grupo de epidemiología psicosocial de Chapel Hill, dirigido por John Cassel⁽⁹⁾. En América Latina, inspirada en los estudios del condado de Stirling, Nueva Escocia, Canadá, se desarrollaron una serie de encuestas de morbilidad de los trastornos mentales durante la década de 1970 en Lima, Perú, utilizando una metodología de vanguardia para ese momento y considerando a la salud mental como una construcción cultural^(16,17,18). En las últimas décadas, ha crecido una gran preocupación con relación a la teoría y métodos para estudiar la salud mental global desde un punto de vista sociocultural comparativo⁽¹⁹⁾.

Como un esfuerzo por integrar tales tendencias y perspectivas, hace casi 30 años,

propuse el término “etnoepidemiología” para nombrar las muchas propuestas de combinación, composición, fusión, convergencia o articulación de las posiciones originalmente divergentes entre la epidemiología y la antropología⁽²⁰⁾. Los antropólogos canadienses Gilles Bibeau y Raymond Massé utilizaron más tarde la palabra “etnoepidemiología” para referirse al análisis de teorías populares sobre la categorización y determinación de enfermedades, mediante el cual los miembros de una cultura determinada interpretan los signos y síntomas, así como la correspondencia y las contradicciones entre categorías de diagnóstico populares y médicas^(21,22). Desde entonces, el sustantivo compuesto “etnoepidemiología” y el adjetivo “etnoepidemiológico” se han utilizado en varias áreas y temas de investigación en salud, en diferentes contextos⁽²³⁾.

En este artículo, exploraré más a fondo este enfoque integrador, centrado en los estudios de salud mental. Con este objetivo, en primer lugar, evaluaré las raíces y usos del término “etnoepidemiología” para designar estrategias de investigación para la producción de conocimiento científico de tres tipos: 1) estudios de factores de riesgo socioculturales y grupos de riesgo definidos étnicamente; 2) estudios de modelos populares de distribución y ocurrencia de enfermedades en poblaciones; 3) estudios etnográficos de proyectos y programas de investigación epidemiológica. A modo de ejemplo, se presentan y discuten características metodológicas seleccionadas de tres estudios en los que he participado. A continuación, detallo los desarrollos metodológicos derivados de la experiencia de hacer investigación para generar nuevos modelos para la investigación transcultural transdisciplinaria de las prácticas en salud mental. Finalmente, comento algunas implicaciones generales del estudio de los problemas de salud mental desde un punto de vista etnográfico y epidemiológico integrado, en sociedades diversas y profundamente desiguales, como las de América Latina contemporánea.

SIGNIFICADOS DE LA ETNOEPIDEMIOLOGÍA

En 1990, cuando fui invitado a un seminario en la histórica Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, escribí un manifiesto para la integración de la investigación epidemiológica y etnográfica, proponiendo la noción de “etnoepidemiología” como un enfoque transdisciplinario para los objetos y métodos de investigación en salud. Ese artículo fue publicado originalmente en una revista de escasa distribución, pero pronto se volvió a publicar en los *Cuadernos Médicos Sociales*, una de las principales revistas del recién nacido movimiento de la Medicina Social Latinoamericana y que luego alcanzó una amplia difusión en el continente.

Mi declaración inicial⁽²⁰⁾ tenía como objetivo, más que la incorporación del pensamiento antropológico en modelos explicativos basados en el enfoque de riesgo o la aplicación de métodos epidemiológicos para la investigación intercultural en salud, las tendencias observadas en ese momento en la epidemiología. Esa propuesta tenía como objetivo superar la “intromisión social” en la investigación en salud, poniendo el énfasis en las dimensiones socioculturales de los fenómenos de salud-enfermedad como “una totalidad etnoepidemiológica”. Por entonces, propuse dos objetivos preliminares para la etnoepidemiología: a nivel conceptual, “construir modelos interpretativos del complejo salud-enfermedad-cuidado en la sociedad moderna, capaces de integrar perspectivas tanto etnológicas como epidemiológicas” y, a nivel metodológico, “alternativas para la investigación sobre procesos y prácticas sociales relacionados con la salud, capaces de combinar de manera competente enfoques cualitativos y cuantitativos”.

Esta idea fue desarrollada conceptualmente en otros trabajos^(24,25,26,27). Raymond Massé⁽²¹⁾ amplió el concepto de “*ethnoépidémiologie*” como una sección importante de su tratado “*Cultura y salud pública*”, atribuyéndome el debido crédito. Más tarde,

Massé⁽²⁸⁾ propuso la noción de “*ethnoépidémiologie critique*” para superar los riesgos de la “medicalización de la antropología de la salud”, una marcada tendencia en la antropología anglosajona, sometida a la epistemología empírico-positivista de las agendas de la medicina y de la epidemiología.

En paralelo, pero totalmente independiente de mi trabajo, Michael Agar propuso mirar más allá de la mera fusión de métodos etnográficos y diseños epidemiológicos. Argumentó que la etnografía no es solo un complemento metodológico, sino que podría ser el catalizador de una nueva epidemiología. En sus propias palabras⁽²⁹⁾:

Los resultados, vislumbrados en este punto solo a modo de resumen, no serán ni la epidemiología como la conocemos actualmente, ni la etnografía como se suele pensar en antropología o sociología. En cambio, se aproximarán a una epidemiología de contexto y significado, o una etnología focalizada de la salud. Es divertido jugar con palabras y sugerir “*epnografía*” o “*etnodemiología*”, porque la transformación en curso merece una etiqueta lingüística para señalar su importancia.

La idea de etnoepidemiología ha sido evaluada en términos conceptuales y metodológicos por Fernandes⁽³⁰⁾, Hersch-Martínez⁽³¹⁾, Langdon⁽³²⁾, Sy⁽²³⁾ y Singer⁽³³⁾. El más completo de estos relatos ha sido el de Anahi Sy⁽²³⁾, quien considera las contribuciones etnoepidemiológicas como parte del movimiento de salud colectiva de América Latina, con propuestas originales “para integrar la perspectiva epidemiológica con la de las ciencias sociales, la sociología y la antropología médica en particular, lo que plantea la necesidad de ubicar los problemas de salud en su contexto sociohistórico, cultural, político y económico”. La autora subraya las raíces comunes y las agendas teóricas y metodológicas convergentes entre la propuesta de la etnoepidemiología y la epidemiología sociocultural de Menéndez, considerando que

ambas investigan la salud-enfermedad como un proceso sociocultural, en el cual los sistemas de significados, representaciones y prácticas de reproducción de la vida cotidiana y las situaciones de salud se estudian por métodos etnográficos. Para clasificar perspectivas críticas como esas, ha acuñado el término compuesto “socioetnoepidemiologías”.

De acuerdo con mi conocimiento, el adjetivo “etnoepidemiológico” se utilizó por primera vez fuera del campo antropológico, en un *screening* fitoquímico de plantas utilizadas para el tratamiento de trastornos gastrointestinales en el delta del Orinoco, Venezuela⁽³⁴⁾. El sustantivo “etnoepidemiología” apareció luego en el título de un informe de investigación sobre mortalidad infantil entre los niños del grupo étnico *hmong* en comparación con los campesinos en Tailandia⁽³⁵⁾. Curiosamente, en el cuerpo de ese documento, la palabra “etnoepidemiología” (o cualquiera de sus correlatos) está completamente ausente. El término se empleó luego para nombrar las actas de un simposio sobre genética poblacional evolutiva de las neoplasias, organizado por la Asociación Japonesa del Cáncer como *Etnoepidemiología del cáncer*⁽³⁶⁾. Los editores presentaron el estudio de los patrones de comportamiento y los factores físicos y culturales asociados con el cáncer, como un “campo nuevo y emocionante, que reúne aspectos de epidemiología, etnología, ecología, virología, inmunología y biología molecular, en busca de patrones globales de cáncer”. Este enfoque descriptivo formalizado llegó al *Diccionario de epidemiología*⁽³⁷⁾, en el que se define la etnoepidemiología como “el estudio epidemiológico de los factores causales para la salud y la enfermedad entre diferentes grupos étnicos, con el desarrollo de estrategias de intervención que consideren a la cultura”. Por el contrario, en el glosario de una investigación⁽³⁸⁾ se define la etnoepidemiología como:

...una metodología de investigación interdisciplinaria emergente, que combina las fortalezas de la observación etnográfica y otros métodos cualitativos para comprender los significados y contextos sociales, tal como se practican en antropología,

con el diseño, el muestreo, la recolección de datos y las estrategias analíticas desarrolladas en la epidemiología.

Recientemente, Singer escribió una entrada en la *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales* a la que tituló “Metodología etnoepidemiológica”, en un intento por conciliar “los significados diferentes pero entrelazados” del término⁽³³⁾. Simultáneamente, el término refiere a la “metodología emergente interdisciplinaria de investigación en salud” mencionada anteriormente, así como también se utiliza para el abordaje “emic”, es decir, de los sistemas tradicionales de comprensión de las enfermedades y de la reacción social. Para este autor, la metodología etnoepidemiológica refleja las tendencias contemporáneas en salud pública, particularmente, “un creciente énfasis de la antropología médica en la recopilación sistemática de datos y estrategias analíticas y una correspondiente disminución entre los investigadores cuantitativos de la crítica a la etnografía como no científica”⁽³³⁾. En sus palabras:

...los dos significados del término etnoepidemiología descritos anteriormente están unificados en su reconocimiento de la importancia fundamental de la cultura en la salud, con metodología etnoepidemiológica que se refiere a enfoques para su estudio profundo y sistemático, y modelos explicativos etnoepidemiológicos que etiquetan las concepciones culturales locales de la enfermedad ahora reconocidas como una influencia significativa en la expresión y respuesta de la enfermedad.⁽³³⁾

Aunque tal perspectiva puede potencialmente aprovechar los avances conceptuales y metodológicos seleccionados, la perspectiva etnoepidemiológica también debe implicar reflexividad, en el sentido de una autoevaluación crítica continua de la disciplina en sí misma, sobre bases epistemológicas y etnográficas, que reconozca su carácter sociohistórico. Por esta razón, vale la pena considerar cómo los investigadores que se

han apropiado de la noción de etnoepidemiología han realizado, de hecho, estudios en la interfaz simbólico-cultural de los problemas de salud en sociedades concretas.

Hasta ahora, varios autores han clasificado sus contribuciones científicas como etnoepidemiológicas, en diferentes áreas y temas de investigación^(39,40,41,42). Los trastornos crónicos como la diabetes también han sido objeto de estudios autodenominados como etnoepidemiológicos, en particular con relación a las poblaciones autóctonas^(43,44). Sin embargo, el campo de investigación que ha empleado los términos etnoepidemiología y etnoepidemiológico con mayor frecuencia es aquel relacionado con el consumo de drogas, aunque con rigurosidad y consistencia variados^(38,45,46,47,48,49,50,51,52,53).

Curiosamente, una de las fuentes del avance metodológico de esta línea de investigación fue la concepción de la investigación-acción participativa desarrollada por el pensador crítico latinoamericano Orlando Fals-Borda⁽⁵⁴⁾. Desafortunadamente, en este ámbito, el término “estudios etnoepidemiológicos” se ha tomado a menudo como mera oposición a los “estudios seroepidemiológicos”, como en una reciente investigación con diseño observacional de microcohortes de usuarios de drogas VIH positivos⁽⁵⁵⁾.

En Brasil, hasta el momento, hay dos autodenominados “estudios etnoepidemiológicos” en el estado de Minas Gerais^(56,57). Varios estudios que utilizan una metodología descrita como etnoepidemiológica se realizaron con una cohorte de nacimientos de Pelotas, en Rio Grande do Sul^(58,59,60). También, otras investigaciones autodenominadas como “estudios etnoepidemiológicos” se desarrollaron en otros sitios y poblaciones sobre temas y metodologías variadas, principalmente en Salvador, Bahía^(61,62). Entre los ejemplos de estudios de prevalencia con poblaciones autóctonas brasileñas que afirman ser etnoepidemiológicos se encuentra el trabajo de Acioli⁽⁶³⁾ sobre alcoholismo entre la comunidad Pankararu, en Pernambuco, y el de Saavedra y Câmara⁽⁶⁴⁾ sobre desnutrición en la población Mbyá Guaraní del sur de Brasil. Como en otros contextos, en estos

casos, el término “etnoepidemiología” se ha empleado para nombrar investigaciones que, a pesar de su amplia diversidad de objetivos y métodos, podrían clasificarse en un mismo grupo, simplemente porque se llevaron a cabo con grupos étnicos o segmentos marginados de la población.

TIPOS DE ETNOEPIDEMIOLOGÍA

Como principio teórico, la etnoepidemiología implica principalmente explorar alternativas para la investigación transdisciplinaria sobre los determinantes sociales de la salud, con base en variables comúnmente denominadas como “factores simbólico-culturales”. Sin embargo, la demanda crucial sobre la estrategia etnoepidemiológica ha sido especialmente de naturaleza metodológica. En este espíritu, las propuestas de hibridación, articulación o integración de los enfoques de investigación aparentemente divergentes (pero con suerte complementarios) de la antropología y la epidemiología merecen ser nombrados y clasificados, tanto semánticamente como epistemológicamente. En este texto, el término “etnoepidemiología” puede adoptar tres significados distintos:

- *Etnoepidemiología tipo I:* estudios sobre la diversidad étnica y cultural de factores de riesgo, factores de protección o factores pronósticos para enfermedades y otros problemas de salud, por ejemplo, estudios centrados en la aparición y prevención de enfermedades en grupos, poblaciones y culturas.
- *Etnoepidemiología tipo II:* estudios de representaciones sociales, semiologías populares y modelos explicativos de base comunitaria sobre la distribución y ocurrencia de enfermedades, lesiones y eventos de salud en poblaciones, así como teorías comunitarias de contagio y causalidad en grupos humanos.
- *Etnoepidemiología tipo III:* estudios que toman la práctica científica de la epidemiología como objeto de investigación, con

la aplicación de conceptos antropológicos y métodos etnográficos a los entornos, la vida cotidiana y las culturas institucionales en las que se produce el conocimiento epidemiológico.

Además de estas modalidades de la etnoepidemiología, en la breve reseña de publicaciones presentada se pueden encontrar varios estudios que se autodefinen como etnoepidemiológicos, pero que de hecho no se ajustan a ninguno de estos tipos. En este grupo, que tal vez podría denominarse estudios pseudoetnoepidemiológicos, incluyo la investigación epidemiológica convencional con variables socioculturales que han sido reducidas a factores de exposición cuantitativos y la investigación en salud de poblaciones con grupos étnicos o pueblos y aldeas aisladas.

Etnoepidemiología tipo I

El término “etnoepidemiología tipo I” se refiere a una modalidad particular de investigación en salud, equivalente a la investigación epidemiológica con orientación antropológica, enfocada en las heterogeneidades étnicas o socioculturales como indicadores de riesgo, vulnerabilidad, factores pronósticos o de protección para enfermedades y otros problemas de salud. Se pueden encontrar iniciativas de este tipo de investigación epidemiológica en todas las áreas de investigación en el campo de la salud, en particular, los estudios sobre morbilidad cardiovascular de las poblaciones sometidas a un cambio cultural rápido, desarrollados por el grupo de epidemiología psicosocial de Chapel Hill⁽⁶⁵⁾. Además, se ha convertido en una tendencia vigente en los estudios sociales de enfermedades crónicas como el cáncer⁽⁶⁶⁾, enfermedades transmisibles agudas como la diarrea⁽⁶⁷⁾ y, más recientemente, el sida⁽⁶⁸⁾.

Esta modalidad de etnoepidemiología es más o menos equivalente a la propuesta de Menéndez⁽⁶⁹⁾ de una “epidemiología sociocultural”. En general, dicha propuesta critica el reduccionismo biológico y el enfoque del factor de riesgo cuantitativo de la epidemiología

convencional, recurriendo a las contribuciones teóricas de la antropología para desafiar una epidemiología positivista, reduccionista, acrítica y ahistórica⁽⁷⁰⁾. Recientemente, Menéndez⁽⁷¹⁾ propuso que el enfoque principal de la epidemiología sociocultural es la categoría de daño evitable (en lugar de riesgo predictivo) porque proporciona una dimensión más dinámica, integradora y globalizadora de los problemas de salud colectiva. En esta propuesta, se incorporan conceptos analíticos dinámicos como riesgo, peligro y vulnerabilidad como parte de las dimensiones sociales y culturales de la salud⁽⁷²⁾.

Presentaré dos ejemplos de investigación etnoepidemiológica tipo I, a partir de mi propia experiencia de investigación: a) un estudio de morbilidad multicéntrica de salud mental con un diseño de investigación altamente estructurado; b) una encuesta de hogares para evaluar el impacto de la desigualdad social y la raza/etnia en trastornos mentales comunes seleccionados y la comorbilidad asociada.

Entre 1990 y 1993, coordiné una encuesta de morbilidad multicéntrica en áreas urbanas seleccionadas de Brasil^(24,73). En este estudio, se examinaron casi 6.500 adultos para detectar la presencia de psicopatologías y se invitó a participantes como parte de una submuestra (n=836) para realizar una entrevista psiquiátrica confirmatoria. Los examinadores y los examinados no tenían información previa sobre los puntajes o el estado de la evaluación. Las entrevistas diagnósticas incluyeron básicamente la aplicación de una versión brasileña del DSM-III. Se puede encontrar una descripción más detallada de los métodos de la encuesta en otras publicaciones^(73,74). En este estudio, las prevalencias calculadas fueron más altas que las estimadas por investigaciones anteriores con metodologías comparables, y se encontró un incremento en la prevalencia de trastornos considerados adaptativos, reactivos o, desde otra perspectiva, parte de un proceso de determinación social, como la mayoría de los trastornos no psicóticos⁽⁷³⁾.

Con este conjunto de datos, también realicé un análisis de casos y controles de factores socioculturales para afecciones no psicóticas

seleccionadas (trastornos de ansiedad, fobias, somatización y depresión)⁽²⁴⁾. El diseño de estudio de casos y controles es quizás la herramienta más costo-efectiva para testear hipótesis epidemiológicas. Permite comparar de manera retrospectiva la exposición diferencial a un supuesto factor de riesgo entre los grupos efectivamente enfermos (casos) y los no enfermos (controles)⁽⁷⁵⁾. A pesar de su incapacidad para producir medidas de ocurrencia de la enfermedad (tales como incidencia o prevalencia), el estudio de casos y controles permite estimar el riesgo relativo con una precisión razonable, es decir, puede medir la magnitud de una hipotética asociación, así como evaluar la significancia estadística.

Para el estudio anidado de casos y controles⁽²⁴⁾, se consideraron casos a todos los sujetos diagnosticados positivamente por los entrevistadores de la segunda fase, que padecían trastornos no psicóticos, y cuyos síntomas habían comenzado en los últimos 12 meses. Los controles se seleccionaron al azar entre aquellos que, examinados por el equipo de investigadores, no cumplían ninguno de los criterios diagnósticos y, por lo tanto, se consideraron "libres de enfermedad". Las variables independientes del estudio fueron el estado migratorio, con sujetos clasificados por su estado migratorio, y posición en el mercado laboral formal, categorizados como desplazados del empleo (desempleados, subempleados) o empleados (asalariados, jubilados, empleadores). El análisis de casos y controles no produjo evidencia en apoyo de la hipótesis de una asociación directa y positiva entre la experiencia de migración y la ocurrencia de cualquiera de los trastornos no psicóticos estudiados. Sorprendentemente, tener un trabajo estable y regular en el mercado laboral formal no parecía proteger eficazmente contra el sufrimiento de tales trastornos. Sin embargo, el análisis estratificado mostró un patrón consistente de interacción entre las variables relacionadas con trabajo y género en la siguiente dirección: el empleo regular parecía ser de alguna manera un factor de riesgo para los hombres, pero no para las mujeres. Entre las mujeres, la actividad laboral doméstica se asoció con un mayor riesgo de todos

los trastornos estudiados. Mi conclusión fue que un servicio formal o trabajo industrial aparecía como una fuente de inquietud psicológica, un posible factor de riesgo para trastornos no psicóticos.

En el año 2000, coordiné un estudio transversal de trastornos psiquiátricos menores, alcoholismo y comorbilidad asociada en una muestra representativa de 2.303 residentes en Salvador, Bahía^(76,77,78). Nuestra hipótesis principal era que el género, las desigualdades sociales y étnico-raciales (básicamente el origen cultural afrobrasileño) eran factores de riesgo para la depresión, la ansiedad y el uso/abuso de sustancias. El estado de salud mental individual se evaluó mediante una lista corta de trastornos mentales comunes, tal como se define en el DSM-IV. La prevalencia general en 12 meses de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y abuso o dependencia del alcohol fue del 15%, 12% y 7%, respectivamente. La comorbilidad más común fue la depresión y ansiedad tanto en hombres como en mujeres. La razón hombre/mujer para el abuso de consumo de alcohol fue de 6:1⁽⁷⁷⁾. Los resultados del estudio mostraron la existencia de una relación de comorbilidad entre diagnósticos psiquiátricos y enfermedades crónicas, utilizando técnicas de análisis de componentes principales, una técnica gráfica para evaluar la coocurrencia de estados mórbidos en la investigación de base poblacional⁽⁷⁸⁾.

Este fue el primer estudio epidemiológico realizado en Brasil sobre los determinantes sociales de la salud mental que incluyó la raza/etnia y presentó un análisis de la interacción de los factores sociales (hoy en día conocida como "interseccionalidad"), mediados por el género⁽⁷⁶⁾. La ancestralidad africana o la raza/etnia se evaluó con una combinación de un sistema de clasificación racial y autoidentificación. Con respecto a la raza/etnia, la mayor prevalencia de depresión se concentró en los subgrupos *moreno* y *mulato*. Se encontró una asociación positiva de los trastornos de ansiedad con la educación y clase social; sin embargo, no se encontró ninguna asociación para el alcoholismo y el origen étnico. Los análisis de interacción de tres vías revelaron un fuerte efecto de género para los grupos

pobres y de clase trabajadora, en todos los estratos de raza/etnia, excepto los blancos. Las mujeres negras pobres tenían el mayor riesgo de todos (hasta nueve veces, en comparación con los hombres blancos, de clase media-alta, con educación universitaria).

Etnoepidemiología tipo II

La etiqueta “etnoepidemiología tipo II” incluye estudios sobre etno-modelos de representaciones y percepciones de la distribución y ocurrencia de enfermedades en las poblaciones, como las teorías comunitarias de contagio, transmisión y causalidad colectiva de la enfermedad⁽²⁶⁾. Esta noción implica comprender cómo las personas crean, comparten, organizan y usan un conocimiento común, una semiología popular y un sistema de signos y significados, que se construyen social e históricamente como redes semánticas para referirse a los fenómenos de salud-enfermedad. Los epidemiólogos tienden a ver estos modelos etnocéntricamente como taxonomías populares, representaciones sociales o construcciones culturales nativas, designando estos esfuerzos de explicar la realidad como “epidemiología popular”⁽⁷⁹⁾ o “epidemiología laica”⁽⁸⁰⁾. En contraposición, los antropólogos suelen ser más respetuosos del conocimiento popular, considerándolo legítimo en sí mismo, como en la exploración etnohistórica de Larrea⁽⁸¹⁾ sobre modelos miasmáticos de transmisión de enfermedades y en la etnografía de Caprara⁽⁸²⁾ sobre las nociones de contagio y curación en el Candomblé de Bahía, Brasil.

La etnoepidemiología tipo II se basa en el supuesto de que el conocimiento popular de los problemas de salud-enfermedad corresponde a un objeto etnocientífico. Por lo tanto, este enfoque puede constituir una contribución al respetar las formas en que las personas y los grupos a los que pertenecen clasifican las enfermedades, con respecto a las características, causas, formas y frecuencia con que ocurren. Esto implica ir más allá de la epidemiología convencional, limitada a la identificación de patologías y enfermedades, clasificadas y categorizadas desde un

punto de vista científico, superando un enfoque *etic* en el que el diagnóstico biomédico representa un idioma hermético, alejado de la visión del mundo de las personas e inaccesible a este. De hecho, este enfoque destaca a la etnoepidemiología como parte de la comprensión de la comunidad de sus propios problemas de salud y el desarrollo de acciones preventivas basadas en recursos sociales y clínicos locales, representados por los agentes y agencias terapéuticas del sector profesional, así como del sector popular, siguiendo la distinción propuesta originalmente por Kleinman⁽⁸³⁾.

Los antropólogos canadienses Gilles Bi-beau y Ellen Corin y sus colegas propusieron considerar el complejo de los procesos sociales y culturales relacionados con la salud como un sistema de signos, significados y prácticas (S/ssp, por sus siglas en castellano)^(22,84,85,86,87). La teoría S/ssp es un marco de referencia para un enfoque comunitario de las condiciones de salud mental y las respuestas sociales. Como objeto de conocimiento, las prácticas de salud mental solo pueden entenderse como densamente entrelazadas con signos y significados como parte de redes semánticas. En este enfoque, los comportamientos se consideran prácticas significantes que se desarrollan en la interfaz de restricciones estructurales, marcadores simbólicos y procesos sociales⁽⁸⁷⁾. Las narrativas son el efecto de las prácticas discursivas en la vida social, que pueden considerarse como sensores de la matriz representativa que apoya simbólicamente los comportamientos y prácticas de las personas con respecto a la salud.

La estrategia metodológica correspondiente a este marco teórico parte de dos presupuestos. El primero de ellos es que, a nivel de la praxis, las expectativas, los juicios y las reacciones de las personas no responden solo a las características objetivas de los signos y síntomas. También se guían por un conjunto más amplio de valores y normas asociados a la escena social y política local, que pueden variar según los eventos y las circunstancias. En segundo lugar, para definir y reconocer casos, los miembros de la comunidad no funcionan necesariamente identificando categorías de

pensamiento estrictamente delimitadas. Más bien, razonan y se comportan sobre la base de prototipos percibidos que, en conjunto, reflejan y establecen disyunciones y continuidades entre casos de acuerdo con una variedad de criterios (más o menos) precisos.

Desde 1993 a 1999, participé en una iniciativa de investigación destinada a aplicar el marco conceptual S/ssp en Bahía, Brasil. Para realizar el trabajo de campo se eligió, dentro de la región nororiental de Bahía, previamente etnografiada por Kottak⁽⁸⁸⁾, la sede del municipio y el centro comercial, dos aldeas vecinas de pescadores y varios asentamientos rurales dispersos. La primera etapa del trabajo de campo tuvo como objetivo identificar comportamientos que las personas asocian con problemas de salud mental, a través de entrevistas y observación participante. Esto fue planificado para asegurar una “ventana semiótica”, que permita el desarrollo y la aplicación de técnicas particulares de investigación sensibles al contexto. Se realizó una encuesta exhaustiva con los entrevistados de los principales grupos heterogéneos de cada comunidad, seleccionados mediante redes de relaciones, a fin de permitir un repertorio semiótico diversificado y evitar una concentración excesiva de entrevistados del mismo grupo social. En la tercera etapa de la investigación, las historias de casos identificadas por informantes claves se reconstruyeron más tarde en entrevistas en profundidad, que proporcionaron los datos centrales sobre signos, significados y comportamientos relacionados con cada caso identificado. Durante todo el proceso de investigación, se prestó especial atención a los bastidores etnográficos del trabajo de campo, así como a una evaluación exhaustiva de su historia social.

En las áreas rurales, la encuesta extensa incluyó sujetos de todas las procedencias, particularmente, en términos de áreas y de género, pero también considerando otras fuentes de diversidad. En esa encuesta, los “casos” se identificaron en términos de comportamientos descritos con base en prototipos y no a partir de etiquetas diagnósticas. El protocolo de investigación no asumió una necesaria asociación entre ninguno de estos

comportamientos y ciertas etiquetas supuestamente negativas. A veces, la etiqueta de enfermo mental se usaba en las narrativas producidas por familiares cercanos, como un medio para dar cuenta de lo inapropiado del comportamiento de la persona. Esto significa que, en lugar de comenzar un proceso de etiquetado, la investigación puede haberse convertido en una herramienta importante en la búsqueda diaria de las personas para elaborar sus narrativas como verdaderas u objetivas, siempre que sea posible. De acuerdo con la teoría del etiquetado^(89,90), una vez que una persona es etiquetada como desviada, toda una serie de reacciones sociales contribuyen a menudo al agravamiento de los comportamientos inicialmente mostrados e interpretados como signos de locura. Las reevaluaciones de esta teoría han señalado los efectos positivos del etiquetado cuando la rehabilitación psicosocial está disponible⁽⁹¹⁾.

Los resultados de este estudio etnoepidemiológico se han comunicado en diferentes publicaciones. El efecto del etiquetado y el estigma en el resultado de los casos identificados en el estudio de Bahía se analizó en otra publicación⁽⁹²⁾. Las prácticas y acciones en las que participan los casos y los miembros de la familia se clasificaron como manejo terapéutico comunitario, definido como un conjunto de iniciativas de redes sociales para enfrentar dificultades relacionales y signos de inadaptación como resultado del problema de salud mental⁽⁹³⁾. Además, se analizaron las estrategias de atención diaria, el comportamiento de búsqueda de tratamiento y los esfuerzos para la rehabilitación social y reintegración de los sujetos⁽⁹⁴⁾, y se estudió el perfil de un conocido sanador religioso que estuvo activo en el área durante el trabajo de campo⁽⁹⁵⁾. Los modelos explicativos de etiología, transmisión y pronóstico utilizados por la comunidad fueron objeto de un análisis separado⁽⁹⁶⁾.

Etnoepidemiología tipo III

Para responder a la demanda de una mayor reflexividad en la ciencia epidemiológica y considerar las aplicaciones aún incipientes

de los métodos etnográficos para el estudio de la práctica científica en el campo epidemiológico, me gustaría proponer una “etnoepidemiología tipo III”. Esta rama de la perspectiva etnoepidemiológica tiene como objetivo explorar las posibilidades, y también los límites, del propio proceso de producción de conocimiento en el campo científico de la epidemiología, particularmente, evaluando su impacto en el campo de la salud colectiva. En esta perspectiva, al reconocer que los hechos científicos no se dan, sino que se hacen como consecuencia de la praxis social, se postula que la ciencia construye, organiza y ordena los hechos, la realidad conocida, fuera de un contexto caótico desordenado. Sin embargo, este ordenamiento puede interpretarse considerando los recursos y la información que demanda el contexto en el que surge la oferta de conocimiento y tecnología, así como la demanda social de hechos científicos que organiza la vida social. Por lo tanto, debe admitirse que la ciencia, como cualquier práctica social e histórica, también está a merced de circunstancias, historias, temas y, esencialmente, relaciones de poder⁽⁹⁷⁾.

El uso de enfoques etnometodológicos para el estudio de la construcción del hecho científico ha sido orientado por el trabajo pionero de Bruno Latour y Steve Woolgar en *Laboratory life: the social construction of scientific facts*⁽⁹⁸⁾. El presupuesto básico de esta línea de investigación es que, además de los fundamentos lógico-filosóficos, el enfoque temático y los problemas metodológicos, la producción organizada del conocimiento científico se lleva a cabo en una compleja red institucional operada por agentes históricos concretos, directamente conectados con el contexto sociopolítico⁽⁹⁷⁾. Entre los numerosos estudios sobre la organización social de las ciencias, varios académicos^(98,99,100) han elegido equipos y laboratorios dedicados a la investigación en salud como sus espacios de investigación. Se puede revisar a Lynch⁽¹⁰¹⁾ para una completa revisión y Biagioli⁽¹⁰²⁾ para una amplia muestra de este programa de investigación. Se realizaron etnografías de enfermería en hospitales⁽¹⁰³⁾, proyectos de investigación en salud pública⁽¹⁰⁴⁾ y ensayos

clínicos⁽¹⁰⁵⁾. Sin embargo, hasta donde conozco, no se han desarrollado abordajes de este tipo para estudiar la práctica de la investigación epidemiológica en general. Como excepción, encontré algunos estudios etnográficos de investigaciones epidemiológicas, todos ellos realizados en Brasil^(62,106,107).

Desde 1997 a 2000, se realizó un estudio ecoepidemiológico para evaluar el impacto en la salud a través del Proyecto Bahía Azul, un programa de saneamiento ambiental en la Bahía de Todos los Santos, Bahia, Brasil^(106,107). Paralelamente a la encuesta de hogares, Larrera-Killinger et al.⁽¹⁰⁷⁾ llevaron a cabo una observación participante de la dinámica social y cultural cotidiana de 62 familias, con el objetivo de inocular una mayor sensibilidad etnográfica en el equipo epidemiológico. Las técnicas etnográficas empleadas fueron entrevistas en profundidad, historias de vida, datos genealógicos, observaciones sobre salud y saneamiento, mapeo, filmación, fotografía y actividades comunitarias, antes y después de la instalación del sistema de alcantarillado. El objetivo principal de la investigación fue comprender las relaciones entre las enfermedades transmisibles y la eliminación de basura, así como con otros factores ambientales, para ayudar a la construcción de un modelo conceptual para la interpretación de los resultados. Al tratar abiertamente de evitar la reducción de las dimensiones socioculturales (familia, género, higiene, etc.) a las variables de exposición, los etnógrafos encontraron dificultades iniciales en el diálogo para redactar la herramienta de recopilación de datos, un cuestionario destinado a respetar las realidades locales e integrar categorías de uso local. Además de refinar los criterios para la elección de los entrevistados y la selección y capacitación de los entrevistadores, estudiaron cómo el enfoque antropológico ayudó a mejorar la recopilación de datos y a promover la participación de los epidemiólogos en las actividades locales, lo que permitió una mayor aceptación de la investigación por parte de los entrevistados de la comunidad de estudio. A propósito, el informe de investigación tiene el sugerente título de *Epidemiólogos que trabajan junto con antropólogos*⁽¹⁰⁷⁾.

Las actividades diarias del personal científico activo en diferentes subprogramas del Proyecto Bahía Azul, investigadores, técnicos y estudiantes también fueron objeto de un estudio etnográfico realizado por Silva⁽¹⁰⁶⁾, que señala que los entrevistadores de campo desempeñaron el papel de mediadores en el proceso de producción de registros epidemiológicos con respecto a la incidencia de diarrea en niños pequeños, el primer paso para transformarlos en datos. Estos entrevistadores fueron responsables de la generación, mantenimiento y circulación de datos, en la medida en que pudieron establecer un diálogo confiable dentro de su propia “cohorte” espontánea, lo que hizo posible la comunicación entre los integrantes del proyecto y los residentes de los barrios investigados. En la ejecución diaria del proyecto, se movilizaron estrategias informales para superar los momentos de resistencia o desinterés por parte de los entrevistados, a fin de garantizar el seguimiento de los casos⁽¹⁰⁶⁾. En esos momentos, y observando la dinámica familiar, los entrevistadores abandonaron el protocolo de investigación, creando una relación de mayor intimidad, lo que permitió una producción de narrativas que, paradójicamente, hicieron posible cumplir los objetivos de la investigación epidemiológica. Por lo tanto, en la dinámica del trabajo de campo epidemiológico, considerando el ruido o las interferencias por las traducciones e interpretaciones, así como la resistencia de los informantes, hubo espacio para la negociación y el posicionamiento, buscando lograr un efecto práctico para la producción y circulación de datos científicos⁽¹⁰⁶⁾.

Más tarde, Silva se unió a un equipo de investigación dedicado a observar la experiencia en la implementación y desarrollo de un estudio etnoepidemiológico sobre las condiciones de vida y las formas de vida entre travestis y mujeres transexuales, mientras investigaba factores determinantes para la infección por VIH, sífilis y hepatitis⁽⁶²⁾. Los datos etnoepidemiológicos fueron generados por una “encuesta formativa” para mapear la población, que fue crucial para orientar la encuesta epidemiológica. Los autores

identificaron que la producción de datos etnoepidemiológicos planteó un desafío diario para los investigadores, provocando una serie de reflexiones sobre los límites de los conceptos y categorías epidemiológicos para traducir la diversidad de las prácticas y experiencias de los participantes del estudio.

En realidad, en este proceso continuo y heterogéneo, con participación articulada de sujetos humanos y dispositivos de investigación, los momentos más inmediatos e individualizados de producción científica se desviaron de alguna manera de la producción de narrativas formales y ordenadas. En el curso de este desplazamiento, un mundo aparentemente confuso, disperso y distante se transcribió en formularios, hojas de cálculo, tablas y gráficos. Los números organizados sistemáticamente (tamaño de la muestra, observaciones, datos faltantes, distribuciones de frecuencia), mediados por agentes humanos productores de discursos, llegaron a los informes traducidos por signos de confiabilidad, validez, significancia, para la indicación y promesa de nueva información, perspectivas analíticas y despliegue de trabajos futuros. Eso es lo que Silva⁽¹⁰⁶⁾ denomina proceso de mediación, que es bastante similar a los hallazgos de etnografías de laboratorios y de entornos experimentales^(98,100).

Un enfoque etnográfico de la investigación epidemiológica puede recuperar en la práctica científica un sentido de intercomunicación entre distintas subculturas científicas, sin olvidar sus especificidades como disciplinas. El papel de la etnografía de la práctica científica implica, por lo tanto, traducciones y transcripciones que originalmente no se habían planteado en la historia temprana de la antropología aplicada. La “escucha etnometodológica” de los mediadores de la práctica científica permite identificar elementos de la praxis social que conforman las múltiples estrategias de investigación, prácticas y conocimientos (científicos y no científicos) que coexisten en la vida cotidiana de la investigación epidemiológica. Separados por procesos históricos, estos campos del conocimiento humano ahora pueden buscar un nuevo movimiento de convergencia.

En la investigación de salud mental, los datos epidemiológicos, en general, son “encuestados” por medio de dispositivos lingüísticos tales como cuestionarios e inventarios de síntomas. En esta área de investigación no se ha prestado mucha atención a los significados sociales y culturales asociados a la información generada por las recolecciones de datos poblacionales. De todos modos, necesitamos traer al contexto de análisis y discusión, casos, narraciones y significados de la atención de la salud y la enfermedad que se convertirán en datos importantes para comprender los modos de vida de las personas y los grupos. En este proceso, limitado por las condiciones de producción científica real en entornos de investigación concretos, la ciencia en general se pierde en particularidad, materialidad y multiplicidad que, puntualmente en la investigación epidemiológica, se recuperará en el cálculo, la estandarización y circulación de la información. Las descripciones etnográficas de la práctica epidemiológica de este tipo es lo que propongo a continuación para clasificar como etnoepidemiología tipo III.

La etnoepidemiología tipo III, en este sentido peculiar de una etnografía de la práctica epidemiológica, produce importantes reflexiones sobre las posibilidades reales de intercambio entre diferentes lenguas o culturas epistémicas. En este sentido, cuando los actores, intereses, conflictos y lenguajes que circulan en la rutina diaria de la producción epidemiológica se destacan, tenemos la oportunidad de comenzar a problematizar la existencia de límites precisos o fronteras rígidas que separan y organizan el conocimiento y las prácticas (científicas y no científicas) dentro y entre disciplinas⁽⁹⁷⁾. Es decir, en las interacciones entre investigadores, profesionales y poblaciones existen diferentes hábitos y trayectorias culturales, resistencias y reacciones derivadas de comunidades e informantes, obstáculos materiales que limitan las respuestas, estrategias utilizadas en su producción, intereses sobre los datos, habilidades personales, etc. Es importante resaltar que incluso la producción de datos biomédicos, las formas y procedimientos de

recolección de muestras biológicas, la realización de exámenes clínicos, la aplicación de cuestionarios e inventarios, el procesamiento de narrativas y observaciones ocurren en contextos específicos. Para Morgan-Trimmer y Wood⁽¹⁰⁵⁾, quienes abogan por el uso de métodos etnográficos para la evaluación de procesos de ensayos controlados aleatorios, la reflexividad ayuda a manejar “la tensión entre reconocer la interpretación que se produce al producir datos y al tratar de presentar una explicación válida de cómo funciona una intervención en un contexto dado”.

ETNOEPIDEMIOLOGÍA EN SALUD MENTAL

En el campo de la salud mental, que trata con procesos socioculturales y psicológicos, una noción pura de objetividad no es aplicable porque los signos de comportamiento anormal y los síntomas de sufrimiento psíquico no son fácilmente distinguibles de la variación del comportamiento normal y, por esa razón, no son correlatos directos de los procesos subyacentes de la enfermedad. También son metáforas personales y colectivas que, a menudo, condensan distintas redes de significado con un significado cultural compartido. De hecho, la dimensión experiencial y subjetiva del investigador como un constructor epistémico son relevantes para enfrentar algunos de los problemas del trabajo de campo o de los proyectos de investigación, a fin de ayudar a equilibrar la noción de realidad objetiva y la construcción social del conocimiento.

Particularmente, en la investigación en salud mental, las descripciones de prototipos, las taxonomías comunitarias, los glosarios, las narraciones, los documentos, las inscripciones, los trabajos de campo y otros objetos, los modelos y métodos etnográficos deben ser tenidos en cuenta para lograr una integración conceptual efectiva de los abordajes internos y externos. En este sentido, teóricamente hablando, las distinciones entre los enfoques de tipo I y tipo II pueden

interpretarse a través de líneas menos absolutas y más relativas. Para una perspectiva “relativista atenuada” o un “discurso crítico transdisciplinario”, para usar el término de Lynch⁽¹⁰¹⁾, la praxis de la investigación científica es lo que permite superar las relaciones descontextualizadas de la ciencia con su objeto, lo que abre oportunidad para la investigación etnoepidemiológica tipo III.

La investigación etnoepidemiológica definitivamente necesita ir más allá del estudio de las diferencias étnicas y las inequidades sociales en salud, como lo hizo la epidemiología cultural en el pasado y la epidemiología social en la actualidad. Deberá incluir en su problemática la praxis social y el contexto de la investigación de campo, así como las condiciones de vida de las poblaciones estudiadas y la dinámica de la vida cotidiana. Uno de los efectos no deseados de cualquier enfoque pragmático podría ser una “textualización” de los procesos de la vida que sirven demasiado bien a los productores de conocimiento, incluso si supuestamente es para el bien o la emancipación de las personas. Por supuesto, esto es terreno fértil para las críticas. Para hacer de la etnoepidemiología una herramienta eficaz para la transdisciplinariedad, los componentes éticos y políticos deben ponerse en reflexividad. Por lo tanto, necesitamos conocer mejor y en más profundidad las condiciones de producción, validación y circulación del conocimiento epidemiológico. Desde Latour y sus colegas, sabemos que la ciencia es una práctica social realizada en ubicaciones bien delimitadas y fijas (laboratorios), en ubicaciones no limitadas pero fijas (observatorios) y en ubicaciones no limitadas y no fijas (campos, sitios, etc.)^(97,98,99,100,101). A pesar de las diferencias obvias en las estrategias y técnicas involucradas, cualquier ubicación científica es construida socialmente por la práctica diaria de la investigación.

Mi experiencia como investigador en el contexto bahiano puede guiar algunas reflexiones sobre las posibilidades de integración de la teoría antropológica en la investigación de salud mental orientada epidemiológicamente. La lección para aprender de estos estudios es

que el primer paso hacia la construcción teórica de la etnoepidemiología es ampliar el alcance de la epidemiología psiquiátrica como un subcampo de investigación. En este sentido, la investigación en salud mental debería implicar el estudio no solo de problemas mentales y afecciones relacionadas, sino también representaciones de la salud mental en las esferas de la vida, el trabajo y el ocio. Esto implica atribuir significado y sentido a las categorías epidemiológicas convencionales como riesgo, grupos de riesgo, factores de riesgo y sus efectos, así como una mejor contextualización de los modelos histórico-culturales de salud mental y sus determinantes.

Por lo tanto, cualquier interpretación teórica de los estudios etnoepidemiológicos tipo I presentados anteriormente debe considerar la cuestión fundamental del significado. El razonamiento epidemiológico convencional basado en la interacción de factores de riesgo, variables de confusión e interacción puede ser inútil en este caso. Por ejemplo, ¿cómo explicar que, a partir de estos estudios^(24,76), el empleo protegía solo a las mujeres, pero no a los hombres? Para dar sentido a estos hallazgos, uno debe admitir que el mismo factor de exposición (como un trabajo regular o la falta de este) puede tener significados distintos para géneros diferentes, en contextos culturales diversos, para variados grupos étnicos, en momentos distintos. En síntesis, el significado social y personal de estar desempleado o subempleado varió con las desigualdades de género, etnicidad, generación y la diversidad del contexto sociocultural. Por supuesto, a pesar de proporcionar pruebas contundentes de los límites del enfoque de factores de riesgo para la investigación en salud mental, el alcance de estos estudios fue demasiado estrecho para ser ejemplar de la complejidad implicada en la relación diversidad humana - desigualdad social - salud mental.

Con respecto a los enfoques etnoepidemiológicos de tipo II, permítanme considerar algunas implicaciones para la indagación de problemas de salud mental, utilizando estrategias transdisciplinarias de trabajo en equipo y en múltiples sitios, para articular los resultados de la investigación en modelos

conceptuales potencialmente nuevos y más amplios. Para avanzar en la comprensión de este tema relevante, los marcos explicativos integrales pueden basarse en el análisis de las condiciones de vida y los procesos de reproducción social de la vida cotidiana. Un modelo teórico en esta escala debe incorporar los elementos claves de teorías anteriores en una estructura explicativa más avanzada, partiendo de la contribución histórica de la epidemiología social clásica, según las revisiones de Berkman y Kawachi⁽¹⁾ y Trostle⁽⁹⁾. Tal teoría debería cuestionar los sistemas simbólicos y analizar las diferencias en las situaciones de salud mental de los colectivos de género y étnicos, las instancias de reproducción social, las redes sociales familiares y, en paralelo, las relaciones entre las clases sociales en la vida cotidiana.

En EEUU, varias cuestiones críticas de la historia social y la economía política, relacionadas con este complejo nodo conceptual, han sido desarrolladas desde perspectivas críticas del campo de la antropología médica⁽¹⁰⁸⁾ y la epidemiología social⁽²⁾. En este enfoque, la dinámica de las clases sociales y el proceso de trabajo propiamente dicho se toman como determinantes directos de las condiciones de vida y, de forma indirecta, como factores que condicionan los estilos de vida. Paralelamente, en el proceso de construcción social de la identidad del grupo, los sujetos humanos se colocan en la estructura simbólica de acuerdo con su posición cultural, étnica, de género y generacional⁽⁸⁶⁾.

Los académicos argentinos Mario Testa⁽¹⁰⁹⁾ y Juan Samaja^(110,111) han apoyado una nueva generación de epidemiología social en América Latina, capaz de lidiar con las relaciones entre el modo de vida y la salud en las esferas de las prácticas y la reproducción social. Samaja⁽¹¹⁰⁾ considera que “no son las tasas las que nos dicen sobre la salud y la enfermedad en la población, sino su distribución en la *“discursividad de la vida cotidiana”* de esa población”. Esto es así porque “la fuente misma del significado [...] deriva del dinamismo de las estructuras del *“mundo de la vida”*”⁽¹¹⁰⁾ (curvas añadidas). Por lo tanto, para estudiar la distribución diferencial de los riesgos en las

poblaciones, la investigación epidemiológica debe invertir en la producción de sentido, incluidos los procesos de la vida diaria capaces de dar cuenta de la producción de sentido o de la ausencia de su producción. El problema general de este programa de investigación es cómo abordar las categorías conceptuales de las condiciones de vida, la vida diaria, la visión del mundo y el modo de vida, teórica y metodológicamente.

En términos teóricos, Samaja⁽¹¹¹⁾ ha desarrollado la cuestión de las condiciones de vida y sus relaciones con la reproducción social y la salud en general. El ciclo de reproducción social y las formas de producción de la vida social, expresiones concretas del modo de vida, configuran las formas en que los individuos perciben y expresan situaciones de malestar y bienestar, los signos conductuales y corporales se transforman en síntomas expresivos de aflicción. Como participantes diarios en redes semánticas y en relaciones de poder, los individuos construyen su visión del mundo a través de prácticas sociales que dan forma a un modo de vida dado. A su vez, el modo de vida determina ciertas condiciones de vida (garantizadas directamente por ingresos o indirectamente por políticas sociales) y estilos de vida, que comprenden un corpus de percepciones y prácticas. La idea del modo de vida incluye la dinámica de las clases y las relaciones sociales de producción, siempre a la luz de los aspectos simbólicos de la vida cotidiana en la sociedad. El modo de vida predominante en la sociedad impulsa una dinámica compleja articulada a sistemas de signos, significados y prácticas, como se vio anteriormente. Tales sistemas simbólicos están estrechamente relacionados con los hechos sociales de la vida, la salud y el sufrimiento, es decir, las prácticas de la vida diaria⁽¹⁰⁹⁾. A pesar de los avances recientes, se debe profundizar la teoría del “modo de vida”, las condiciones de vida y los estilos de vida, a fin de prepararla para abordar los determinantes-procesos-efectos sobre los procesos individuales y colectivos de atención de la salud mental-enfermedad, desde un punto de vista de la etnoepidemiología tipo II.

En términos metodológicos, como para otras ciencias sociales aplicadas a la salud,

la antropología médica enfrenta el dilema de tener en cuenta los procesos locales y globales relacionados con los problemas de salud en las sociedades contemporáneas. Por su alcance a pequeña escala, tanto el método etnográfico convencional como el enfoque clínico parecen tener una cobertura limitada, en su mayoría adecuada para el estudio de procesos locales dentro de los límites de grupos humanos bien delimitados⁽¹¹²⁾ o la experiencia personal de casos individuales⁽¹¹³⁾. Alternativamente, la simplificación metodológica de la “evaluación rápida”, tan popular en el campo de la antropología médica en la década de 1980, mostró cierto potencial para el estudio de procesos globales extensos. Desafortunadamente, al reducir dimensiones complejas tales como los significados y prácticas sociales a estimadores y parámetros, estos enfoques terminaron siendo una especie de “epidemiologización” de la etnografía. Tal tendencia, que fue identificada por Eduardo Menéndez⁽⁶⁹⁾, sugirió que podría existir un flujo de influencia interdisciplinaria del pensamiento médico sobre la antropología, en este caso particular como una imposición de razonamiento epidemiológico sobre la investigación antropológica médica.

En el deseado intercambio entre antropología y epidemiología, que inspiró a la etnoepidemiología como una formación transdisciplinaria, por supuesto que algunas soluciones no responden completamente a esta demanda, pero al menos permiten un avance razonable hacia una integración metodológica factible. De antemano, el conocimiento simbólico y praxiológico es necesario para un tratamiento más concreto de estos problemas y para llegar a las personas que están excluidas o invisibilizadas a través de las estructuras sociales. Esto implica desarrollar una tarea científica especial para satisfacer estas demandas, capaz de abordar problemas de investigación complejos con estrategias igualmente complejas, combinando técnicas de producción de datos y recursos analíticos en diferentes niveles epistemológicos.

En el campo de la salud mental, la etnoepidemiología puede promover encuadres antirreduccionistas con una actitud transdis-

ciplinaria que tome la investigación de la atención de la salud y la enfermedad como objetos complejos. Esto es lo que Agar⁽²⁹⁾ postuló como una línea de base para la reconstrucción epistemológica, teórica y metodológica hacia una nueva epidemiología, advirtiéndonos que superar viejos paradigmas no sería una tarea fácil. En Martinica, Massé⁽²⁸⁾ postuló que un enfoque sociopsicoanalítico de la angustia sería demasiado limitado y corto para considerar “la memoria a largo plazo de las poblaciones colonizadas” y, recurriendo al pensamiento de Frantz Fanon, ha propuesto una “etnoepidemiología crítica”. En este sentido, el colonialismo, la esclavitud, la opresión y su “avatares de identidad y psiquismo patogénicos” no deben tomarse como causas emblemáticas aisladas de las realidades sociales y culturales, superando “la cautivadora denuncia del marco estructural político y económico neocolonial que consagra las relaciones de dependencia y dominación”⁽²⁸⁾.

INTEGRACIÓN METODOLÓGICA

Con relación a la etnoepidemiología tipo I, así como del tipo II, debemos fundamentalmente buscar una estrecha integración metodológica. Por un lado, esto implica ampliar la idea de etnografía, para llegar a un mayor número de individuos, ya sea como encuestados o como casos, mediante la adopción de nociones renovadas de validez, muestreo y representatividad. Por otro lado, para la investigación epidemiológica, esto significa utilizar técnicas etnográficas en profundidad como una forma de incorporar la diversidad cualitativa, subjetiva y contextual como parte de una perspectiva basada en la población⁽²⁷⁾. Este punto será muy importante para evaluar las nuevas posibilidades metodológicas abiertas por las estrategias etnoepidemiológicas para la producción de conocimiento.

El presupuesto que identifica polaridades metodológicas, tales como generalidad *versus* profundidad continua, o cantidad *versus* calidad, es una de las ideas fundamentales

que hacen posible que la etnoepidemiología emerja como una alternativa en el campo científico. Dado que, idealmente, ambos polos deberían estar presentes al mismo tiempo en una investigación, en la primera polaridad, el desafío será descubrir formas diferentes y apropiadas para deconstruir (y luego recuperar) estas dialécticas como contradicciones⁽²⁵⁾. Para esto, es necesario combinar las propiedades de diferentes estrategias de investigación. En cuanto a la segunda polaridad, no hay continuidad ni contradicción entre cantidad y calidad⁽²⁵⁾, ni este es ningún tipo de gradiente. En realidad, se trata de arreglos diseñados para producir de manera más eficiente el conocimiento sobre problemas concretos de la naturaleza, la cultura, la sociedad y la historia.

Como sabemos, los estudios poblacionales estilo “*epid*” se han basado en el empirismo, modelos de exposición-riesgo-resultado y la evidencia definida por la objetividad “*etic*”, mientras que la etnografía está enmarcada por la fenomenología, la integración y la comprensión de la subjetividad “*emic*”. Como comenté en otra parte⁽²⁵⁾:

...la intensidad, profundidad y apertura del estilo etnográfico de investigación lo recomiendan como la forma más efectiva de abordar problemas inexplorados y modelar nuevos objetos científicos (o explorar temas antiguos a través de formas innovadoras y originales) en el campo de la salud colectiva. Además, la etnoepidemiología es una posibilidad única de comprender objetos de conocimiento que son insubordinados al razonamiento inductivo convencional característico de la epidemiología moderna.

Hay varias formas creativas de integrar las llamadas estrategias y técnicas de investigación cualitativa en una metodología etnoepidemiológica. La integración del potencial generalizador de un tipo de estudio con la capacidad de profundizar en otro estudio se puede lograr de varias maneras, entre las cuales se destacan las siguientes posibilidades:

1. Los enfoques en profundidad pueden proporcionar información crucial para la validación de las herramientas de investigación típicas de los estudios epidemiológicos.
2. Los datos producidos a través de técnicas antropológicas pueden ser una rica fuente de conocimiento para el proceso de modelado teórico en la investigación epidemiológica.
3. Las técnicas etnográficas pueden contribuir a la formulación de hipótesis de trabajo, como resultado del examen de historias de casos “típicos” que abarcan temas básicos de las preguntas de investigación en discusión.
4. Los enfoques de este tipo pueden eventualmente ayudar a la interpretación de los resultados epidemiológicos, al ilustrar asociaciones más complejas a través de estudios de casos o hallazgos etnográficos.
5. En un proceso de integración metodológica profunda, las técnicas menos estructuradas pueden ayudar a componer estrategias mixtas o híbridas de investigación epidemiológica, a fin de superar la distancia de la realidad inherente a diseños más estructurados.

En términos metodológicos, en principio, hay un problema fundamental en todas estas opciones: la forma en que la metodología científica, en el campo de la salud, ha tratado las llamadas variables “independientes”. La superficialidad con la que se tratan las variables independientes en la investigación epidemiológica (un problema poco reconocido pero muy frecuente en este campo de investigación), puede atenuarse desarrollando instrumentos de recopilación de datos mediante, por ejemplo, entrevistas en profundidad, para generar validez y criterios de fiabilidad. Este conjunto de procedimientos ya es rutinario en la investigación epidemiológica solo en relación con la variable dependiente del resultado. La investigación epidemiológica de los problemas de salud relacionados con algunos objetos de estudio de la antropología social (como problemas familiares, diferencias étnicas, desigualdad social, etc.) solo tiene que beneficiarse del

desarrollo de instrumentos simplificados basados en estándares confiables y conceptualmente válidos. En términos generales, las ciencias sociales pueden tener, para las variables independientes en epidemiología, el mismo papel que desempeñarían las llamadas ciencias básicas de la salud en relación con sus variables dependientes⁽²⁵⁾.

Permítanme usar un ejemplo concreto para ilustrar el caso de la integración metodológica radical o profunda, relacionada con la opción 5 antes mencionada. En un diseño de investigación estructurado, como un estudio de casos y controles, es posible que hayamos combinado una técnica clínica no estructurada para la identificación de casos de enfermedad mental con una técnica sociohistórica no estructurada (como la historia oral familiar) para la definición de exposición, con relación a la clase social como variable independiente. En este ejemplo, aunque se utilizan técnicas de identificación de casos no estructuradas, la estrategia de investigación estructurada de un diseño de casos y controles se mantiene. Incluso podría ser experimental si quisiéramos, si tuviéramos los recursos para hacerlo, y si este enfoque permitiera responder algún problema de investigación interesante. Por lo tanto, estudios bien realizados pueden emplear varias técnicas menos estructuradas y, teniendo en cuenta su arquitectura general, la estrategia de investigación seguirá siendo rigurosamente estructurada. De todos modos, los diseños híbridos permiten combinar una evaluación narrativa con generalización de los análisis dentro de estrategias de investigación más o menos abiertas, y viceversa. Los estudios etnoepidemiológicos tipo I, como un estudio de casos y controles “anidado” en una estrategia transversal, un estudio de cohorte en paralelo a un estudio de caso de submuestra específico, o una encuesta con múltiples etapas de identificación de casos pueden corresponder a ejemplos de este tipo, como se revisó anteriormente.

Siguiendo las premisas epistemológicas establecidas por Samaja⁽¹¹⁴⁾, un paso preliminar para evaluar la validez de los diseños de investigación relacionados con la ciencia

etnoepidemiológica es considerar la distinción entre *estrategia* de investigación y *técnica* de investigación, señalando su utilidad para evaluar críticamente la idoneidad de la metodología a los objetivos de la investigación. La *estrategia* de investigación consiste en el plan global de una investigación dada, que comprende el conjunto y la secuencia organizada de definiciones, preparación, pasos, procedimientos y aplicación de técnicas. Corresponde a la arquitectura general de un estudio científico dado. Una *técnica* de investigación es equivalente a las tácticas (o movimientos de campo) del proceso de investigación, con relación a los procedimientos para la producción de datos (a menudo llamados “recopilación de datos”). Tal distinción no parece ser un problema en relación con la investigación cuantitativa convencional, pero puede surgir mucha confusión con relación a los estudios de base comunitaria o de colectivos, por ejemplo, al considerar la “encuesta” como una técnica o la observación participante o entrevistas en profundidad como una estrategia de investigación. Los estudios de caso o de colectivos, las etnografías, las encuestas, el seguimiento, los ensayos clínicos, los estudios experimentales son estrategias de investigación; mientras las entrevistas, las observaciones, la observación participante, la aplicación de cuestionarios, la recolección de registros, la compilación de documentos de archivo, los exámenes clínicos, las mediciones físicas, las pruebas de laboratorio son técnicas de investigación.

Existen interesantes posibilidades de seminar técnicas calificadas como cualitativas en estrategias amplias de investigación, a través de procesos que podríamos llamar de hibridación metodológica. Permítanme proponer una tipología de híbridos metodológicos relacionados con la estrategia de investigación:

- **Combinación:** diseño o estrategia de investigación que utiliza, o articula en el plan logístico, técnicas de diferentes extracciones metodológicas. En cuanto se ensambla un diseño de investigación completamente

estructurado, se pueden emplear técnicas no estructuradas para la producción de datos.

- *Compuesto*: los estudios de campo etnoepidemiológicos planificados como una composición de diferentes estrategias de investigación pueden formar un compuesto metodológico. Los compuestos son estrategias mixtas con dos o más etapas o secciones en el mismo estudio.
- *Complejo*: con menos frecuencia, los estudios observacionales en salud pueden adoptar la forma de complejos metodológicos, cuando las estrategias, las técnicas, las herramientas y los procedimientos de investigación forman un diseño integrado orgánicamente.

Los elementos de una combinación o de un compuesto siempre se pueden separar. Si tenemos un primer paso y un segundo o tercer paso, y cada uno de ellos tiene características distintas, a veces podemos realizar dos subestudios en secuencia o en paralelo. El desafío metodológico será lograr que dialoguen para articular, lógicamente y analíticamente, el mosaico de conocimiento sobre el problema. A su vez, los complejos son híbridos metodológicos verdaderos, en los cuales no podemos separar los elementos que, dentro del estudio, tienen el mayor grado de estructuración de aquellos que tienen grados más bajos de estructuración. El complejo metodológico termina siendo único, integral e inseparable, ya que es un complejo integrado por el diseño, la estrategia, los instrumentos y las técnicas sin ensamblar. Luego, el equipo de campo se preocupa más por la viabilidad de operar una estrategia de investigación compleja compuesta por una amplia variedad de tácticas de campo.

Particularmente, en relación con la investigación en salud mental, para superar las divisiones cualitativo-cuantitativas^(8,27,115), los estudios etnoepidemiológicos de tipo I pueden utilizar estrategias de investigación híbridas. Permítanme explicar este punto, utilizando como ejemplo los estudios discutidos anteriormente. Un diseño de casos y controles –un clásico de la epidemiología de

los factores de riesgo– puede ser combinado con técnicas menos estructuradas para la producción de datos para estudiar los efectos nocivos de la inequidad en salud mental. Para las variables independientes, podemos abordar el origen de la clase social y la situación de las personas a través de sus antecedentes familiares, con base en tipologías, indicadores o formas de clasificación de sujetos. Para la variable resultado, podemos usar una definición flexible de diagnóstico clínico, empleando un juicio clínico no estructurado como técnica de identificación de casos.

Sin embargo, desde un punto de vista metodológico, la etnoepidemiología no significa simplemente una superposición de métodos originados en campos científicos supuestamente disonantes. Una mera combinación de técnicas de investigación puede tener un valor limitado para la hibridación conceptual y metodológica deseada. Desde esta perspectiva, los “combos” de investigación, incluso los más atractivos, pueden ser útiles solo si buscamos una integración teórica y metodológica efectiva de distintos campos de investigación. Solo entonces tales innovaciones pueden convertirse en instancias de fertilización cruzada que mejorarán la validez interna de los procesos de producción de datos, a fin de considerar tanto la profundidad como la diferencia, la distancia y la diversidad en la misma acción de investigación. En este proceso, podemos contar con una reevaluación de las estructuras de investigación que hasta ahora carecen de prestigio, como estrategias etnográficas, estudios de caso y diseños ecológicos.

Sin embargo, podemos cuestionar este enfoque argumentando que la investigación sobre un problema de salud dado no puede basarse solo en un protocolo estructurado para la selección de sujetos, considerando que este enfoque no es capaz de responder la pregunta de investigación y, por lo tanto, no será útil para resolver un determinado problema científico. Una vez más, Menéndez⁽⁷¹⁾ puede ayudarnos, ahora con su noción de actores sociales significativos, personas que son fuente de información prioritaria por la importancia que tienen respecto al problema

de salud bajo escrutinio, clave para que los criterios de selección sean aplicados “para observar correctamente a los sujetos que tienen que ver con el problema que quieren estudiar, y no solo a cualquier sujeto que sea entrevistado”, después de una selección por muestreo aleatorio. En este caso, sería mejor identificar tipos o categorías especiales en una población y crear una muestra para incluir estos subgrupos. A esto se denomina “muestreo por modelos elegidos”. Es una estrategia de muestreo que provocó mucha controversia a principios del siglo XX, en los primeros días de las estadísticas modernas⁽¹¹⁶⁾. De hecho, las formas no paramétricas de muestreo dieron paso a formas paramétricas, basadas en supuestos de estocasticidad y homogeneidad. Cuando se selecciona un grupo de sujetos para componer una muestra aleatoria simple, todos los miembros del grupo son homogéneos con relación a la misma chance de componer la muestra.

El problema general de los intercambios transdisciplinarios entre las ciencias también es una cuestión de lenguaje. Este es un tema epistemológico clave, como lo discutieron Elliott y Thomas⁽¹¹⁷⁾, quienes sugirieron que la interacción de los investigadores de los campos de investigación biomédica y epidemiológica con colegas de las ciencias sociales se ha “perdido en la traducción”. Estos autores sostienen que, a pesar de décadas de discusiones sobre la determinación social de la atención de la salud y la enfermedad, los médicos y epidemiólogos aún no consideran su práctica de producción de conocimiento en contextos más amplios de prácticas estructurales, sociales, institucionales y pedagógicas. Por otro lado, los etnógrafos se han sorprendido por la escasez de comunicabilidad interdisciplinaria que han observado y analizado en diferentes contextos de investigación, como enfermerías, ensayos clínicos, laboratorios biomédicos o proyectos de desarrollo. Elliott y Thomas⁽¹¹⁷⁾ también comentan que, debido sobre todo a los diferentes niveles de inconmensurabilidad lingüística, ambos campos disciplinarios se quedan cortos y tienen un largo camino por recorrer antes de celebrar una co-laboración científica

integradora, cuando “la jerga da paso a un idioma compartido”. Dada la posibilidad limitada de desarrollar un idioma común, es urgente y necesario analizar la naturaleza de sus malentendidos y contradicciones, lo que a menudo impide un fructífero trabajo colaborativo^(118,119,120,121,122,123). En lugar de eso, como argumenté en otra publicación⁽¹²⁴⁾, una solución directa y efectiva debería ser la capacitación de agentes híbridos transdisciplinarios, que dominen ambos idiomas de la antropología y la epidemiología.

COMENTARIOS FINALES

La principal conclusión de este artículo es que, para construir el nuevo campo interdisciplinario de la etnoepidemiología, tenemos que practicar cada vez más transdisciplinariedad, integración teórica, intercambio metodológico y reflexividad⁽¹¹⁸⁾. Como hemos visto, todas las ramas de la etnoepidemiología se basan en el reconocimiento de que los fenómenos de salud-enfermedad-cuidado constituyen procesos sociohistóricos y deben concebirse en tanto objeto de conocimiento complejo, reflexivo y contingente. Sin embargo, no es suficiente prescribir métodos etnográficos para abordar la complejidad en la investigación en salud⁽¹¹⁹⁾. Es necesario abordar eficazmente las incertidumbres y ambigüedades de los fenómenos etnoepidemiológicos en la mayoría de sus manifestaciones, considerando la naturaleza histórico-cultural de sus correlatos y derivaciones⁽²⁵⁾.

En los estudios relevados en este artículo, tener un equipo de investigación numeroso y diversificado planteó inicialmente el grave problema logístico de la coordinación y comunicación de campo^(120,121). Esto puede lidiarse parcialmente con reuniones frecuentes y el intercambio diario de información entre los equipos; pero, de hecho, parece un problema pequeño en comparación con el del análisis del material producido a lo largo de la investigación. En una estrategia compleja de investigación ¿quién dará cuenta,

eventualmente, del sentido del enorme volumen de datos? ¿Cómo pueden comunicarse entre ellos los investigadores que son representativos de diferentes “culturas científicas” a fin de lograr un esfuerzo teórico unificado? Una solución provisional puede ser lo que se ha llamado “triangulación”^(8,122), en el que los investigadores de diversos antecedentes disciplinarios realizan un análisis independiente simultáneo de un tema o situación dada. Según Janesick⁽¹²³⁾, otro enfoque para la triangulación es desarrollar *expertise* en la combinación de diferentes metodologías, así como marcos analíticos enriquecidos. A través de un proceso que definí en otras publicaciones como “transdisciplinariedad pragmática”⁽¹²⁴⁾, se insta a los científicos sociales de la salud a convertirse en “personas que cruzan los límites”⁽⁸⁾, realizadores “híbridos” o “anfíbios”, tanto en términos conceptuales como metodológicos, cultivando en sí mismos la naturaleza plural de su objeto de conocimiento. Solo entonces el discurso de signos, significados y prácticas, que interpreta la salud mental como un problema científico, podrá permear a través de los diferentes campos disciplinarios que eventualmente componen su totalidad compleja. Una forma potencial de lidiar con estos dilemas es el ejercicio de reflexividad⁽¹²¹⁾, tal como proponemos con la etnoepidemiología tipo III.

Las bases epistemológicas de la etnoepidemiología como un nuevo campo interdisciplinario en *potentia* es de hecho una cuestión bastante práctica, a pesar de que algunos la consideran erróneamente como una discusión abstracta y esotérica. Eventualmente, la etnoepidemiología puede contribuir a un intercambio más respetuoso con el conocimiento popular sobre salud, enfermedad, sufrimiento, curación y cura. Para la implementación de políticas de salud mental realmente efectivas y eficientes, sería aconsejable utilizar lo mejor de los dos dominios científicos: la profundidad (propensa a la diversidad metodológica) de los enfoques antropológicos, así como la amplitud (respetuosa de las diferencias individuales) y la distancia desde el punto de vista epidemiológico. El horizonte de la etnoepidemiología tiene como objetivo rescatar no solo los objetivos aplicados y cognitivos de la tarea científica, sino también sus objetivos sociales y políticos de luchar por la equidad, la libertad y la calidad de vida de la humanidad, de manera que la planificación y las políticas de salud sean más efectivas y sensibles a la cultura, y no estén basadas fundamentalmente en el denominado norte global, sino en sociedades diversas y profundamente desiguales, como las de la América Latina contemporánea.

AGRADECIMIENTOS

Las fuentes originales de este documento fueron notas para dos intervenciones académicas. En primer lugar, una invitación a disertar en el W.H.R. Rivers Lecture and Workshop, en honor al Prof. Amartya Sen, en el Departamento de Medicina Social, de la Harvard Medical School, en julio de 2000. Agradezco a Arthur Kleinman y Alex Cohen por la amable invitación a participar de un evento tan prestigioso. Gracias también a João Guilherme Biehl, ahora profesor del Departamento de Antropología de la Princeton University, por sus valiosos comentarios sobre el primer borrador de este documento. En segundo lugar, la invitación para dar una clase en la John Cassel Distinguished Memorial Lecture-2002, del Departamento de Epidemiología, de la Gillings School of Global Public Health, en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, en agosto de 2002. Estoy profundamente agradecido a Berton Kaplan, mi mentor y orientador de tesis, a Sherman James y Steve Wing, amigos y colegas de toda la vida, responsables de mi formación como epidemiólogo social. También estoy agradecido con Nancy

Scheper-Hughes, quien fue mi anfitriona académica y mentora durante mi estadía como profesor visitante en el Departamento de Antropología de la University of California en Berkeley, y con Gilles Bibeau y Ellen Corin, de la University of Montreal y McGill University, respectivamente, porque todos ellos fueron responsables de mi introducción a la antropología médica y también se convirtieron en amigos y colaboradores. Las observaciones metodológicas del Estudio de Bahía se basaron en un informe de trabajo de campo, en coautoría con los profesores Carlos Caroso Soares, Paulo César Alves y Miriam Rabelo, todos de la Universidad Federal de Bahía. Les agradezco a todos, afirmando que los posibles puntos interesantes planteados aquí se deben a su colaboración y contribuciones sabias y todos los problemas y desventajas son de mi entera responsabilidad. También debo agradecer el apoyo institucional del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por el financiamiento para la investigación (Contrato No. 453388/00.6) y las becas de investigación sénior (Adjudicación No. 520.573/95.1 y 306341/2011-5) durante la redacción de este texto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berkman L, Kawachi I. A historical framework for social epidemiology. En: Berkman L, Kawachi I, (eds.). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 3-12.
2. Krieger N. *Epidemiology and the people's health: Theory and context*. New York: Oxford; 2011.
3. Fleck AC, Ianni FA. Epidemiology and anthropology: some suggested affinities in theory and method. *Human Organization*. 1957;16(4):38-40. doi: 10.2307/44124086.
4. Cassel J. Factors involving sociocultural incongruity and change: Appraisal and implications for theoretical development. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1967;45(2):1109-1110.
5. Myers V. Towards a synthesis of ethnographic and survey methods. *Human Organization*. 1977;36(3):244-251. doi: 10.2307/44125506.
6. Susser M. *Epidemiology, health & society: Selected Papers*. New York: Oxford University Press; 1987.
7. Inhorn M. Medical anthropology and epidemiology: divergences or convergences? *Social Science & Medicine*. 1995;40(3):285-290. doi: 10.1016/0277-9536(94)E0029-R.
8. Morgan DL. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. *Qualitative Health Research*. 1998;8(3):362-376. doi: 10.1177/104973239800800307.
9. Trostle J. *Epidemiology and culture*. New York: Cambridge University Press; 2005.
10. Breilh J. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
11. Laurell AC. Trabajo y salud: Estado del conocimiento. En: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC. *Debates en Medicina Social*. Quito: OPS, ALAMES; 1991. p. 249-321.
12. Gonçalves RB. *Medicina y historia: Raíces sociales del trabajo médico*. México: Siglo Veintiuno Editores; 1984.
13. Castellanos PL. Epidemiología, salud pública, situación de salud y condiciones de vida. En: Barata R, (ed.) *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Abrasco; 1997. p. 24-32.
14. Kleinman A. Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry*. 1987;151:447-454. doi: 10.1192/bjp.151.4.447.
15. Littlewood R. From categories to contexts: A decade of the "new cross cultural psychiatry". *British Journal of Psychiatry*. 1990;156(3):308-327. doi: 10.1192/bjp.156.3.308.
16. Caravedo B, Rotondo H, Mariategui J. *Estudios de psiquiatría social en el Perú*. Lima: Ediciones del Sol; 1963.
17. Mariategui J, Samanez F. Sociocultural change and mental health in the Peru of today. *Social Psychiatry*. 1968;3:35-40. doi: 10.1007/BF00577954.
18. Mariategui J, Alva V, De Leon O. Epidemiología psiquiátrica en un distrito urbano de Lima in an urban district of Lima. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 1969;184-197.
19. Lovell AM, Read UM, Lang C. Genealogies and anthropologies of global mental health. *Cultural Medicine Psychiatry*. 2019;43:519-547.
20. Almeida-Filho N. (1992). Por una etnoepidemiología (esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico). *Cuadernos Médico-Sociales*, 1992;6:43-47.
21. Massé R. *Culture et santé publique*. Montreal: Gaëtan Morin; 1995.
22. Bibeau G. Une troisième voie en santé publique. *Ruptures - Revue Transdisciplinaire en Santé*. 1999;6(2):209-236.
23. Sy A. Socio/Ethno-epidemiologies: proposals and possibilities from the Latin American production. *Health Sociology Review*. 2017;26(3):293-307. doi: 10.1080/14461242.2017.1368402.
24. Almeida-Filho N. Becoming modern after all these years: social change and mental health in Latin America. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1998;22(3):285-316.
25. Almeida-Filho N. *La ciencia tímida: Ensayos hacia la deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.
26. Almeida-Filho N, Fernandes RCP, Larrea C, Silva LAV. Construyendo a etnoepidemiología. En: Almeida-Filho N, Barreto ML, (org.). *Epidemiologia & saúde: Fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 386-394.
27. Almeida-Filho N, Bibeau G. Hacia una etnoepidemiología de la salud mental: Percepciones desde Latinoamérica. En: Mezzich J, Lolas-Stepke F, (eds.). *Imágenes de la psiquiatría latinoamericana*. Buenos Aires: Sciens; 2013, p. 51-60.
28. Massé R. Pour une ethno-épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique. *Sciences Sociales et Santé*. 2001;19(1):45-74.
29. Agar M. Recasting the "Ethno" in "Epidemiology." *Medical Anthropology*. 1994;16(4):391-403.
30. Fernandes RC. Uma leitura sobre a perspectiva etnoepidemiológica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(3):765-774.
31. Hersch-Martínez P. Sociocultural epidemiology: an essential approach. *Salud Pública de México*. 2013;55(5):512-518.

32. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *ACENO: Revista de Antropologia do Centro Oeste*. 2015;2(4):55-77.
33. Singer M. (2020) Ethno-Epidemiological Methodology. In: International Encyclopedia of the Social Sciences (Encyclopedia.com) [Internet]. 2020 [citado 10 mar 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yasrfkws>.
34. Wilbert W, Haiek G. Phytochemical screening of a Warao pharmacopoeia employed to treat gastrointestinal disorders. *Journal of Ethnopharmacology*. 1991;34(1):7-11. doi: 10.1016/0378-8741(91)90183-E.
35. Kunstadter P, Kunstadter S, Leepreecha P, Podhisita C, Mai L, Thao C, Thao R, Yang WS. Causes and consequences of increase in child survival rates - Ethno-epidemiology among the Hmong of Thailand. *Human Biology*. 1992;64(6):821-841.
36. Tajima I, Sonoda K. *Ethno-epidemiology of Cancer*. Tokyo: The Japanese Cancer Association; 1996.
37. Last J. *A Dictionary of Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.
38. Cronly MPJ, Clatts MC. The risk environment of heroin use initiation: Young women, intimate partners, and "drug relationships". *Substance Use & Misuse*. 2015;50(6):771-782. doi: 10.3109/10826084.2015.978629.
39. Luber GE. An explanatory model for the Maya Ethnomedical Syndrome Cha'lam tsots. *Journal of Ecological Anthropology*. 1999;3(1):14-23. doi: 10.3109/10826084.2015.978629.
40. Shankar AV, Gittelsohn J, Pradhan R, Dahal B, West K. Night blindness, diet and health in Nepalese children: An ethno-epidemiological investigation of local beliefs. *Ecology of Food and Nutrition*. 2000;39(3):199-223. doi: 10.1080/03670244.2000.9991615.
41. Lee D, Yip A, Leung T, Chung T. Ethno-epidemiology of postnatal depression: Prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*. 2004;184(1):34-40. doi: 10.1192/bjpp.184.1.34.
42. Valera B, Sohani Z, Rana A, Poirier P, Anand S. The ethno-epidemiology of obesity. *Canadian Journal Cardiology*. 2015;31(2):131-141.
43. Thompson SJ, Gifford SM. Trying to keep a balance: The meaning of health and diabetes in an urban Aboriginal community. *Social Science & Medicine*. 2000;51(10):1457-1472.
44. Imbert G. Vers une étude ethnopépidémiologique du diabète de type 2 et de ses complications. *Santé Publique*. 2008;20(2):113-124. doi: 10.3917/spub.082.0113.
45. Trotter RT. Drug use, AIDS, and ethnography: advanced ethnographic research methods exploring the HIV epidemic. *NIDA Research Monograph*. 1995;157:38-64.
46. Singer M, Stopka T, Cara S, Springer K, George B, Kaveh K, Gorry de Puga A, Heimer R. The social geography of AIDS and hepatitis risk: qualitative approaches for assessing local differences in sterile syringe access among injection drug users. *American Journal of Public Health*. 2000;90(7):1049-1056.
47. Clatts M, Welle D, Goldsamt LA. Reconceptualizing the interaction of drug and sex risk among MSM speed users: toward an ethno-epidemiology. *AIDS and Behavior*. 2001;5(2):115-130.
48. Clatts MC, Welle DL, Goldsamt LA, Lankenau SE. An ethno-epidemiological model for the study of trends in illicit drug use: reflections on the 'emergence' of crack injection. *International Journal of Drug Policy*. 2002;13(4):285-295.
49. Pach III A, Gorman EM. An ethno-epidemiological approach for the multi-site study of emerging drug abuse trends: the spread of methamphetamine in the United States of America. *Bulletin on Narcotics*. 2002;54(1-2):87-102.
50. Moore D, Dray A, Green R, Hudson S, Jenkinson R, Siokou C, Perez P, Bammer G, Maher L, Dietze P. Extending drug ethno-epidemiology using agent-based modelling. *Addiction*. 2009;104(12):1991-1997.
51. McNeil R, Small W, Wood E, Kerr T. Hospitals as a 'risk environment': an ethno-epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs. *Social Science & Medicine*. 2014;105:59-66. doi:10.1016/j.socscimed.2014.01.010.
52. Sönmez S, Apostolopoulos Y, Tanner AE, Mas-sengale K, Brown M. Ethno-epidemiological research challenges: Networks of long-haul truckers in the inner city. *Ethnography*. 2015;17(1):111-134.
53. Tasosa WD. *Ethno-epidemiology of alcohol use among Zimbabwean migrants living in the United Kingdom*. [Doctoral Thesis]. Sheffield: Sheffield Hallam University; 2018.
54. Fals-Borda O. The application of participatory action research in Latin America. In: Albrow M, King E, (eds.). *Globalization, Knowledge and Society*. London: Sage Publications; 1990. p. 79-97.
55. Small W, Milloy MJ, McNeil R, Maher L, Kerr T. Plasma HIV-1 RNA viral load rebound among people who inject drugs receiving antiretroviral therapy (ART) in a Canadian setting: an ethno-epidemiological study. *AIDS Research and Therapy*, 2016;13:26. doi: 10.1186/s12981-016-0108-9.
56. Uchoa E, Barreto SM, Firmo JO, Guerra HL, Pimenta FG, Lima e Costa MF. The control of schistosomiasis in Brazil: an ethno-epidemiological study of the effectiveness of a community mobilization program for health education. *Social Science & Medicine*. 2000;51(10):1529-1541. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00052-6.
57. Nations M, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchôa E. Balking blood pressure "control" by older persons of Bambuí, Minas Gerais State, Brazil: an ethno-epi-

- demiological inquiry. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(Suppl 3):S378-S389.
58. Gonçalves H, Gigante D. Work, schooling, and reproductive health: an ethno-epidemiological study of adolescent women belonging to a birth cohort. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(7):1459-1469.
59. Gonçalves H, Hallal PC, Amorim TC, Araújo CLP, Menezes AMB. Fatores socioculturais e nível de atividade física no início da adolescência. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2007;22(4):246-253.
60. Béhague DP, Gonçalves H, Cesar Gomes V. Anthropology and epidemiology: learning epistemological lessons through a collaborative venture. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(6):1701-1710.
61. Nunes M, Paim J. An ethno-epidemiological study on urban violence in Salvador, Bahia State, Brazil: summary executions as an object of study. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21(2):459-468.
62. Dourado I, Silva LA, Magno L, Lopes M, Cerqueira C, Prates A, Brignol S, MacCarthy S. Construindo pontes: a prática da interdisciplinaridade, Estudo Pop-Trans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016;32(9):e00180415.
63. Acioli MD. O processo de alcoolização entre os Pankararu: um estudo em etnoepidemiologia. [Tese doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2002.
64. Saavedra LP, Câmara S. Desnutrição infantil em indígenas Mbyá-Guarani: estudo etnoepidemiológico. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2010;17(5):24-32.
65. Trostle J. Anthropology and epidemiology in the twentieth century: a selective history of collaborative projects and theoretical affinities, 1920 to 1970. In: Janes C, Stall R, Gifford S, (eds.). *Anthropology and epidemiology: Interdisciplinary approaches to the study of health and disease*. Dordrecht: Springer Netherlands; 1986. p. 59-94.
66. Hubert A. Applying anthropology to the epidemiology of cancer. *Anthropology Today*. 1990;6(5):16-18. doi: 10.2307/3033096.
67. Pitts M, McMaster J, Hartmann T, Mausezahl D. Lay beliefs about diarrhoeal diseases: their role in health education in a developing country. *Social Science & Medicine*. 1996;43(8):1223-1228.
68. Susser I, Stein Z. Culture, sexuality, and women's agency in the prevention of HIV/AIDS in southern Africa. *American Journal of Public Health*. 2000;90(7):1042-1048.
69. Menéndez EL. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? In: Alves P, Rabelo MC, (org.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1998. p. 71-93.
70. Haro JA, (org.). *Epidemiología Sociocultural: Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2010.
71. Menéndez E. *Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades*. Región y Sociedad. 2008;20(Esp. 2):5-50.
72. Ayres JR. *Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.
73. Almeida-Filho N, Mari J, Coutinho E, França J, Fernandes J, Andreoli S, Busnello E. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry*. 1997;171:524-529. doi: 10.1192/bjp.171.6.524.
74. Mari J, Almeida-Filho N, Coutinho E, Andreoli S, Miranda C, Streiner D. The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. *Psychological Medicine*. 1993;23:467-474. doi: 10.1017/S0033291700028555.
75. Rothman K, Greenland S. *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
76. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L, Araujo MJ, Aquino E, James S, Kawachi I. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Social Science & Medicine*. 2004;59(7):1339-1353.
77. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L, Araujo MJ, Aquino E, James S, Kawachi I. Social inequality and alcohol consumption-abuse in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005;40(39):214-222.
78. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhaes L, Araujo MJ, Aquino E, Mari JJ. Co-occurrence patterns of anxiety, depression and alcohol use disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2007;257(7):423-431. doi: 10.1007/s00406-007-0752-0.
79. Brown P. Popular epidemiology and toxic waste contamination: lay and professional ways of knowing. *Journal of Health and Social Behavior*. 1992;33(3):267-281. doi: 10.2307/2137356.
80. Davidson C, Davey-Smith G, Frankel SJ. Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health and Illness*. 1990;13(1):1-19.
81. Larrea C. *La cultura de los olores: Una aproximación a la antropología de los sentidos*. Quito: Ediciones Abya-Yala; 1997.
82. Caprara A. *La divinità che cura*. Lecce: Argo, Fondazione Angelo Celli; 2011.
83. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press; 1980.
84. Corin E, Uchoa E, Bibeau G, Koumare B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action. *Psychopathologie Africaine*. 1992;24(2):183-204.

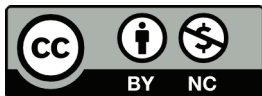
85. Corin E. The social and cultural matrix of health and disease. In: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, (eds.). *Why are some people healthy and others not? The determinants of the health of populations*. Hawthorne: Aldine; 1994. p. 93-132.
86. Bibeau G, Corin E. Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique: Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale. In: Charest P, Trudel F, Breton Y, (eds.). *Marc-Adélar Tremblay ou la construction de l'anthropologie québécoise*. Québec: Presses de L Université Laval; 1994. p. 213-234.
87. Bibeau G. Cultural psychiatry in a creolizing world: Questions for a new research agenda. *Transcultural Psychiatry*. 1997;34(1):9-42.
88. Kottak CP. *Assault on paradise: Social change in a Brazilian Village*. New York: Mc Graw-Hill; 1992.
89. Scheff TJ. The labelling theory of mental illness. *American Sociological Review*. 1974;39(3):444-452.
90. Davis N. Labeling theory in deviance research: a Critique and reconsideration. *Sociological Quarterly*. 1972;13(4):447-474. doi: 10.2307/4105518.
91. Link BT, Cullen FT. The labeling theory of mental disorder: a review of the evidence. In: *Mental Disorder in Social Context*. London: Jai Press; 1990.
92. Caroso C, Rodrigues N, Almeida-Filho N, Corin E, Bibeau G. When healing is prevention: Afro-Brazilian religious practices related to mental disorders and associated stigma in Bahia, Brazil. *Curare Journal for Ethnomedicine*. 1997;12:195-214.
93. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*. 2001;78(3):458-467. doi: 10.1093/jurban/78.3.458.
94. Caroso C, Rodrigues N, Almeida-Filho N. Manejo comunitário em saúde mental e experiência da pessoa. *Horizontes Antropológicos*. 1998;4(9):63-83.
95. Rodrigues NB, Caroso C. A sina de Curar: a palavra de um terapeuta religioso. *Horizontes Antropológicos*. 1999;5(12):183-212.
96. Caroso C, Rodrigues N, Almeida-Filho N. Nem tudo na vida tem explicação": exploração sobre causas de doenças e seus significados. In: Leibing A. *Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil*. Rio de Janeiro: Nau; 2004. p. 145-173.
97. Knorr-Cetina K. *Epistemic cultures: How the sciences make knowledge*. Cambridge: Harvard University Press; 1999.
98. Latour B, Woolgar M. *Laboratory life: The social construction of scientific facts*. Beverly Hills: Sage; 1979.
99. Martin E. *Flexible bodies: the role of immunity in American culture*. Boston: Beacon Press; 1994.
100. Rabinow P. *Making PCR: A story of biotechnology*. Chicago: University of Chicago Press; 1996.
101. Lynch M. *Scientific practice and ordinary action*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
102. Biagioli M, (ed.). *The science studies reader*. New York: Routledge; 1999.
103. Long D, Hunter C, van der Geest S. When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. *Anthropology & Medicine*. 2008;15(2):71-78. doi: 10.1080/13648470802121844.
104. Geissler PW. Public secrets in public health: Knowing not to know while making scientific knowledge. *American Ethnologist*. 2013;40(1):13-34.
105. Morgan-Trimmer S, Wood F. Ethnographic methods for process evaluations of complex health behaviour interventions. *Trials*. 2016;17:232. doi: 10.1186/s13063-016-1340-2.
106. Silva LAV. Práticas de mediação na pesquisa epidemiológica sob o ponto de vista etnográfico. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2009;16(1):109-128.
107. Larrea-Killinger C, Rego RF, Strina A, Barreto ML. Epidemiologists working together with anthropologists: lessons from a study to evaluate the epidemiological impact of a city-wide sanitation program. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29(3):461-474.
108. Lock M, Scheper-Hughes N. A critical interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent. In: Johnson T, Sargent C, (eds.). *Medical Anthropology: A handbook of theory and practice* Westport: Greenwood Press; 1990. p. 47-72.
109. Testa M. *Saber en salud: La construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
110. Samaja J. Epistemologia e Epidemiologia. In: Almeida-Filho N, Barata R, Barreto M, Veras R, (eds.). *Teoria epidemiológica hoje: Fundamentos, tendências, perspectivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Abrasco; 1998. p. 23-36.
111. Samaja J. *A reprodução social e a saúde*. Salvador: Casa da Saúde; 2000.
112. Bibeau G. At work in the fields of public health: The abuse of rationality. *Medical Anthropological Quarterly*. 1997;11(2):246-256. doi: 10.2307/649145.
113. Kleinman A. The new wave of ethnographies in medical anthropology. In: Kleinman A. *Writing at the Margin*. Berkeley: University of California Press; 1995. p. 193-256.
114. Samaja J. *Epistemología y metodología: Elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: EUDEBA; 2005.
115. Baum F. Researching public health: Behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science & Medicine*. 1995;40:459-468.
116. Desrosiers A. La partie pour le tout: Comment généraliser? La préhistoire de la contrainte de représentativité. *Journal de la Société de Statistique de Paris*. 1988;129(1-2):97-116.

117. Elliott D, Thomas TK. Lost in translation?: On collaboration between anthropology and epidemiology. *Medicine Anthropology Theory*. 2017;4(2):1-17. doi: 10.17157/mat.4.2.497.
118. Berger R. Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*. 2015;15(2):219-234. doi: 10.1177/1468794112468475.
119. Huby G, Hart E, McKeivitt C, Sobo E. Addressing the complexity of health care: the practical potential of ethnography. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2007;12(4):193-194. doi: 10.1258/135581907782101516.
120. Richards L. Qualitative teamwork: Making it work. *Qualitative Health Research*. 1999;9(1):7-10.
121. Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley C, Stevenson F. Using reflexivity to optimize teamwork in qualitative research. *Qualitative Health Research*. 1999;9(1):26-44. doi: 10.1177/104973299129121677.
122. Morse JM. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*. 1991;40(2):120-123.
123. Janesick V. The dance of qualitative research design: Metaphor, methodolatry, and meaning. In: Denzin N, Lincoln Y, (eds.). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 1994. p. 281-300.
124. Almeida-Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*. 2006;2(2):123-146. doi: 10.18294/sc.2006.61.

FORMA DE CITAR

Almeida-Filho N. Etnoepidemiología y salud mental: perspectivas desde América Latina. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2786. doi: 10.18294/sc.2020.2786.

Recibido: 10 abr 2020 | Aprobado: 13 jul 2020 | Publicado en línea: 11 sep 2020



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2786>

Este artículo fue traducido del inglés por Andrés Trotta.