

REPRESENTACIONES DE LA ENFERMEDAD ESTUDIOS PSICOSOCIALES Y ANTROPOLÓGICOS

M. León, D. Páez y B. Díaz

Maru León Canelón y Benito Díaz Díaz pertenecen a la Universidad de los Andes en Trujillo (Venezuela). Darío Páez Rovira es Catedrático de Psicología Social en la Universidad del País Vasco.

Introducción

Las representaciones de la enfermedad han sido desde hace muchos años objeto de estudio de la antropología y

más recientemente de la psicología social de la salud. Los resultados de investigaciones en este campo sugieren que estas representaciones influyen en una variedad de conductas relacionadas con la enfermedad, como por ejemplo la interpretación de los síntomas y el autodiagnóstico, la búsqueda de ayuda, la interacción con víctimas de enfermedades (Bishop, 1991), la selección de un tipo de tratamiento médico (Bishop, 1998) y la adherencia al tratamiento médico (Bishop, 1998; Meyer y col., 1985). Por otra parte, las nociones de la salud y la enfermedad son construidas socialmente y moduladas por el contexto cultural (Helman, 1994; Kleinman, 1980). Esto sugiere que considerar la pluralidad de las representaciones de la salud y la enfermedad en el diseño de programas de prevención y atención en el área de la salud, es necesario para garantizar su accesibilidad sociocultural a los diferentes usuarios.

En términos generales, la antropología médica estudia cómo las personas en diferentes culturas y grupos sociales explican las causas de la salud y la enfermedad, los tipos de tratamientos en los cuales creen y a quién acuden cuando se enferman. También es el estudio de cómo estas creencias y prácticas se relacionan con los cambios biológicos y psicológicos del ser humano en lo relacionado a la salud y la enfermedad (Helman, 1994).

Los antropólogos que se han interesado en los aspectos culturales de la salud y la enfermedad han recalcado que los valores, creencias y prácticas acerca de la salud y la enfermedad de todas las sociedades humanas, son expresión, y parte, de la cultura de esa sociedad y no pueden ser estudiadas aisladas de la cultura. En este sentido, no es de extrañar que en una cultura donde la religión es predominante en la organización social, los procesos de salud y enfermedad sean explicados, vividos y enfrentados utilizando el marco de sus creencias religiosas. Cuando se incorporan dimensiones sociales en el abordaje antropológico de la salud/enfermedad, se señala que además del estudio de la cultura, es necesario estudiar la organización social de la salud y la enfermedad en esa sociedad, es decir, su sistema de atención de salud (Helman, 1994).

Las creencias acerca de la salud y la enfermedad han sido objeto de estudios antropológicos desde antes que se desarrollara la especialidad de la "antropología médica". Los primeros estudios (1920-1930) fueron realizados en sociedades relativamente pequeñas, que no habían sido influidas por el "mundo occidental". Las creencias y las prácticas con respecto a la enfermedad fueron estudiadas como parte de la forma de vida de estos grupos, de su organización social y manera de ver el mundo. En estos estudios se distinguía entre, por un lado, sistemas médicos *civilizados* (es decir los del mundo occidental industrializado) basados en la razón y el conocimiento científico, y por el otro, los sistemas médicos *primitivos* (predominantes en cualquier lugar del mundo que no fuese el occidental desarrollado) basados en creencias mágico-religiosas consideradas irracionales. Sin embargo, enfoques antropológicos recientes asumen que de ninguna manera el pensamiento occidental es superior a otros diferentes y que las diferencias entre los sistemas explicatorios no están basadas en los criterios de pensamiento racional vs. pensamiento mágico, que estuvieron presentes en los primeros estudios antropológicos (Kleinman, 1980; Helman, 1994).

En la antropología médica se utilizan diferentes enfoques conceptuales para el estudio de las representaciones de la enfermedad, resaltando los paradigmas de la antropología aplicada, la antropología centrada en significados y símbolos, la antropología crítica y la antropología cognitiva (Farmer y Good, 1991). Desde este último, las representaciones de la enfermedad son vistas como estructuras cognitivas formales (sistemas clasificatorios, prototipos, proposiciones, esquemas y estructuras narrativas). Considerando la tradición antropológica, estas estructuras son vistas como formas representacionales determinadas culturalmente, por lo que varían de una sociedad a otra, así como también entre los individuos. Este enfoque se acerca al paradigma predominante en el estudio psicosocial de las representaciones de la enfermedad.

El desarrollo de investigaciones sobre representaciones de la enfermedad desde un enfoque psicosocial, es posterior al antropológico. Hay toda una línea de investigación sobre representaciones de la enfermedad, principalmente bajo un paradigma sociocognitivo, y en menor medida con el enfoque de la teoría de las Representaciones Sociales; pero la mayoría de los estudios han sido realizados con poblaciones caucásicas de Norteamérica y Europa, por lo que en el campo de la psicología social existe menos conocimiento de las representaciones de la enfermedad, y su influencia en la conducta, en diferentes grupos culturales.

Las causas atribuidas a la enfermedad

Estudios psicosociales

Las creencias acerca de las enfermedades forman teorías implícitas acerca de las mismas, más o menos organizadas y coherentes. Estas creencias parecen girar en torno a componentes de lo que conformaría el esquema de la enfermedad: *identidad* –nombre y síntomas–, *consecuencias* –físicas, sociales, afectivas, económicas–, *evolución* –duración y curso–, *causas* (Meyer et al., 1985; Bauman y Leventhal, 1985; Leventhal y Nerenz, 1985) y curabilidad (Lau y Hartman, 1983; Bishop y col., 1987; Lau y col., 1989). Estudios históricos sobre las representaciones de sentido común de la enfermedad en Europa, para la época de la Ilustración, han detectado la existencia de un modelo de enfermedad compatible con la estructura de los cinco componentes (Schober y Lacroix, 1991). Por otra parte, diversos estudios antropológicos indican una organización de la representación similar en diferentes culturas. Estos resultados sugieren la estabilidad en el tiempo y en las diferentes culturas, de la estructura de la representación.

Cuando la gente se encuentra en situaciones de incertidumbre y que implican cierta amenaza a la integridad personal, hay una tendencia a tratar de explicar o encontrarle sentido a lo que está pasando (Gerard, 1963; Wong y Weiner, 1981). Según teóricos de la atribución, esa tendencia a hacer análisis causales es iniciada por la necesidad de las personas de predecir el futuro y controlar los eventos (Heider, 1958; Jones y Davis, 1965; Kelley, 1967). La amenaza o vivencia de una enfermedad, es una de esas situaciones que generan explicaciones acerca de los orígenes de la enfermedad. Por ejemplo, Turnquist y cols. (1988), en una revisión de investigaciones sobre las causas atribuidas a enfermedades severas, encontraron que entre un 69% y 95% de las personas que han sufrido una enfermedad, cuando son entrevistadas en cualquier momento después de su diagnóstico (meses o años), hacen referencia a las causas que determinaron su enfermedad. En relación al diagnóstico, se ha observado que los pacientes de cáncer tienden a hacer más atribuciones causales que otros pacientes con enfermedades también amenazantes, como por ejemplo aquellos que han sufrido infarto de miocardio (Mumma y McCor-

kle, 1982). Es razonable concluir que la frecuencia de atribuciones es mayor, mientras más tiempo haya transcurrido desde que se hizo el diagnóstico (Mumma y McCorkle, 1982; Taylor et al., 1984) y mientras más severa sea la enfermedad (Affleck et al, 1987).

Los estudios de atribución de causalidad revelan categorías o dimensiones en las cuales se organiza el contenido de la atribución. Murray y McMillan (1989, citado por Murray, 1990) realizaron un estudio sobre las explicaciones de sentido común acerca del cáncer, en donde se le pidió a una muestra de 60 adultos que indicaran cuáles eran las principales causas del cáncer y las respuestas que dieron los sujetos fueron clasificadas utilizando las categorías sugeridas por el modelo atribucional de Weiner (1986). Siguiendo este modelo, la localización de la causa se ubicaría en el individuo o en el ambiente (*interna-externa*); la percepción de control de los factores asociados a la enfermedad se manejaría en términos de controlables o no (*controlabilidad-incontrolabilidad*); y en la medida en que la causa sea percibida como perdurable o no, la causa de la enfermedad se definiría como estable o inestable (*estabilidad-inestabilidad*). La mayoría de las explicaciones sobre el cáncer que encontraron Murray y McMillan fueron clasificadas como internas/controlables (39%), seguidas por externas/incontrolables (28%), internas/incontrolables (22%) y externas/controlables (11%). Las personas mayores tendieron a atribuir las causas del cáncer a factores externos/incontrolables, como la suerte y el azar. Los autores señalan que esto podría sugerir que las personas mayores tienen una actitud más fatalista en relación al cáncer. Además, el 70% de las personas que tenían edades comprendidas entre 20 y 39 años pensaban que era posible prevenir el cáncer, mientras que sólo 35% de aquellos que tenían más de 60 años consideraron que podía prevenirse.

Se identifican otras dimensiones de atribución causal relevantes. Por ejemplo, Klonoff y Landrine (1994) exploraron las causas atribuidas a seis enfermedades (SIDA, resfriado o catarro, diabetes, hipertensión, cáncer de pulmón y dolores de cabeza) en una muestra de estudiantes universitarios en los Estados Unidos, utilizando cuestionarios con ítems tipo escala. Las autoras argumentan que las dimensiones causales que se evidenciaron fueron más complejas que las clásicas encontradas en los estudios de atribución de causalidad: *causas emocionales* (ansiedad, cólera, estrés, alteración de relaciones interpersonales); *castigo* (por propia falta, pecado, actividad sexual, castigo); *causas naturales* (infecciones/gérmenes, accidentes, condiciones climáticas como frío, viento) y *retribuciones místicas* (designio de Dios, sangre mala, castigo y genes/herencia). Estos hallazgos también podrían indicar, que la metodología para explorar las atribuciones y el contenido que los ítems del cuestionario evalúan, puede conducir a resultados diferentes.

Las causas de "sentido común" atribuidas a la enfermedad parecen intervenir de manera importante en la manera en que las personas reaccionan, emocional y conductualmente, ante la enfermedad. Por ejemplo, Baumann y Leventhal (1985) encontraron que los cambios en la presión sanguínea son atribuidos a estados de ánimo —estrés, rabia, tensión— que son utilizados para observar o evaluar los síntomas de la presión sanguínea. También se ha encontrado que cuando los individuos atribuyen la causa de sus síntomas a la edad y no a una enfermedad, muestran menos angustia y tienden a retardar la búsqueda de tratamiento (Proshaska et al. 1987).

Se ha observado también que las diferencias entre las atribuciones que hacen los pacientes y sus parejas, son consistentes con motivos de auto-protección por parte de la persona sana. Por ejemplo, los esposos de pacientes de cáncer de útero y de mama, tienden más que estas últimas, a atribuir la enfermedad al carácter de la esposa y al azar (Gotay, 1985). Igualmente, las esposas de pacientes que han sufrido de infarto cardíaco, tienden a atribuir el infarto, más que sus maridos, a la personalidad de ellos y a un exceso de trabajo. En estos casos, atribuir la enfermedad al paciente o al azar, le permite a la pareja sana el evitar la preocupación de que él o ella pudo haber prevenido la enfermedad (Turnquist et al., 1988).

Una gran parte de las investigaciones indican que los pacientes que tienen explicaciones sobre las causas de su enfermedad, tienen una mejor reacción física o emocional a la enfermedad, que aquellos pacientes que no mencionan ninguna causa (Affleck et al., 1987; King, 1982, 1983; Bulman y Wortman, 1977; Schiaffino y Revenson, 1992). Otros indican que las atribuciones causales no fueron importantes en el ajuste, sino otro tipo de procesos, como afecto y expectativas por el futuro (Lowery et al., 1987) y el construir cognitivamente la enfermedad en términos favorables, es decir, resaltando las ganancias que la enfermedad ha generado en la vida de la persona, como el valorar las reales prioridades de la vida y la cercanía a sus familiares (Taylor et al. 1984).

En términos generales, la relación entre atribuir las causas de la enfermedad a sí mismo (atribución interna) y la adaptación o enfrentamiento de la enfermedad no es concluyente. Los teóricos de la atribución han asumido que al atribuir la causa de la enfermedad a factores bajo el control de uno, las personas pueden enfrentar mejor la posible amenaza de una enfermedad, las secuelas físicas y emocionales de la enfermedad, así como también la amenaza de una futura recurrencia. Algunos estudios han observado que el atribuir las causas de la enfermedad a conductas propias, conduce a una mejor adaptación a la enfermedad, quizás como un indicador de esfuerzo por asumir control sobre la enfermedad (Bulman y Wortman, 1977; Tennen et al., 1984). Otros indican que asumir que uno ha sido responsable de la enfermedad es contraproducente en términos emocionales (Schiaffino y Revenson, 1992). Por otra parte también hay

estudios que no han encontrado ninguna relación entre atribuciones internas y ajuste a la enfermedad (Lowery et al., 1987; Taylor et al., 1984; Wallston, 1992).

Los resultados contradictorios quizás se deben a que los conceptos de causas, responsabilidad y culpa, han sido utilizados en forma intercambiable (Shaver y Drown, 1986). Por otra parte, se ha observado que la utilización de técnicas diferentes para medir la atribución (escalas, respuestas abiertas que luego se categorizan, respuestas tal como las dicen las personas), conduce a resultados diferentes (Taylor et al., 1984.; Turnquist et al., 1988). Además tanto conceptual como metodológicamente, es difícil distinguir entre causas internas y externas (Fiske y Taylor, 1984).

Los resultados sobre atribuciones externas y adaptación a la enfermedad son más consistentes. Se ha encontrado una asociación entre atribuir la causa de la enfermedad a otra persona (como por ejemplo un esposo que ha provocado estrés, o problemas maritales) y una adaptación psicológica pobre a condiciones crónicas, como por ejemplo el cáncer (Bulman y Wortman, 1977; Taylor et al., 1984; Tennen y Affleck, 1987) y recurrencia de enfermedades de tipo cardíaco (Low et al., 1993).

Las creencias con respecto al control o atribuciones relacionadas al control de la enfermedad parecen ser variables claves en la determinación de conductas ligadas a la salud y la enfermedad. Un estudio realizado por Taylor, Lichtman y Wood (1984) con 78 mujeres que habían sido tratadas por cáncer de mama sugiere que las creencias en el control son las que más influyen en la adaptación a la enfermedad. Tanto la creencia que uno puede controlar el cáncer como la percepción de que otros pueden controlarlo, tuvieron una asociación significativa con el ajuste y no tuvieron correlación significativa entre sí. El creer que "otros", como los médicos y el tratamiento administrado, pueden controlar la enfermedad, tiene significado para el caso del cáncer.

Aportes antropológicos

Una gran variedad de estudios antropológicos sobre las creencias culturales en relación a la salud/enfermedad se han centrado en las causas de sentido común atribuidas a enfermedades específicas. Por ejemplo, Foster y Anderson (1978), a partir de una revisión de hallazgos de investigación realizados en comunidades indígenas, campesinas y otros grupos de sociedades pre-industriales, dividen los sistemas explicatorios sobre la salud/enfermedad en dos grupos: personales y naturales. En los *sistemas personales*, se cree que la enfermedad es causada por la intervención intencional y activa de un ser sobrenatural (un Dios o una deidad), un ser no-humano (como un fantasma, un antepasado, un espíritu maligno) o un ser humano (un brujo o hechicero). La persona que enferma es percibida como una víctima y la agresión o el castigo va dirigido en

contra de él, por razones relacionadas con él. En los *sistemas naturales* la enfermedad es explicada en términos impersonales y sistémicos. La enfermedad-salud es explicada por un modelo de equilibrio de elementos. La salud se mantiene cuando ciertos estados en el cuerpo, como el calor, el frío, los humores o los doshas ayurvédicos, el ying y el yang, mantienen un balance apropiado con la edad y las condiciones del individuo en su ambiente natural y social; cuando este equilibrio es alterado resulta la enfermedad.

Según Helman (1994), en general las teorías de sentido común acerca de la enfermedad ubican las causas de la salud/enfermedad en uno de los siguientes niveles o espacios: en el individuo que sufre la enfermedad, en el mundo natural, en el mundo social y en el mundo sobrenatural. Las causas sobrenaturales y sociales tienden a ser características de algunas comunidades del mundo no-industrializado. Mientras que las explicaciones de la enfermedad centradas en el mundo natural o en la persona son más comunes en el mundo más industrializado occidental. Sin embargo, se señala que esta división no es absoluta de ninguna manera y que en la mayoría de los casos, las explicaciones son multicausales, es decir, que diferentes tipos de causas actúan juntas para explicar la salud/enfermedad. Por otra parte, aplicando las categorías psicosociales de internalidad y externalidad en los procesos de atribución, las causas internas son atribuidas a la responsabilidad del individuo y las externas son las que se atribuyen al mundo natural, social o sobrenatural. La explicación de estas categorías se resume de la siguiente manera.

Causas atribuidas a la persona afectada

Atribuir las causas de la enfermedad a factores personales y responsabilizar al individuo por la misma, parece ser más común en aquellas sociedades del mundo occidental, donde el sistema de salud oficial, a través de las campañas de educación, informa al individuo de lo que debe hacer para evitar enfermarse, reforzando la creencia de la responsabilidad individual en la salud/enfermedad (Helman, 1994). Es así como se culpa al individuo de la enfermedad por haber mantenido malos hábitos alimenticios o de higiene, estilos de vida y hábitos sociales inadecuados (fumar, consumo de alcohol, sedentarismo, promiscuidad sexual); este es el caso de enfermedades estigmatizadas, como la obesidad, el alcoholismo y las enfermedades de transmisión sexual.

Por ejemplo, a partir de la experiencia con pacientes y entrevistas realizadas a médicos de familia en Gran Bretaña, Helman (1978) encontró que los resfriados o catarras, son atribuidos al descuido de la persona por exponerse a determinadas condiciones del ambiente que bajan la temperatura del cuerpo, como ráfagas de frío, humedad, lluvia y corrientes de

aire. Generalmente se culpa a la persona de exponerse a esas condiciones climáticas sin la protección adecuada, sobre todo de ciertas partes del cuerpo, como la cabeza, los pies, o el cuello. La transición entre lo caliente y lo frío también es vista como condición de riesgo, por ejemplo, sentarse cerca de una corriente de aire después de haber tomado un baño caliente, cambiar repentinamente de un clima caliente a uno frío (por ejemplo ir de vacaciones a un sitio veraniego y regresar a la fría Inglaterra), no cuidarse en los meses de transición de climas. En estas explicaciones las causas de la enfermedad al mismo tiempo también son ubicadas en el ambiente natural, especialmente en lo referido a condiciones climáticas. Las bebidas y las comidas calientes, la ropa seca, los ambientes secos y calientes, son los tratamientos recomendados para subir la temperatura del cuerpo y curar los resfriados. Es decir para una enfermedad fría, se manda un tratamiento caliente.

Causas ubicadas en el mundo natural

Esta categoría se refiere a aspectos del ambiente natural, viviente o inanimado, que se cree son los causantes de la enfermedad; por ejemplo, influencias del sol, la luna y cuerpos planetarios, animales y microorganismos. El estudio de Helman (1978) en Gran Bretaña, referido anteriormente, también identificó que la gente separaba los resfriados de las fiebres; estas últimas son catalogadas como más severas, peligrosas y de más larga duración. Las fiebres se explican como calor en el cuerpo y son atribuidas a gérmenes que han entrado en el organismo. Los gérmenes son vistos como entidades invisibles que andan en el ambiente (en los estornudos de personas enfermas o en las manos sucias, etc.) y que cuando entran en el organismo se mueven dentro de él con la posibilidad de infectar cualquier parte.

Causas atribuidas al mundo social

Esta categoría se refiere principalmente a atribuir o culpar a otras personas o a los problemas interpersonales, de la enfermedad que se sufre. En algunas comunidades de sociedades no-industrializadas, como en África y en el Caribe, o en minorías culturales de sociedades industrializadas, las formas más comunes de estas atribuciones son la brujería (Landy, 1977, Snow, 1978) y el Mal de Ojo (Trotter, 1991). En las sociedades modernas del mundo occidental, la concepción del "stress" puede ser vista como una de las enfermedades modernas atribuidas a otras personas o a las exigencias de un estilo de vida impuesto por la sociedad (Helman, 1994).

El Mal de Ojo es una forma de representación de la diarrea (Trotter, 1991). En comunidades mexicanas, se considera que El Mal de Ojo es causado sin intención por una persona adulta con "mirada fuerte" que

observa o mira fijamente a otra, admirándole algo y quitándole así parte de su fuerza vital. Las personas más propensas al Mal de Ojo son los niños y los ancianos ya que son los que tienen las defensas más débiles. La persona que ha causado el Mal de Ojo debe tocar al niño (si es el afectado) para detener o deshacer el Mal de Ojo. Si la persona que causó el daño no puede ser identificada, el niño es tratado con un ritual especial que incluye rezos que se dicen mientras se le pasa un huevo por el cuerpo al niño. El huevo es colocado debajo de la cama del niño durante la noche y revisado durante la mañana siguiente para ver si la cura ha sido efectiva (Troter, 1991).

Los "nervios" son otra forma de expresión de alteraciones en las relaciones interpersonales del individuo. Representan el funcionamiento inadecuado del organismo, aunque no de una parte en particular, alterando el equilibrio psicológico, físico y social de la persona, dejando a la persona fuera de control de sí misma y predisponiéndola a enfermarse (Low, 1981; Dunk, 1989). Los nervios se atribuyen a la personalidad del individuo que los sufre, a una predisposición innata o se piensa que son adquiridos en la niñez; pero son desatados o propiciados por las demandas del ambiente social de la persona, por ejemplo, condiciones de inmigración (Lock, 1990) o por la alteración de la armonía familiar (Dunk, 1989; Heurtin-Roberts, 1993; Low, 1981).

En las culturas donde los lazos familiares y la tranquilidad familiar son muy importantes, los "nervios" generalmente son síntomas de discordias en la familia o ruptura de la estructura familiar (nacimiento de un hijo ilegítimo, matrimonio no aprobado familiarmente, etc.). En estas culturas, la creencia en los nervios puede ser utilizada como una de las formas de reforzar la conducta adecuada y la adherencia a normas culturales, especialmente de aquellas que refuerzan las relaciones familiares y por ende la cohesión de la familia (Low, 1981).

Tal y como señalan Landrine y Klonoff (1992), los sociólogos y los antropólogos han sugerido que las causas atribuidas a la enfermedad en parte reflejan violaciones de los valores de los grupos. Esto implica que las causas emocionales e interpersonales pueden ser predominantes en los esquemas y las creencias relacionadas con la salud en las culturas colectivistas (grupos que valoran la armonía interpersonal y la interdependencia, como los latinoamericanos, asiáticos y otros). De igual manera, los conceptos etiológicos intrapersonales pueden ser predominantes en las culturas individualistas (donde se valoran menos la armonía interpersonal y se da más importancia a la asertividad, al control personal y a la actividad autónoma en la realización personal).

Causas ubicadas en el mundo sobrenatural

Las explicaciones sobrenaturales atribuyen enfermedades a acciones directas de entidades sobrenaturales como Dioses, espíritus, ancestros.

Estudios antropológicos realizados en zonas rurales de los Andes venezolanos, han identificado que las comunidades atribuyen la locura al contacto que tuvo el afectado con alguna entidad sobrenatural dañina, como arcos¹, malos aires, brujos y espantos (Clarac, 1996). Esa visión espantosa asusta a la persona y el "susto" provoca y el "pasma" en la sangre. La sangre es concebida como corriente vital, es decir, corriente del alma, y el alma es percibida como vida e inteligencia, por lo que la visión espantosa perturba el alma del individuo que la tiene, provocando su locura. De este modo, la locura tiene que ver con un evento histórico en la vida del individuo, es irreversible y, además, cualquier persona puede volverse loca al ver a una entidad sobrenatural.

Bajo esta categoría también se pudieran incluir aquellas atribuciones relacionadas con el castigo infligido por una fuerza superior, debido a la violación de normas sociales. Green (1992) en un estudio sobre las explicaciones de las enfermedades de transmisión sexual en sociedades africanas, encontró que la principal causa de este tipo de enfermedades es percibida como una violación de las normas que rigen los comportamientos sexuales. La enfermedad es una forma de castigo por faltar a normas morales. Partiendo de ese concepto, la población prefiere recurrir a un tratamiento con un terapeuta tradicional, que a los servicios médicos oficiales. Las creencias en causas "místicas" de la enfermedad y la consecuente búsqueda de un tratamiento coherente con este tipo de atribuciones, también han sido identificados en comunidades afroamericanas de los Estados Unidos (Snow, 1978).

La organización de representaciones de la enfermedad en la memoria o el mapa cognitivo de las enfermedades

Aportes de los estudios psicosociales

Una línea de investigación en las representaciones de la enfermedad ha estado dirigida a estudiar la organización cognitiva de las representaciones de las enfermedades y cómo estas representaciones se relacionan unas con otras; es decir, el mapa cognitivo de las enfermedades y las dimensiones categoriales que lo definen.

Bishop (1991), examinó la organización cognitiva de enfermedades con una muestra de estudiantes universitarios de los Estados Unidos, poniendo énfasis en: a) la percepción que tienen las personas de las relaciones entre diferentes enfermedades, y b) las implicaciones de esta organización en las reacciones de la gente ante personas diagnosticadas

¹ Arcos (arco y arca): entidades sobrenaturales del páramo, del agua y del aire, que se manifiestan para perseguir a sus víctimas bajo apariencias humanas o animales (culebra gigante, trucha de todos los colores, venado, cerdo, caballo), bajo la forma del arcoiris y del relámpago (Clarac, 1996).

con una enfermedad particular. Los resultados indican que las enfermedades son organizadas de acuerdo a su percepción como enfermedades contagiosas y a la medida en que son vistas como severas o amenazantes para la vida. Estas dimensiones son consistentes con el modelo biomédico en el mundo occidental.

Los conceptos de salud y enfermedad se ven influidos por el contexto sociocultural. Por ejemplo, Bishop y Teng (1992) muestran los resultados de una investigación realizada con estudiantes universitarios chinos de Singapur, que indica que los estudiantes usan una combinación de conceptos occidentales y orientales sobre la enfermedad. Las dimensiones que en este estudio surgieron a partir de un análisis de escalamiento multidimensional fueron: 1) la severidad de la enfermedad; 2) el contagio; y 3) el concepto chino de "calor" (enfermedades calientes vs. frías). De igual manera, Tan y Bishop (1996), en un estudio realizado con estudiantes universitarios chinos y sus padres, y utilizando el análisis de escalamiento multidimensional, identificaron tres dimensiones que incluyen "bloqueo de *qi*" (concepto del sistema médico chino que se refiere al bloqueo de la energía vital que fluye en el cuerpo), además de las dimensiones de amenazante para la vida y causada por un virus. En este estudio, también se investigó la relación entre las dimensiones de la representación y la intención de conductas relacionadas con la enfermedad. La dimensión que mostró la relación más fuerte con la intención conductual fue la de "amenazante a la vida". Cuando la enfermedad era percibida como amenazante, las personas estaban más dispuestas a consultar con un médico alopático y mostraban menos intención de consultar a un *sinseh* (practicante de la medicina china), usar remedios caseros o tomar medicinas chinas tradicionales.

Bishop (1998) realizó otro estudio dirigido a profundizar en el papel de la cultura en la organización de las representaciones de la enfermedad, para lo cual tomó una muestra significativa de la población china, malaya e india de Singapur. Similar al procedimiento utilizado en los estudios anteriormente señalados, se les pedía a los sujetos que se pronunciaran sobre la similitud y diferencia de pares de 24 enfermedades sobre la base de escalas de cinco puntos. Además de las enfermedades clásicas, se incluyeron dos enfermedades populares "calentura" y "vientos en el cuerpo". También se les preguntaba qué tratamiento médico (Occidental, Chino, Indio, Malayo, otro, ninguno) utilizarían o recomendarían, preferirían o creían que era más efectivo, para cada enfermedad. Un análisis de escalamiento multidimensional identificó tres dimensiones: 1) causas espirituales o psicológicas; 2) severidad de la enfermedad y; 3) causas virales. Las dimensiones fueron relacionadas con el uso, la preferencia y la efectividad percibida de la medicina china, malaya, india y alopática. Los resultados para el respectivo grupo étnico mostraron que la medicina India tendía a ser usada, preferida y percibida como efectiva para enfermedades leves; mientras que la medicina China se percibía como más favorable para en-

fermedades que eran poco asociadas con causas espirituales/psicológicas y no virales. La medicina Malaya tendía a ser utilizada, preferida y percibida como más efectiva para aquellas enfermedades vistas como menos severas o poco asociadas con virus. Contrariamente, la medicina alopática (Occidental) se utilizaba, prefería y era vista como más efectiva para enfermedades percibidas como severas y causada por un virus. El autor refiere que las tres dimensiones encontradas representan conceptos tanto orientales como occidentales, lo cual es consistente con los resultados encontrados con muestras específicamente de personas chinas de Singapur.

Por otra parte, con una metodología diferente, orientada a determinar diferencias individuales en el uso de las dimensiones cognitivas en la representación de la enfermedad y su influencia en la preferencia de tratamiento médico y el papel que en esto juega la orientación cultural, Quah y Bishop (1996) trabajaron con una muestra de estudiantes universitarios chinos de Singapur y sus padres. Un análisis factorial reveló la presencia de cuatro dimensiones cognitivas para la organización de las enfermedades: "Creencias chinas sobre la salud", causas físicas de la enfermedad, severidad y cronicidad. Un análisis de los datos utilizando modelos de ecuación estructural reveló que las personas que tenían una alta orientación cultural china tendían a describir enfermedades usando conceptos de la medicina china y en menor medida a describir las enfermedades en términos de causas físicas o de cronicidad de la enfermedad. A su vez, las personas que hacían un gran uso de conceptos de salud chinos tendían con mayor probabilidad a señalar que ellos buscarían un tratamiento de un *sineseh* y no un tratamiento alopático. De manera diferente, las personas que tendieron a describir las enfermedades como causadas físicamente tendían a indicar que consultarían a un médico alopático.

Aportes antropológicos: estudios sobre taxonomías populares de enfermedades

Los antropólogos también se han interesado en explorar las clasificaciones que grupos culturales hacen de las enfermedades y las dimensiones que utilizan para hacer la clasificación. Se considera que el proceso de clasificar enfermedades es un aspecto esencial de la construcción cultural de la enfermedad. Las categorizaciones muestran que las enfermedades no son sólo conglomerados de síntomas, sino que, por una parte, revelan que son experiencias sociales y humanas en las cuales la persona enferma y su entorno están involucradas, y por la otra, y en un sentido más general, reflejan el conocimiento cultural, los valores y las normas de los grupos (Good, 1977; Ngokwey, 1995).

Young (1978) realizó un estudio de antropología cognitiva sobre la clasificación popular de 34 enfermedades y la relación de esta clasificación con las estrategias a seguir para enfrentarse con las enfermedades, en una muestra de seis personas prototípicas de la comunidad Tarascan, en Pichátaro, Michoacán (parte centro-occidental de México). Utilizó entrevistas estructuradas para explorar atributos asociados a las enfermedades y analizó los resultados utilizando análisis de clusters. Se encontró que las enfermedades eran clasificadas de acuerdo a tres dimensiones. En un *primer nivel* son clasificadas *de acuerdo a la causa*, en una dimensión de *causas internas vs. externas*. Las enfermedades externas son causadas por condiciones del medio exterior, como la lluvia y el viento (enfermedades de tipo respiratorias), mientras que las enfermedades personales son originadas por una dieta inadecuada o insuficiente, el susto, la debilidad, la cólera o la falta de limpieza. En un *segundo nivel* las enfermedades son divididas *de acuerdo a su gravedad (graves vs. menores)*, y en el *tercer nivel de acuerdo a la etapa de vida de la víctima típica* de la enfermedad (enfermedades infantiles vs. enfermedades que se dan a cualquier edad o son esperables en la adultez). Los datos de tipo cualitativo indican que la clasificación de la enfermedad define la estrategia a seguir para tratarla.

En un estudio con curanderos Tzo-ontahal Mayas, Chiapas (México), Nash (1967) encontró que las enfermedades se clasificaban principalmente con la dimensión de *enfermedades buenas vs. enfermedades malignas*. Las enfermedades buenas tienen su origen en trastornos o disgustos en las relaciones sociales; sin embargo, en esta categoría también se incluyen enfermedades "enviadas por Dios", entre las que estarían las enfermedades infecciosas (sarampión, tosferina, gripe, etc.) que son atendidas con tratamientos de la medicina oficial. Las enfermedades malas son causadas por brujerías. Como una dimensión secundaria se utiliza el contraste de la dicotomía de frío-calor (*enfermedad fría o caliente*). De la dimensión buena-mala fluye un sistema de tratamiento basado en rituales, mientras que de la dimensión frío-calor se derivan tratamientos basados en medicinas (medicinas frías o calientes, prescritas por el curandero o la propia familia del paciente, aunque también la comunidad recurre al médico de la comunidad, al sacerdote, o a los maestros de la escuela quienes también les pueden suministrar tratamiento).

En una investigación posterior con una muestra de Mayas Tojobal, del sur de Chiapas, Furbee y Benfer (1983) encontraron básicamente las mismas dimensiones descritas por los curanderos en el estudio de Nash (1967), aunque con explicaciones diferentes. En este estudio se utilizaron técnicas de entrevistas y análisis de escalamiento multidimensional para generar el mapa cognitivo de 22 nombres de enfermedades. Los resultados indican que las personas de esta comunidad utilizan dos dimensiones para la clasificación de las enfermedades. La primera, o más importante, dimensión es la de *enfermedades enviadas por Dios o enviadas por seres*

humanos. Las enfermedades de Dios son categorizadas como buenas porque tienen tratamiento y cura. Las enviadas por otras personas (a través de brujerías o producto de transgresiones sociales) son malas porque son resistentes a los tratamientos; éstas no son tratadas con tratamientos médicos ordinarios, sino que requieren que un curandero de la comunidad descubra y trate los elementos sociales que originaron la enfermedad, aparte de aquellos que son propios del paciente (por ejemplo, la enfermedad de un niño puede ser originada por una transgresión social cometida por su padre o por una brujería dirigida a su padre). Al mismo tiempo las enfermedades pueden ser clasificadas según su temperatura, como *calientes, templadas o frías* (segunda dimensión). De esta manera para un episodio de enfermedad y su tratamiento, se considera no sólo si la enfermedad es fría, caliente o templada, sino si es enviada por Dios (por lo que, por ejemplo, sería curable con una medicina fría cuando la enfermedad es caliente) o si es enviada por una persona (por lo que se requerirían los servicios de un curandero para localizar la causa social).

Por su parte, Ngokwey (1995), utilizando una metodología etnográfica (observación participante y entrevistas), exploró los tipos de enfermedades conocidas y la clasificación de las mismas en la ciudad de Feira de Santana, en el nordeste de Brasil. Los resultados indicaron que los síntomas son reconocidos y útiles para describir las enfermedades y diferenciarlas, pero no constituyen una categoría central para la clasificación de las mismas. Las enfermedades se clasifican fundamentalmente sobre la base de cuatro dimensiones particulares:

a) *causa y tipo de tratamiento*: esta dimensión distingue entre las enfermedades materiales y las enfermedades espirituales. Las enfermedades *materiales* son causadas por elementos del ambiente natural (comida dañada, herencia, contagio), o por aspectos socioeconómicos (pobreza, deficiencias sanitarias), o por aspectos psicosociales (rabias); estas enfermedades son tratadas generalmente con hierbas o por medio de tratamientos médicos. Por su parte, las enfermedades *espirituales* son causadas por espíritus u otras fuerzas o entidades sobrenaturales; éstas son tratadas por rituales o rezos realizados por un rezandero. Estas categorías de espirituales vs. materiales, constituyen un continuo, más que una dicotomía. Enfermedades, como la fontanela caída, según la causa es material (exceso de trabajo), pero según el tratamiento, es espiritual. Además, la ubicación de una enfermedad a una categoría, no es automática, sino que depende de condiciones como los significados atribuidos a las circunstancias que rodeen el desarrollo de la enfermedad y el resultado de intentos terapéuticos. Por ejemplo, una enfermedad puede ser considerada como espiritual, si después de tratamientos médicos la persona no logra curarse.

b) modo de transmisión: esta dimensión distingue las enfermedades heredadas (internas a la persona) de las contagiosas (externas). Tampoco para esta dimensión las categorías son absolutas. Por ejemplo, la epilepsia y la tuberculosis en algunas circunstancias son concebidas como heredadas y en otras como contagiosas.

c) grado de severidad: distingue las enfermedades comunes de las severas (o "bravas"). La severidad es determinada por el pronóstico (la persona puede morir) o por el tipo de tratamiento requerido (urgente, especial, etc.). También se consideran las consecuencias de la enfermedad (abarca o no todo el cuerpo, es o no dolorosa, puede ser incapacitante, etc.).

d) grupo en riesgo: diferencia las enfermedades de niños, de ancianos, de adultos, de hombres, de mujeres.

Las enfermedades individuales pueden ser entendidas en términos de un escenario o secuencia de eventos prototípicos (Lalljee et al, 1993). Una investigación realizada por Lalljee, Lamb y Carnibella (1993), utilizando análisis de clusters, reveló que las dimensiones de causas típicas de la enfermedad y persona típica que la sufre, son características relevantes utilizadas por las personas para identificar un grupo de síntomas como una enfermedad. Las personas hacen diagnósticos utilizando los síntomas sólo cuando la persona que los sufre o las causas no parecen ser típicas del grupo de síntomas que se intentan diagnosticar. Es decir, las enfermedades pueden ser representadas como una secuencia de eventos o escenarios, incluyendo no sólo los *síntomas típicos*, sino *las causas típicas* y *las personas típicas que las sufren*.

La representación de la enfermedad en términos de una secuencia de eventos, también ha sido encontrada, en estudios de corte antropológico cognitivo, en comunidades no anglosajonas. Nuckolls (1991) ha descrito como en la comunidad Jalari, en la India, se asocian enfermedades a la acción directa de un espíritu, lo que ocurre generalmente cuando han existido problemas de relaciones personales en el ambiente familiar y social de la víctima. Un "adivinator o curandero" de la comunidad clasifica la enfermedad como enfermedad de los "doctores" (no ha sido provocada por un espíritu y debe ser atendida por un doctor de la comunidad) o una enfermedad producida por el ataque de un espíritu. Nuckolls utiliza el Modelo de Esquema Social, propuesto originalmente por Schank y Abelson (1977), para explicar cómo los Jalari hacen las atribuciones causales, el diagnóstico y las predicciones que se derivan del diagnóstico de enfermedades que son atribuidas al ataque de espíritus (por ejemplo, fiebres durante el embarazo) y que también están relacionadas con la alteración de las relaciones sociales del afectado.

Cuadro 1

Resumen de resultados de investigaciones psicosociales y antropológicas sobre el rol de la cultura en la representación de las enfermedades (dimensiones cognitivas centrales en la organización cognitiva de enfermedades)

AUTOR	DIMENSIONES	GRUPO CULTURAL	ANÁLISIS ESTADÍSTICO PRINCIPAL	INFLUENCIA EN LA CONDUCTA
Bishop (1991)	Contagio Severidad, Amenazante	Estado Unidos	Escalamiento multidimensional	Percepción de enfermedad contagiosa orienta disposición a interactuar con la víctima
Bishop y Teng (1992)	Contagio Severidad Calor (concepto chino)	Chinos (Singapur)	Escalamiento multidimensional	
Tan y Bishop (1996)	Causada por virus Severidad, amenazante Bloqueo de qi	Chinos (Singapur)	Escalamiento multidimensional	Orientan intención de selección de tipo de tratamiento
Bishop (1998)	Causas espirituales/psicológicas Severidad Causada por virus	Chinos, Malayos, Indios (Singapur)	Escalamiento multidimensional	Orientan intención de uso, preferencia y percepción de efectividad de tipo de tratamiento médico
Quah y Bishop (1996)	Creencias chinas salud/enfermedad Causas físicas Severidad Cronicidad	Chinos (Singapur)	Análisis Factorial	Orientan intención de selección de tipo de tratamiento
Laljee et al. (1993)	Causas típicas Síntomas típicos Víctimas típicas	Ingleses	Análisis de clusters de enfermedades	
Young (1978)	Causa (interna/externa) Severidad Edad de la víctima	Mexicanos (Tarascán)	Análisis de contenido de entrevistas Análisis de clusters	Orientan intención de selección de tipo de tratamiento
Nash (1967)	Buenas/malas (según sea el origen/causa) Frio Vs. Calor	Tzo-ontahal en Chiapas (México)	Análisis de contenido de entrevistas	Orientan intención de selección de tipo de tratamiento
Furbee y Benfer (1983)	Enviadas por Dios/Seres Humanos (causa) Calientes, templadas, frías	Mayas Tohobal en Chiapas (México)	Análisis de contenido de entrevistas Escalamiento multidimensional	Orientan intención de selección de tipo de tratamiento
Ngokwey (1995)	Causa y tratamiento Transmisión Severidad Grupo en riesgo	Brasileños (Nordeste)	Observación participante Análisis de contenido de entrevistas	Orientan intención de selección de tipo de tratamiento

Los resultados de los estudios mencionados, indican que la organización cognitiva de las enfermedades y las dimensiones centrales para esa organización, varían dependiendo del contexto sociocultural. El Cuadro 1, que presenta un resumen de los resultados de estos estudios, permite visualizar mejor como la dimensión "causas de la enfermedad" y en segundo lugar, "la severidad o amenaza de la enfermedad", parecen ser las dimensiones más estables en términos de que se presentan en diferentes grupos culturales. El contagio, sólo se presenta como dimensión central en estudios con estudiantes universitarios chinos de Singapur y caucásicos de los Estados Unidos. Mientras que otras dimensiones parecen estar relacionadas al sistema médico alternativo al alopático que se utiliza en un específico grupo cultural (por ejemplo: bloqueo de qi, concepto chino de calor, creencias de salud en la medicina china, la naturaleza caliente, templada o fría de la enfermedad). Las causas de la enfermedad también están influidas por los conceptos sobre la salud y la enfermedad de los sistemas médicos que coexisten en una misma cultura (ambiente natural, brujerías, virus, relaciones sociales, Dios). Los resultados también indican que estas dimensiones, que permiten clasificar las enfermedades, orientan la preferencia por un tipo de tratamiento médico en particular. Es importante señalar que esta comparación está limitada porque los estudios han utilizado una metodología algo diferente, principalmente en términos de procedimiento y tipo de análisis estadísticos aplicados.

Las dimensiones culturales de Hofstede y creencias sobre la enfermedad

Las diferencias culturales pueden explicar las diferencias en conducta social ante las enfermedades, en función de los procesos de percepción de gravedad, control y explicación de las causas de enfermedad antes descritas. Por ejemplo, la epidemia de peste del siglo XIV, pese a ser tan mortífera en África del Norte como en Europa, no provocó conductas colectivas de pánico y violentas en el primer caso. En el segundo caso, se percibió como fuertemente letal, contagiosa, incontrolable y de causa desconocida. En el primer caso, la enfermedad no se percibió como contagiosa, se representó como una enfermedad que castigaba a los no creyentes o en el caso de los musulmanes como un martirio enviado por Dios. Se presupone que estas diferencias culturales impidieron el miedo colectivo al contagio y las conductas colectivas de pánico y violentas asociadas a él (Rushing, 1995).

Definiendo la cultura como *programación cultural de la mente que diferencia a un grupo de otro*, Hofstede (1991) describe cuatro dimensiones culturales, a saber, a) la relación con la autoridad o *distancia jerárquica*, vinculada a la aceptación de las diferencias de estatus, b) la manera de enfrentar el conflicto, incluido el control de la agresividad y la expresión

vs. la inhibición del afecto, denominada *control o evitación de la incertidumbre*; c) la *masculinidad* cultural, referida a las sociedades en las que los roles sexuales son socialmente muy diferentes frente a la *femineidad* cultural, que muestra a sociedades en las que los roles sexuales están socialmente muy imbricados y en las cuales, tanto el rol masculino como el femenino se caracterizan por la necesidad de una relación expresiva y por una menor diferenciación relativa entre los sexos; y d) la relación entre el individuo y la sociedad que se operacionaliza a través de la bipolaridad *individualismo-colectivismo*. El término "colectivismo", en este contexto, no implica connotación política alguna, ya que las orientaciones políticas coyunturales del Estado, intervienen a otros niveles diferentes a lo culturalmente establecido. La investigación de Hofstede (1991) describe la cultura de EEUU como la más individualista del mundo y las culturas nacionales de Latinoamérica junto con las asiáticas como aquellas que tienen mayor distancia jerárquica, colectivismo y evitación de la incertidumbre en el primer caso.

La diversidad en valores culturales se ha asociado a diferencias en procesos de creencias y conductas sociales relevantes para las representaciones y respuestas ante las enfermedades. Algunas culturas, como las colectivistas asiáticas, muestran menos sesgo de optimismo ilusorio o de ilusión de invulnerabilidad, una menor percepción de control interno, menos sesgos atribucionales de auto-protección y mayor aceptación de disonancia cognitiva, que las individualistas (Markus, Kitayama y Heiman, 1996).

Esta mayor aceptación de la disonancia en las culturas occidentales puede explicar por qué las investigaciones han mostrado que personas africanas y asiáticas utilizan simultáneamente, y al mismo tiempo, medicina alopática y tradicional. Esta conducta de enfermedad "incongruente" se ha interpretado como una mayor tolerancia a la incongruencia o disonancia cognitiva (Smith y Bond, 1998), aunque cabe preguntarse si esa conducta no es también dominante en las culturas occidentales.

Las personas de culturas individualistas manifiestan una ilusión de invulnerabilidad, que se traduce en una tendencia a percibirse en menor riesgo de contraer enfermedades que la persona media. El compartir valores individualistas que refuerzan una imagen de sí independiente y sobre la media, se supone que explican esta tendencia a sobrevalorar el control sobre la enfermedad y a una falsa unicidad o creencia de sentirse más invulnerable a las enfermedades que el promedio de sus similares. Los procesos que explican esta ilusión de invulnerabilidad en parte pueden explicar por qué este fenómeno se manifiesta con menos fuerza o no se manifiesta en culturas colectivistas. Los factores asociados a la Ilusión de Invulnerabilidad son (Van der Pligt, 1995):

a) *La falta de experiencia directa*: después de experimentar un terremoto, las personas perdieron su optimismo acerca de ser menos vulnerables que personas similares a ellos ante desastres naturales. Sin embargo, esta disminución, por la experiencia, de la ilusión de invulnerabilidad no se generalizó a otras áreas (no creían ser tan vulnerables como la media ante otro tipo de hechos negativos). Además, después de tres meses su ilusión de invulnerabilidad se había recuperado (Burger y Palmer, 1991). Se sabe que el colectivismo se asocia a menor desarrollo socioeconómico y menores expectativas de vida, probablemente a mayores experiencias de enfermedad y hechos negativos, lo que podría contribuir a una menor ilusión de invulnerabilidad (Basabe et al., 2000).

b) *La percepción de control*: las personas se perciben como más invulnerables a enfermedades percibidas como controlables (p.e. cardíacas) que a enfermedades menos controlables. Como hemos mencionado, las personas de cultura colectivista tienen un locus de control menos interno, por lo que la menor percepción de control también redundará en una menor ilusión de invulnerabilidad. La investigación de Nilchaikovit, Hill y Holland (1993) sobre diferencias entre enfermos confirma en parte esto: para los asiáticos, más colectivistas y de mayor distancia al poder, la vida es sufrimiento y es incontrolable, mientras que para los individualistas euro-americanos la vida significa felicidad y está bajo control.

c) *El tener un estereotipo sobre el tipo de personas que son víctimas de accidentes y creerse diferentes de ellos*: las personas colectivistas asiáticas se perciben más homogéneas y valoran más la similitud, por lo que probablemente se diferenciaran menos de las personas prototípicas aquejadas de enfermedad. Confirmando esta idea de mayor similitud percibida entre sí en los colectivistas, Lee y Otatti (1993) encontraron que personas colectivistas (chinos) evaluaban a su endogrupo, es decir, a los ciudadanos chinos, como más homogéneos o similares entre sí que al exogrupo, ciudadanos de EEUU en este caso. Estos últimos mostraban la ilusión de homogeneidad exogrupal y una mayor percepción de heterogeneidad endogrupal, es decir, veían a los chinos como más similares entre sí y a los estadounidenses como más variables. Esta ilusión de homogeneidad exogrupal se consideraba un sesgo dominante general. Es importante destacar que la nación china es étnicamente más homogénea y los chinos presentan mayor similitud entre sí -aunque el colectivismo y la distancia al poder en general se asocian a la heterogeneidad cultural (Diener et al., 1995). En otras palabras, probablemente porque no valoran la individualidad ni la heterogeneidad tanto como los individualistas, al margen de la existencia real de diferencias y de su grado de conocimiento de un grupo, los colectivistas no percibirán tantas diferencias entre los miembros de su endogrupo -de hecho, entre los chinos una mejor evaluación de los ciudadanos de EEUU no se asociaba a una mayor percepción de variabi-

lidad o mayor heterogeneidad de estos últimos. Probablemente esta mayor percepción de similitud entre sí mismos explica porqué presenten una menor ilusión de invulnerabilidad ante hechos negativos como las enfermedades.

d) *El manejo de la ansiedad*: a mayor gravedad del hecho amenazante, como una forma de reducir la ansiedad, los sujetos creen menos probable que les ocurra a ellos (Van Der Pligt, 1995). Aunque la gravedad de la enfermedad probablemente sea similar, hay evidencia que sugiere que personas colectivistas aceptan más la enfermedad y la conciben menos como un desafío y un fracaso. Se puede suponer que las culturas colectivistas responderán con mayor aceptación a las enfermedades. La investigación de Nilchaikovit, Hill y Holland (1993) sobre diferencias entre enfermos confirmó que para los enfermos asiáticos la vida es sufrimiento, es incontrolable y la enfermedad y la muerte son producto de acciones pasadas o de la mala suerte y son inevitables, mientras que para los individualistas euro-americanos la enfermedad y la muerte significan fracaso y deben ser combatidas, es decir, son señales de mayor amenaza e inducen más ansiedad en un contexto cultural individualista que valora la vida como felicidad y el control. Sin embargo, actitudes de pasividad ante la muerte provocada por epidemias, mencionadas en el África actual, también se han encontrado en experiencias occidentales de enfermedades letales en siglos anteriores, o en experiencias extremas (campos de concentración), y pueden ser explicadas por extenuación física (Delumeau, 1993).

También se ha sugerido que las diferencias culturales se asociarán a maneras diferentes de concebir la relación entre pacientes y sanitarios. Draguns (1996) sugiere que en las culturas colectivistas el terapeuta se percibe más como una madre nutricia y que la integración social, el manejo de la vergüenza y de las relaciones con otros, así como la aceptación del control son más frecuentes y valorados en los enfermos. En las culturas de alta distancia al poder el terapeuta se ve como un experto, que dirige al enfermo y es responsable de los cambios y decisiones. Los enfermos aceptan una fuerte diferenciación de estatus y roles entre terapeutas y pacientes, así como se valora el conformismo. En las culturas individualistas el terapeuta es una figura paternal, se valora la responsabilidad e individualidad, el auto-conocimiento y la resolución de conflictos interpersonales en el caso de los enfermos. En las culturas de baja distancia al poder el terapeuta es un catalizador del auto-descubrimiento y actualización del paciente, no hay grandes diferencias de rol y estatus entre terapeutas y enfermos y el tratamiento se focaliza en la persona y su auto-desarrollo. Estas intuiciones de Draguns se reflejan parcialmente en la investigación antes citada de Nilchaikovit et al. (1993). La relación-médico paciente, para los asiáticos que comparten una cultura más colectivista y de mayor distancia al poder, es de tipo jerárquico. El paciente se somete a

la autoridad del médico, y este último debe interesarse en el destino global del paciente. Para los euro-americanos, de cultura de menor distancia al poder y más individualista, la relación médico-paciente es más igualitaria, el paciente participa en el proceso de decisión, la relación no es personal entre terapeuta y enfermo, sino que de tipo contractual, y el médico no debe mostrar interés personal, sino que ser eficaz, profesional y competente.

Datos de un estudio con 3.000 estudiantes de psicología de 29 países sobre causas de la emoción de tristeza confirman el carácter más estoico de las culturas colectivistas, de alta distancia al poder y masculinas, ante la enfermedad (véase Fernández et al., 2000, para una descripción de esta investigación). Consideraban como una causa relativamente menos típica de tristeza dos hechos vinculados a la enfermedad: a) la muerte, y b) la enfermedad grave de una persona cercana -los sujetos de naciones con puntuaciones bajas en individualismo o colectivistas ($r=0,16$ y $r=0,14$, ambas r 's $p<0,001$). También consideraban la muerte y enfermedad grave como causas menos típicas de la tristeza las personas de naciones con puntuaciones altas en distancia jerárquica (ambas r 's, $r=-0,17$ $p<0,001$) y las personas de culturas masculinas ($r=-0,08$ y $r=-0,10$, ambas r 's $p<0,001$). En otros términos, las personas de culturas individualistas que valoran a la persona autónoma, de culturas igualitarias o de baja distancia jerárquica y de culturas femeninas que valoran el apoyo social emocional, informan con mayor intensidad que la enfermedad y la muerte son causas muy típicas de tristeza. Aunque es de destacar que la diferencia es relativa, ya que la enfermedad y la muerte sí constituyen una causa importante de tristeza en todas las culturas. La puntuación de personas colectivistas, de alta distancia jerárquica y masculinas, aun siendo inferior a las personas de culturas opuestas, se sitúa dentro del rango de causa (medias de 3,2 - 3,6; en un rango de 1=nada a 4=muy típico). Además, existía una asociación entre el grado de desarrollo socioeconómico de la nación, evaluado por el Índice de Desarrollo Humano de la ONU para el año 1994, y el acuerdo con que la muerte y la enfermedad eran causas de tristeza ($r=0,22$ y $r=0,20$, ambas r 's $p<0,001$). La satisfacción de las necesidades básicas y las mejores condiciones de vida de un país se asocian a una mayor sensibilidad ante la enfermedad de las personas que viven en él.

Un análisis que permite establecer la influencia específica de cada variable en la variable dependiente (regresión múltiple) confirmó que a mayor desarrollo socioeconómico, menor distancia al poder y menor masculinidad, más se consideraban típicas causas de tristeza la muerte y la enfermedad -los betas o coeficientes de correlación parcializando la influencia de otras variables fueron significativos, aunque esto no ocurrió con el individualismo cultural, fuertemente asociado al desarrollo socioeconómico y a la baja distancia al poder. Se puede concluir que las sociedades de menor desarrollo socioeconómico, de mayor distancia al poder y masculinas, compartirán una representación más estoica y de relativa

aceptación de la enfermedad –sin que el grado de individualismo juegue un papel tan relevante.

Estas diferencias asociadas a valores culturales en representaciones de la enfermedad pueden ser fuente de malentendidos y de incomunicación cultural. Por ejemplo, Agger y Jensen (1997), encontraron que psicoterapeutas escandinavos, de cultura más individualista y de menor distancia al poder, percibieron a los psicoterapeutas chilenos como excesivamente implicados con sus pacientes cuando estos respondían a las expectativas de simpatía y de orientación directiva que predominaban en su contexto cultural. Evaluando a una paciente coreana leucémica y con depresión, un terapeuta estadounidense percibió a los padres de la enferma como excesivamente implicados y recomendó que la joven tomara distancia de su familia para obtener independencia y control. Por el contrario, un terapeuta que compartía la cultura más colectivista y de mayor distancia al poder de la paciente, sugería que los síntomas de depresión de la enferma leucémica se explicaban en parte porque el personal del hospital no entendía lo que eran cuidados adecuados en la cultura coreana y que la paciente deseaba una relación aún más fuerte con su familia. La representación interdependiente, de modestia y respeto de las culturas colectivistas y de alta distancia al poder, implican una representación y expectativas de la enfermedad: fuerte implicación familiar y delegación de las responsabilidades en los expertos con estatus. La representación independiente, de evaluación de la persona como diferente y positiva, de relaciones horizontales, igualitarias, implica otra representación de la enfermedad y del enfermo: autonomía individual, decisión y control personal y relación "fría" e igualitaria entre sanitario y paciente.

Es importante destacar que estas diferencias entre representaciones individualistas y de desafío frente a representaciones colectivistas y de aceptación probablemente se reproduzcan entre clases al interior de una misma nación. Además de que hay mucha información etnográfica que sugiere que las clases populares son más colectivistas y tienen representaciones más estoicas de la enfermedad, Marshall (1997) ha confirmado diferencias entre clases en Individualismo Cultural. Por un lado, las personas de Nueva Zelandia mostraban mayor Individualismo cultural que las de Indonesia, pero, además, dentro de cada nación las personas de clase social popular o baja mostraban mayor colectivismo que las personas de clase media o alta.

Las representaciones sociales de la enfermedad de Chagas en zonas endémicas de Venezuela

A continuación, y con el objeto de mostrar una aplicación práctica de todo lo que hemos estado mencionando hasta ahora, nos vamos a referir a un estudio concreto en el que se analizaron las representaciones sociales que existían en comunidades endémicas del Estado Trujillo en Venezuela de la Enfermedad de Chagas (León, 1996). Se concibió la aproximación a las representaciones sociales como el estudio de las funciones sociales de las actitudes y creencias socialmente compartidas sobre un objeto social, en este caso, el Mal de Chagas. Se aplicó un cuestionario con ítems tipo Likert de tres puntos (Si-No-No sé) a una muestra de 473 personas de zonas rurales y se realizaron entrevistas en profundidad a personas prototípicas. La presencia endémica del Mal de Chagas hace que la aparición de este Mal no sea una situación novedosa. Esto es contradictorio con la importancia atribuida en la sociogénesis de las representaciones sociales a la novedad, el conflicto entre grupos o condiciones de vida y creencias previas.

La gente de zonas endémicas tiene poca información básica sobre la enfermedad coherente con el conocimiento científico. Sin embargo, las pasadas campañas de fumigación y de educación sanitaria, así como las tentativas de cambiar el tipo de vivienda campesina, sí se pueden considerar como fenómenos nuevos, que generan conflictos con las formas de vida de los habitantes de las zonas afectadas por el Mal de Chagas.

Contenido de la representación: creencias sobre causas

De las 473 personas encuestadas, sólo el 45% (n=212) de la muestra había escuchado hablar del Mal de Chagas, sólo el 20% sabía algo acerca de la enfermedad y sólo el 52% asoció la picada de chipo¹ a la enfermedad. Este resultado indica que la enfermedad es bastante desconocida entre la población de este estudio. La muestra tiene dudas y desconocimiento en relación a la mayoría de las dimensiones de la enfermedad. En general los porcentajes mayores de respuestas se dan ante la categoría que indica "No sé" o "No estoy seguro". Las creencias donde hubo mayor porcentaje de acuerdo, que indican cuáles son los aspectos de la enfermedad que se conocen, son: que el *Mal de Chagas es causado por la picada del chipo* (52%) y que esta enfermedad es *peligrosa* porque puede causar la muerte (51%). La población *no sabe si está en riesgo* de contraer la enfermedad (55%).

¹ Insecto de la especie Triatominae, que transmite el parásito de la Enfermedad de Chagas. El parásito entra al organismo humano principalmente a través de las heces infectadas que el insecto deposita en la piel, al alimentarse de la sangre de la persona.

Las creencias y el conocimiento acerca de la enfermedad tienden a focalizarse en su transmisor. La mayoría de las personas estuvieron de acuerdo con los ítemes relacionados con la *peligrosidad del insecto* (81%), las *formas en que los chipos invaden las casas* (64%) y en sus refugios (62%) y *hábitos* (81%) *dentro de la vivienda*, y en que *el insecto está más asociado a las casas de palma* (86%) y *barro agrietado (rancho típico campesino)* (84%), que a *otro tipo de casas* (45%). Se cree que los chipos *envenenan la sangre* (55%), *dejan a la gente palúdica* (44%) y *causan delgadez y debilidad* (56%). Las dos especies de chipos que más invaden e infestan las casas son reconocidas por una gran parte de las personas (67%), pero sólo cuando ya tienen un tamaño adulto. En sus primeros estadios del desarrollo el insecto, este no es reconocido como el transmisor del Mal de Chagas (78%) a pesar de también tiene capacidad de infección en estos estadios.

A las personas que creían que el Mal de Chagas se puede prevenir (41%) se les preguntó acerca de las medidas más efectivas para la prevención y/o el control de la enfermedad. La más mencionada es la fumigación de las viviendas por el organismo oficial para el control de enfermedades endémicas rurales (Malariaología), aunque es menos de la mitad de la muestra la que hace mención de esta medida (40%). Como segunda medida mencionan la limpieza de las casas (21%). Finalmente, sólo una minoría señala otras medidas básicas para el control y prevención de la enfermedad (cambiar techos, frisar paredes) (5%). Estos resultados sugieren que la prevención es percibida como responsabilidad de los organismos oficiales y basada fundamentalmente en la fumigación.

En resumen, los resultados indicaron que las creencias en relación al Mal de Chagas giran principalmente en torno a su *causa*, que para este caso es el insecto ("chipo") que transmite el parásito causante de la infección, y en menor medida a sus *consecuencias, síntomas, cura y evolución*. Lo cual coincide con los resultados de estudios dirigidos a identificar los componentes del esquema de la representación.

Escenario Prototípico

Otro elemento a tomar en cuenta son las creencias sobre el tipo de persona en riesgo y el contexto donde ocurre la enfermedad. La representación más clara del Mal de Chagas se estructura en términos del escenario prototípico donde ésta ocurre y la persona prototípica en riesgo: el rancho de palma y barro del campesino pobre del medio rural, donde proliferan los chipos causantes del Mal de Chagas. Lo cual es coincidente con lo encontrado en otros estudios: -la enfermedad X, se asocia a personas de tipo Y, que viven en un contexto Z (Blanco et al., 1993). En vista de que el Mal de Chagas transcurre por años sin síntomas, éstos parecen ser secundarios en la representación; además de haberse basado el control

en fumigar y sustituir la casa con mayor riesgo de infestación por los insectos. De esta manera el chipo y el rancho campesino del Mal de Chagas se constituyen en el icono de la enfermedad. Los chipos y el rancho son el punto de referencia principal para explicar la enfermedad, más que sus síntomas o las afecciones físicas asociadas a la misma. A partir de esos elementos se definen los grupos de riesgo, se cataloga la enfermedad como rural, se valora si la enfermedad es aun un problema de salud pública. Las entrevistas en profundidad sugieren que el chipo no sólo es asociado al rancho típico campesino de palma y barro, sino también a "la suciedad" y "la miseria". La suciedad parece inherente a la pobreza y es la suciedad la que también explica por qué los chipos proliferan en los ranchos. La enfermedad es asociada entonces con la "gente pobre", "sucias", "desordenada". Finalmente, en las explicaciones de las personas surgen más los "problemas de la sangre" (anemia, debilidad, delgadez, envenenamiento, la sangre se vuelve agua) que los cardíacos asociados al Mal de Chagas.

En la representación de la enfermedad como un escenario prototípico resalta entonces una casa prototípica del Mal de Chagas y una persona prototípica en riesgo. Este elemento es importante ya que Weinstein (1984, citado por Van der Pligt, 1996) encontró que uno de los factores explicativos de la ilusión de invulnerabilidad era la creencia fuerte en una persona prototípica a la que la enfermedad afectaba -persona prototípica que se diferenciaba de uno-. Por otra parte, tener un estereotipo de la casa del Mal de Chagas y del tipo de persona en riesgo, puede conducir también a la ilusión de invulnerabilidad a través del "heurístico de representatividad". Es decir, cuando las personas tienen un estereotipo claro del tipo de persona que está en riesgo de enfrentar un hecho, acuden a este estereotipo presente en su memoria y se comparan con él para evaluar su propio riesgo; como generalmente las personas tienden a evaluarse como diferente al estereotipo, subestiman su propio riesgo (Kahneman y Tversky, 1972).

Dimensiones de las Creencias

Se realizaron una serie de análisis factoriales con la intención de resumir la información y realizar con ésta posteriores análisis. Los factoriales también permiten ver que las creencias se estructuran en dimensiones y al mismo tiempo éstas constituyen principios organizadores de las tomas de posición en relación al objeto Mal de Chagas. Se realizaron tres análisis factoriales: uno con los ítemes sobre conocimiento y creencias de las dimensiones básicas del esquema de la enfermedad, otro con los ítemes sobre creencias en relación al riesgo; y por último, un análisis factorial con todos los ítemes sobre conocimiento y creencias sobre el vector.

En el análisis factorial de los ítems que medían las dimensiones básicas del esquema de enfermedad se extrajeron los siguientes cuatro factores: a) *La Enfermedad de Chagas afecta el corazón y la sangre;* b) *Explicación popular correcta del ciclo de transmisión de la enfermedad y su principal consecuencia: el chipo infectado y la muerte repentina;* c) *La Enfermedad de Chagas es una enfermedad de la piel;* d) *El mosquito es el transmisor del Mal de Chagas.* En el análisis factorial de los ítems que exploraban la percepción de riesgo se extrajeron los siguientes cuatro factores: a) *Percepción de riesgo personal y familiar de contraer la enfermedad;* b) *La Enfermedad de Chagas sólo afecta a la gente mayor;* c) *El personaje prototípico de la Enfermedad de Chagas (personas que viven en el medio rural en ranchos con techo de palma y paredes de barro), es el único en riesgo;* d) *Las personas enfermas tienen que cambiar de estilo de vida.* En el análisis factorial de los ítems sobre el conocimiento y las creencias acerca de los hábitos significativos del vector y su relación con problemas de salud, se extrajeron siete factores: a) *Hay otras condiciones ambientales de riesgo en las casas, adicionales a la palma y a las paredes de barro agrietado;* b) *La casa prototípica del Mal de Chagas (el rancho) es la única en riesgo;* c) *Hay costumbres prototípicas de riesgo;* d) *El chipo causa problemas cardíacos conocidos como el Mal de Chagas;* e) *El chipo causa enfermedades de la piel;* f) *Hay casas no-prototípicas en riesgo;* g) *El chipo daña la sangre y deja a la gente "anémica".*

Las dimensiones de creencias y su relación con la intención de prevención

Cada uno de los factores extraídos se convirtió en una nueva variable que representa una dimensión de creencia. También se creó una nueva variable (a partir del primer factor) que representara el '*conocimiento correcto de síntomas*'; es decir, el reconocimiento del Mal de Chagas como una cardiopatía y sus síntomas principales. Con estos puntajes factoriales se realizó un análisis de regresión múltiple para examinar cómo las creencias se anclan en la intención de conducta preventiva. Se tomó como variable clave a explicar la intención de participar en actividades de prevención de la Enfermedad de Chagas (VD) y como indicador de esta variable se consideró la percepción de prevención de la enfermedad. Los resultados de las regresiones múltiples (resumidos en la Figura 1), considerando además las correlaciones entre las variables, indican que:

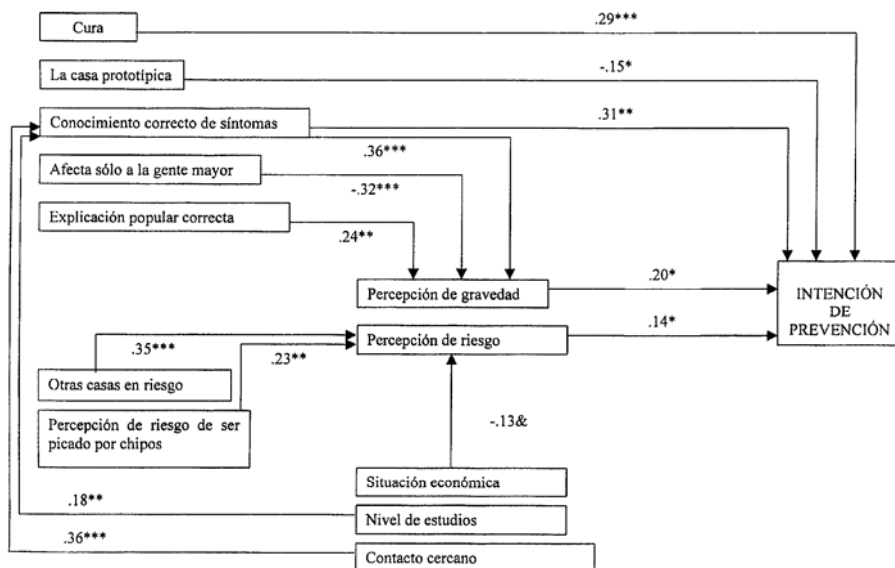


Figura 1: Modelo inductivo predictivo de la intención de participación en actividades de prevención de la Enfermedad de Chagas. Los valores mostrados son valores Beta (estudio con comunidades endémicas), & $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

a) *la intención de prevención será mayor*: mientras mayor sea el conocimiento correcto de los síntomas cardíacos de la enfermedad; mientras más se crea que la Enfermedad de Chagas tiene cura; mientras más grave sea percibida la Enfermedad de Chagas; mientras mayor sea la percepción de riesgo personal y familiar de contraerla y mientras menos se crea en una casa prototípica del Mal de Chagas (rancho de palma y barro) como la única en riesgo. b) *La enfermedad de Chagas será percibida como una enfermedad grave*: mientras más se conozcan las afecciones cardíacas y los síntomas de la enfermedad, mientras más se manejen explicaciones populares del ciclo de transmisión de la enfermedad y su principal consecuencia, la muerte de repente, mientras menos se crea que es una enfermedad que sólo afecta a la gente mayor. c) *Habrá una mayor percepción de riesgo* de contraer la enfermedad: mientras más se crea que en la casa donde se vive se corre el riesgo de ser picado por chipos y mientras más se crea que otro tipo de casas (casas de bloques, casas con techos de zinc), diferentes a la prototípica (rancho de palma y barro), también pudieran estar en riesgo de ser infestadas. También se encontró que las personas de nivel socioeconómico bajo se perciben en mayor riesgo. d) *Habrá un mayor conocimiento de los síntomas de la enfermedad* mientras mayor sea el nivel de estudios de la persona y mientras más contacto se haya tenido con la enfermedad (conociendo personas afectadas, sean asintomáticos o con cardiopatía chagásica).

Los resultados indican que la representación de la enfermedad (conocimiento y creencias de sentido común en relación a síntomas, causa, curso, consecuencia, cura, tipo de persona a la que afecta la enfermedad) y las actitudes hacia la enfermedad juegan un papel importante en la orientación de la intención de participar en la prevención de la enfermedad. Esto es coherente con la revisión previa sobre estudios antropológicos y psicosociales en la representación de la enfermedad. En particular, los resultados que muestran a la percepción de gravedad y la percepción de riesgo como variables predictoras de la intención de prevención, son consistentes con lo planteado por el Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1974, Janz y Becker, 1984) y la Teoría de la Motivación para la Protección (Rogers, 1975; 1983) y en lo que se refiere a la curabilidad (en este estudio una creencia errónea), esta es consistente con la variable de percepción de control conductual considerada por el Modelo de la Acción Planificada (Ajzen, 1985).

En las comunidades endémicas de este estudio no parece evidente que la enfermedad sea percibida como una amenaza física. Es probable entonces que la principal función de la creencia en una casa prototípica (asociada negativamente con la intención de prevención) sea más bien la de defensa de la identidad social -dado el estigma asociado a la enfermedad. Esto es coherente con los resultados de otros estudios donde se ha observado que las personas evalúan que están en menos riesgo que otros, con el objetivo de mantener o incrementar su autoestima, lo que podría conducir a la ilusión de invulnerabilidad ante la enfermedad (Weinstein, 1984, citado por Van der Pligt, 1996).

Finalmente, los resultados demuestran la importancia de estudiar las representaciones de la enfermedad previa al diseño de los mensajes de educación. En este caso los principales resultados indican hacer énfasis en algunas pautas de intervención: incrementar la percepción de gravedad de la enfermedad y la percepción de riesgo de contraerla; difundir el conocimiento correcto de los síntomas; combatir las creencias en una casa prototípica y en un personaje prototípico del Mal de Chagas como únicos en riesgo (rancho/campesino pobre), lo que implica cambiar la visión o mensaje de casa prototípica de riesgo o grupos de riesgo, a prácticas de riesgo; la idea de control debería reforzarse a nivel de la prevención y no de la cura, ya que esta es una creencia que contradice la gravedad de la enfermedad; trabajar la percepción de riesgo de contraer el Mal de Chagas implica acercar a la gente a una enfermedad y a un grupo estigmatizado, lo que podría generar resistencias en la comunidad. Este último aspecto motivacional requiere mayor investigación, ya que sería un elemento a enfrentar en cualquier programa donde se intente incorporar a la comunidad en la prevención de la enfermedad.

Nota: Investigación financiada por el CDCHT de la Universidad de los Andes, Proyecto NURR-H-8594

Referencias

- Affleck, G.-Tennen, H.-Croog, S.-Levine, S. (1987): Causal attribution, perceived control and recovery from a heart attack. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 356-364.
- Agger, I.-Jensen, S.B. (1997): Trauma y cura en situaciones de terrorismo de estado. Santiago, Chile: Iilas.
- Ajzen, I. (1985): from intentions to actions: a theory of planned behavior". En: Kuhl, J. y Beckman, J. (Eds.). *action-control: from cognition to behavior*. Heidelberg: Springer. (Págs. 11-39).
- Basabe, N.-Rimé, B.-Páez, D.-Pennebaker, J.-Valencia, J.-Diener, E.-González, J.L. (2000): Factores socioculturales que predicen la experiencia subjetiva emocional: un análisis colectivo. *Psicothema*, 1, 55-69.
- Baumann, L.-Leventhal, H. (1985): I can tell when my blood pressure is up, can't I?. *Health Psychology*, 4, 203-218.
- Bishop, G.-Teng, C. (1992): *Cognitive organization of disease representation in young chinese singaporeans*. Comunicación presentada en la 1ª Conferencia Asiática de Psicología. octubre: Singapur.
- Bishop, G. (1991): Lay disease representations and responses to victims of disease. *Basic and Applied Social Psychology*, 12(1), 115-132.
- Bishop, G. (1998): Cognitive organization of disease concepts in singapore. *Psychology and Health*, 13, 121-133.
- Bishop, G.-Briede, C.-Cavazos, L.-Grotzinger, R.-McMahon, S. (1987): Processing illness information: the role of disease prototypes. *Basic and Applied Social Psychology*, 8, 21-43.
- Blanco, A.-Páez, D.-Penín, M.-Romo, I.-Sánchez, F. (1993): Representaciones sobre el sida: estudios empíricos desde la perspectiva de los prototipos. *Revista de Psicología de la Salud*, 5 (1), 123-159.
- Bulman, R.-Wortman, R. (1977): Attributions of blame and coping in the "real world": severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-363.
- Burger, J.M.-Palmer, M.L. (1992): Changes in and generalization of unrealistic optimism following experiences with stressful events. reactions to the 1989 California earthquake. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 39-43.
- Clarac, J. (1996): *La enfermedad como lenguaje en venezuela*. Mérida, Venezuela: Universidad de los Andes, Consejo de Publicaciones, Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico.
- Delumeau, J. (1993): *La peur en occident*. París: Fayard.
- Diener, E.-Diener, M.-Diener, C. (1995): Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 851-864
- Draguns, J.G. (1996): Ethnocultural considerations in the treatment of PTSD: therapy and service delivery. en: Marsella, A.J.-Friedman, M.J.-Gerrity, E.T. y Scurfield, R.M. (Eds.) *Ethnocultural aspects of post-traumatic stress disorder*. Washington: APA.
- Dunk, P. (1989): Greek women and broken nerves in Montreal. *Medical Anthropology*, 11, 29-45.

- Farmer,P.-Good,B.(1991): Illness representations in medical anthropology: a critical review and a case study of the representation of aids in haiti. En: Skelton,J. y Croyle,R. (Eds.) *Mental representation in health and illness*. Nueva York: Springer-Verlag. (Págs. 132-162).
- Fernández,I.-Carrera,P.-Sánchez,F.-Páez,D.-Candia,L.(2000): Diferencias culturales en la expresión verbal y no verbal de las emociones. *Psicothema*, 1, 83-92.
- Fiske,S.-Taylor,S.(1984): *Social Cognition*. Nueva York: Random House.
- Foster,G.M.-Anderson,B.G.(1978): *Medical Anthropology*. Toronto: John Wiley y Sons.
- Furbee,L.-Benfer,R.(1983): Cognitive and geographic maps: study of individual variation among tojolabal mayans. *American Anthropologist*, 85, 305-334
- Gerard,H.(1963): Emotional uncertainty and social comparison. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 568-573.
- Good,B.(1977): The heart of what's the matter: the semantic of illness in iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(1), 25-58.
- Gotay,C.(1985): Why me? Attributions and adjustment by cancer patients and their mates at two stages in the disease process. *Social Science and Medicine*, 20, 825-831.
- Green,E.(1992): Sexually transmitted disease, ethnomedicine and health policy in Africa. *Social Science and Medicine*, 35, 121-130.
- Heider,F.(1958): *The psychology of interpersonal relations*. Nueva York: Wiley.
- Helman,C.(1978): 'Feed a cold, starve a fever': Folk models of infections in an english suburban community, and their relation to medical treatment. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2, 107-137.
- Helman,C.(1994): *Culture, health and illness*. 3ª Ed. Bath: Bath typesetting.
- Heurtin-Roberts,S.(1993): High-pertension -the uses of a chronic folk illness for personal adaptation. *Social Science and Medicine*. 37(3), 285-294.
- Hofstede,G.(1991): *Cultures and organizations*. Londres: McGraw Hill.
- Janz,N.-Becker,M.(1984): The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-49.
- Jones,E.-Davis,K.(1965): From acts to dispositions: the attribution process in person perception. En: Berkowitz,L. (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* Vol 2. Nueva York: Academic Press. (Págs. 220-266).
- Kahneman,D.-Tversky,A.(1972): Subjective probability: a judgment of representativeness. *Cognitive Psychology*, 3, 430-454.
- Kelley,H.(1967): Attribution theory in social psychology. En: Levine,D. (Ed.) *Nebraska Symposium on Motivation*. Vol. 15. Lincoln: University of Nebraska Press. (Págs. 192-240).
- King,J.(1982): The impact of patients' perceptions of high blood pressure on attendance at screening: an attributional extension of the health belief model. *Social Science and Medicine*, 15, 1079-1092.
- Kleinman,A.(1980): *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Klonoff,E.-Landrine,H.(1994): Culture and gender diversity in commonsense beliefs about the causes of six illnesses. *Journal of Behavioral Medicine*, 17 (4), 407-418.
- Lalljee,M.-Lamb,R.-Carnibella,G.(1993): Lay prototypes of illness: their content and use. *Psychology and Health*, 8, 33-49.
- Landrine,H.-Klonoff,E.(1992): Culture and health relates schemas: a review and proposal for interdisciplinary integration. *Health Psychology*, 11 (4), 267-276.

- Landy, D. (1977): Malign and benign method of causing and curing illness. En: Landy, D. (Ed.) *Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology*. Nueva York: MacMillan. (Págs. 119-128).
- Lau, R.-Hartman, K. (1983): Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2 (2), 167-185.
- Lau, R.-Bernard, T.-Hartman, K. (1989): Further explorations of common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8 (2), 195-219.
- Lee, Y.T.-Otatti, V. (1993): Determinants of in-group and out-group perceptions of heterogeneity: an investigation of sino-americans. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 24, 147-158.
- León, M. (1996): *Representaciones sociales de la enfermedad de chagas: creencias, actitudes y prevención*. Tesis doctoral no publicada. Universidad del País Vasco, España.
- Leventhal, H.-Nerenz, D. (1985): The assessment of illness cognition. En: Korely, P. (Ed.) *Measurement strategies in health psychology*. Nueva York: Willey. (Págs. 517-554).
- Lock, M. (1990): "On being ethnic: the politics of identity breaking and making in Canada or nevra on sunday". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14, 237-254.
- Low, K.-Thoresen, C.-Pattillo, J.-Fleischmann, N. (1993): Causal attributions and coronary heart disease in women. *Psychological Reports*, 73 (2), 627-636.
- Low, S. (1981): The meaning of nervios: a sociocultural analysis of symptom presentation in San José, Costa Rica. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5, 25-47.
- Lowery, B.-Jacobsen, B.-McCauley, K. (1987): On the prevalence of causal search in illness situations. *Nursing Research*, 36 (2), 88-93.
- Markus, H.R.-Kitayama, S.-Heiman, R.J. (1996): Culture and "basic" psychological principles. En: Higgins, E.T. y Kruglanski, A.W. (Eds.). *Social psychology: Handbook of basic principles*. Nueva York: The Guilford Press.
- Marshall, R. (1997): Variances in levels of individualism across two cultures and three social classes. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 28, 490-495.
- Meyer, D.-Leventhal, H.-Gutmann, M. (1985): Common sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115-135.
- Mumma, C.-McCorkle, R. (1982): Causal attributions and life-threatening disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 12, 311-319.
- Murray, M. (1990): Lay representations of illness. En: Bennett, P.-Weinman, J.-Spurgeon, P. (Eds.) *Current developments in health psychology*. Suiza: Harwood Academic Publishers. (Págs. 63-92).
- Nash, J. (1967): The logic of behavior: curing in a maya indian town. *Human Organisation*, 26, 132-142.
- Ngokwey, N. (1995): Naming and grouping illnesses in Feira (Brazil). *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19, 385-408.
- Nilchaikovit, T.-Hill, J.-Holland, J. (1993): The effects of culture on illness behavior and medical care: Asian and American differences. *General Hospital Psychiatry*, 15, 41-50.
- Nuckolls, C. (1991): Culture and causal thinking: diagnosis and prediction in a South Indian fishing village. *Ethos*, 19, 3-51.
- Proshaska, T.-Keller, M.-Leventhal, E.-Leventhal, H. (1987): Impact of symptoms and aging attribution on emotions and coping. *Health Psychology*, 6, 495-514.
- Quah, S.H.-Bishop, G. (1996): Seeking help for illness. *Journal of Health Psychology*, 1 (2), 209-222.
- Rogers, R. (1975): A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.

- Rogers,R.(1983): Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. En: Cacioppo,J. y Petty,R. (Eds.) *Social Psychophysiology*. Nueva York: The Guildford Press. (Págs. 153-176).
- Rosenstock,I.(1974): historical origins of the health belief model. En: Becker,M.H. (Ed.) *The Health Belief Model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack Inc. (Págs. 1-8).
- Rushing,W.A.(1995): *The aids epidemic: social dimensions of an infectious disease*. Boulder, CO.: Westview Press.
- Schiaffino,K.-Revenson,T.(1992): The role of perceived self-efficacy, perceived control and causal attributions in adaptation to rheumatoid arthritis: distinguishing mediator from moderator effects. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18 (6), 709-718.
- Schober,R.-Lacroix,M.(1991): Lay illness models in the enlightenment and the 20th century: some historical lessons. En: Skelton,J. y Croyle,R. *Mental Representation in Health and Illness*. Nueva York: Springer-Verlag. (Págs. 10-31).
- Schank,R.-Abelson,R.(1977): *Scripts, plans, goals and understandings*. Hillsdale,N.J.: lawrence Erlbaum.
- Shaver,K.-Drown,D.(1986): On causality, responsibility and self-blame: a theoretical note. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 697-702.
- Smith,P.-Bond,M.(1998): *Social psychology across cultures*. Londres: Prentice Hall.
- Snow,L.(1978): Sorcerers, saints and charlatans: black folk healers in urban america. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2, 69-106.
- Tan,P.-Bishop,G.(1996): Disease representations and related behavioural intentions among Chinese Singaporeans. *Psychology and Health*, 11, 671-683
- Taylor,S.-Lichtman,R.-Wood,J.(1984): Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (3), 489-502.
- Tennen,H.-Affleck,G.-Allen,P.-McGrade,B.,-Ratzan,S.(1984): Causal attributions and coping with insulin-dependent diabetes. *Basic and Applied Social Psychology*, 5, 131-142.
- Tennen,H.-Affleck,G.(1987): the cost and benefits of optimistic explanations and dispositional optimism. *Journal of Personality*, 55 (2), 377-393.
- Trotter,R.T.(1991): A survey of four illnesses and their relationship to intracultural variation in a Mexican-American community. *American Anthropologist*, 93 (1), 115-125.
- Turnquist,D.-Harvey,J.-Andersen,B.(1988): Attributions and adjustment to life-threatening illness. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 55-65.
- Van der Pligt,J.(1996): Risk perception and self-protective behavior. *European Psychologist*. 1 (1), 34-43.
- Van der Pligt,J.(1995): Risk. En: Manstead,A.S.R.-Hewstone,M. (Eds.). *The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology*. Oxford: Blackwell.
- Wallston,K.(1992): hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 183-199.
- Weiner,B.(1986): *An attributional theory of motivation and emotion*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Wong,P.-Weiner,B.(1981): When people ask "why" questions, and the heuristics of attributional search. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 650-663.
- Young,C.(1978): illness categories and action strategies in a Tarascan town. *American Ethnologist*, 5, 81-97.