



APORTES DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA EN EL ESTUDIO DE LAS REPRESENTACIONES DE LA ENFERMEDAD¹

*Marú León Canelón y Benito Díaz Díaz**

Resumen

Se presenta una revisión general sobre los aportes de la antropología médica en el estudio de las representaciones que las personas tienen acerca de la enfermedad. No se intenta una revisión exhaustiva de casos reportados, sino identificar las perspectivas teóricas generales en este campo para resumir en ese contexto las contribuciones de investigaciones clásicas sobre enfermedades populares, atribuciones causales y taxonomías populares de enfermedades. Se encuentra que la existencia misma de enfermedades y sus causas atribuidas en un grupo cultural pueden variar respecto a otro grupo cultural. Las enfermedades

no son sólo una dimensión biológica sino también una construcción sociocultural. Las atribuciones causales de la enfermedad están vinculadas a la forma de enfrentamiento de la misma. Hallazgos similares se reportan en diferentes contextos en Latinoamérica y en otras latitudes. El no considerar las diferencias culturales asumidas por distintos grupos de la población, podría conducir a generar barreras de accesibilidad cultural y a profundizar la desigualdad en la utilización de los servicios de salud

Palabras clave: *representaciones sociales, etnomedicina, creencias, enfermedad, salud.*

Recibido: 18-08-98 • Aceptado: 25-11-98

* Adscritos al Taller de Práctica Investigativa. Núcleo Universitario Rafael Rangel. Universidad de Los Andes. Trujillo, Venezuela.

¹ Investigación financiada por el CDCHT de la Universidad de los Andes, Proyecto NU-RR-H-8594.

Contributions of the Medical Anthropology in the Study of the Representations of Illness

Abstract

A general review on the contributions from the medical anthropology in the study of the representations held by the people about illness is presented. It is not aimed at achieving an exhaustive review of reported cases but to identify general theoretical perspectives in this field in order to summarise in that context the contributions from classical investigations about popular illnesses, causal attributions and people's taxonomy of illnesses. It is found that illnesses existence by themselves and their attributed causes within a cultural group may vary regarding another cultural group. Illness is not just a biologi-

cal dimension but a sociocultural entity too. The causal attributions of illness are linked to the way of coping with illness itself. Similar findings are reported in different contexts in Latin America and other places. It is thought that not taking into account the cultural differences assumed by different cultural groups of the population may lead to generate barriers towards cultural accessibility and to consequently increase inequalities in the utilisation of the health services.

Key words: Social representations, ethnomedicine, beliefs, health, illness.

Introducción

En la discusión actual sobre la reforma del sector salud se han mencionado factores socioeconómicos, geográficos y de género que estarían afectando la accesibilidad y utilización de los servicios de salud. Pero importantes dimensiones culturales de la salud, de la enfermedad y de la búsqueda de cura parecen estar siendo obviados. Por otro lado, experiencias de trabajo de campo con comunidades señalan la necesidad de profundizar en el análisis de amplias dimensiones culturales para comprender lo que las personas hacen o dejan de hacer para conservar su salud y afrontar las enfermedades. El uso de la medicina moderna y los servicios de salud pública por la población requieren también de su accesibilidad cultural para los usuarios. De allí la necesidad de revisar los aportes de la antropología médica en el estudio de las representaciones de la enfermedad.

Las representaciones que tienen las personas acerca 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. Desde estas disciplinas se le ha dado especial importancia a este tema, en vista de sus implicaciones en el diseño de programas efectivos de prevención y atención en el área de la salud. En este artículo se presenta una revisión general de los aportes de la antropología médica en esta área. No se intenta hacer una revisión exhaustiva de lo que es actualmente un

amplio campo de estudio con extensa literatura en aspectos teóricos y aplicados (para un resumen ver Foster & Anderson, 1978), sino de introducir lo que es la perspectiva teórica general en este campo, para posteriormente mostrar en ese contexto resultados de investigaciones clásicas en el tópico de las representaciones de la enfermedad.

Las investigaciones seleccionadas son aquellas que se han centrado en el estudio de enfermedades populares (folk illness), las atribuciones causales de sentido común de enfermedades específicas y las clasificaciones o taxonomías populares de enfermedades.

1. Enfoques de la antropología médica en el estudio de las representaciones de la salud/enfermedad

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 ellos 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). La antropología médica es considerada una rama de la antropología social y cultural, con raíces en la medicina y otras ciencias naturales, por lo tanto, sus enfoques teóricos y metodológicos están relacionados con aquellos que predominan en estas disciplinas.

Los antropólogos que se han interesado en los aspectos culturales de la salud y la enfermedad han hecho énfasis en que los valores, creencias y prácticas acerca de la salud y la enfermedad de todas las sociedades humanas, son expresión y son 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 -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 "antro-

pología 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 en relación a la enfermedad fueron estudiadas como parte de la forma de vida de estos grupos, de su organización social y de su 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).

Siguiendo en parte la exposición de Farmer y Good (1991), sobre los enfoques conceptuales utilizados en la antropología médica para el estudio de las representaciones de la enfermedad, a continuación se resumen brevemente los cuatro paradigmas fundamentales en este campo: antropología aplicada, antropología cognitiva, antropología centrada en significados y símbolos y antropología crítica.

1.1. La Antropología Aplicada

Entre 1950 y 1960 se dio un rápido crecimiento de la antropología médica como una disciplina práctica, aplicada en el campo de la salud pública internacional. Varios antropólogos en los Estados Unidos, empezaron a trabajar para esa época como colaboradores de instituciones como la Organización Panamericana de la Salud y Servicios Oficiales de Salud pública (Foster, 1978). La idea era ayudar a resolver problemas relacionados con la pobre respuesta de las comunidades (de países del tercer mundo y de los Estados Unidos) a los servicios de salud ofrecidos oficialmente (vacunación contra enfermedades, terapias de rehidratación oral, medidas de control de natalidad, etc). Dentro de este contexto, el estudio de las creencias y prácticas en relación a la salud y a la enfermedad toma fuerza; se convierte en elemento clave para explicar la resistencia de la población a las acciones oficiales de promoción de salud

Desde esta perspectiva, las creencias y prácticas en relación a la salud y a la enfermedad son abordadas ubicándolas en el contexto de la cultura. La lógica

que subyace a las creencias es develada a través de métodos etnográficos. Las representaciones de la enfermedad se ven generalmente como creencias folklóricas -opuestas al conocimiento-, que pueden ser juzgadas como verdaderas o falsas, de acuerdo a la norma que da el conocimiento científico. Aunque son de utilidad práctica, en términos generales estos estudios han sido criticados dentro de la academia, por ser excesivamente aplicados y ateóricos.

También se ubican dentro del área de la antropología médica aplicada, los estudios comparativos de los grandes sistemas médicos tradicionales: el sistema Ayurvédico de la India, la medicina China del ying-yang y la medicina galénica del mundo islámico y sociedades hispánicas (Farmer & Good, 1991). Paralela a esta línea de investigación se continúan los estudios de los sistemas de salud de sociedades pequeñas, rurales, analfabetas, que van resaltando la importancia del pluralismo médico, las diferentes representaciones de la enfermedad y las diferentes formas de experimentar y de afrontar la enfermedad.

La antropología médica como una disciplina aplicada recibió un gran estímulo, con la creación del componente de Investigación Social y Económica (SER) del Programa Especial para la Investigación y el Entrenamiento en Enfermedades Tropicales (TDR), de la UNDP/Banco Mundial/OMS (Rosenfield et al, 1981; Rosenfield, 1986). Esto generó una variedad de investigaciones antropológicas para clarificar aspectos socioculturales que pueden intervenir en la transmisión y control de enfermedades tropicales.

1.2. La Antropología Cognitiva

Desde el enfoque antropológico cognitivo, las representaciones de la enfermedad son vistas como estructuras cognitivas formales (sistemas clasificatorios, prototipos, proposiciones, esquemas, estructuras narrativas, etc). 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.

No obstante, las principales críticas que se le hacen a este enfoque giran en torno a las explicaciones mentalistas que utiliza (Farmer & Good, 1991). Las representaciones culturales de la enfermedad se explican relacionándolas con la manera en que las personas memorizan, recuperan y comunican información. Además, la metodología utilizada produce formas de representación de la enfermedad que son altamente constreñidas por la manera de elicitar las respuestas de las personas. De

esta manera, las representaciones de la enfermedad son abstraídas de su contexto afectivo, social y de las fuerzas históricas que les dan forma.

1.3. La Antropología Simbólica

La Antropología Simbólica enfoca la representación de la enfermedad como una variedad de símbolos que condensan un conjunto de significados, ligados a una subyacente red semántica. Estas redes semánticas son símbolos asociados a un profundo nivel cultural y construidas a través de la práctica y experiencia social e histórica. El trabajo de Arthur Kleinman (1975, 1980) marcó el inicio de esta corriente antropológica. Kleinman plantea que las representaciones de la enfermedad pueden ser entendidas como "modelos explicatorios" de la enfermedad, que son utilizados por las personas que sufren una enfermedad y sus familias, así como por los médicos o curanderos. Estos modelos explicatorios están disponibles para las personas en la culturas médicas, profesional, popular y folklórica. Los modelos explicatorios de la enfermedad son un marco para entender la enfermedad en términos de aspectos como la etiología, el tipo y el curso de los síntomas, el tratamiento adecuado, las consecuencias de la enfermedad, etc. Reflejan de manera simbólica la clase social, la ocupación, las creencias culturales, la afiliación religiosa, las experiencias pasadas con la enfermedad y otras dimensiones socio-culturales.

Uno de los principales aportes de estos enfoques es asumir que los sistemas explicatorios de la salud/enfermedad difieren dentro de la cultura y entre las culturas (Stainton, 1991). Se mantiene que dentro de una misma cultura coexisten, compiten e interactúan diferentes sistemas médicos (Foster, 1976; Dunn, 1977) o sistemas explicatorios (Stainton, 1991), siendo el modelo bio-médico ortodoxo uno de ellos y generalmente el dominante. También dentro de este enfoque se ubican aquellos estudios que han abordado la idea de enfermedad como "realidades construidas". Estos generalmente utilizan teorías de constructivismo social, análisis de discurso y teorías fenomenológicas.

1.4. La Antropología Médica Crítica

Dentro de esta corriente se ubican los enfoques neo-marxistas de la representación de la enfermedad. Las representaciones de la enfermedad son vistas como "falsas" representaciones, que sirven para los intereses de aquellos en el poder. Desde este punto de vista se plantea, por ejemplo, que los síntomas de hambre y de enfermedad que resultan de la pobreza, son medicalizados y trata-

dos como condiciones de cuerpos individuales -diarrea, tuberculosis, nervios o estrés- mas que como problemas colectivos.

El estudio de las representaciones de la enfermedad desde esta corriente requiere develar los intereses dominantes y los mecanismos por los cuales estas representaciones son apoyadas por los discursos autorizados. La idea es ofrecer una interpretación de la enfermedad que haga explícitos los significados políticos y sociales que encierra la enfermedad.

2. Estudios antropológicos acerca de las explicaciones populares de la salud y la enfermedad

2.1. Enfermedades Populares o Folklóricas

Una gran cantidad de enfermedades populares (folk illness) han sido estudiadas por los antropólogos en diferentes culturas del mundo. Estas enfermedades son definidas como un conjunto de síntomas que un grupo cultural reconoce como una enfermedad que los afecta y para la cual esa cultura atribuye una causa, medidas preventivas y tratamiento (Rubel, 1977), pero no son reconocidas como enfermedades en la clasificación del modelo médico oficial (Trotter, 1991). Este tipo de enfermedades tienen una gran variedad de significados simbólicos -morales, sociales, psicológicos- para aquellos que las sufren (Helman, 1994), por lo que son más que un específico conjunto de síntomas y signos.

Como ejemplos de enfermedades populares identificadas en Latinoamérica, se pueden mencionar el Mal de Ojo, el Empacho, la Caída de la Mollera y el Susto (Collado-Ardon et al., 1983; Ngokwey, 1995; Rubel, 1977; Trotter et al., 1989; Pachter et al., 1992; Vázquez y Mosquera, 1994). A continuación resumimos brevemente algunos de estos tipos de enfermedades, tal como han sido descritas en investigaciones sobre el tema.

a. Formas de representación cultural de la diarrea: el Mal de Ojo

Probablemente debido a que la diarrea es una de las principales causas de muerte entre los niños de clases socio-económicas bajas en países del tercer mundo, las representaciones de la diarrea han sido objeto de estudio enfatizando en sus implicaciones epidemiológicas y para el diseño de programas de promoción de la salud (Nations, 1986; Hudelson, 1993; Davey-Smith et al. 1993;

Vázquez y Mosquera, 1994). El Mal de Ojo puede verse como una de las formas populares diferentes de representación de la diarrea. La siguiente explicación popular del Mal de Ojo fue identificada por Trotter (1991: 116) en comunidades mexicanas:

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 chequeado durante la mañana siguiente para ver si la cura ha sido efectiva.

Las causas, la explicación y el tratamiento popular de la diarrea, tal como se presentan en el mal de ojo, en el empacho y en otras representaciones populares de este problema, son diferentes a las definidas por el modelo médico oficial. Las implicaciones más importantes de estas creencias y prácticas es que giran en torno a problemas de salud que pueden presentar complicaciones serias, poniendo en peligro la vida del niño, cuando el tratamiento no es el acertado o la adecuada atención médica no se produce a tiempo (Nation, 1986; Pachter et al, 1992). Estas representaciones culturales de la diarrea, explican en parte la resistencia de la población a incorporar la rehidratación oral, que es una de las medidas oficiales de tratamiento (Kendall et al, 1984). De hecho, el mal de ojo, por ejemplo, es considerada una enfermedad que sólo puede ser curada y tratada por un "curandero".

Enfermedades populares también han sido identificadas como una dimensión importante del sistema de creencias en relación a la salud/enfermedad, de minorías culturales en países industrializados. Trotter (1991) con una encuesta de hogares, elaborada en base a previas investigaciones etnográficas, exploró cuán extendida estaba la identificación y el tratamiento del mal de ojo, el empacho, la caída de la mollera y el susto en comunidades México-Americanas, en el pueblo de Frontera, en Texas. Los resultados sugieren que la identificación y el tratamiento de estas enfermedades son muy estables en estas comunidades. Es decir, se identifican y se tratan, independientemente de la edad, del sexo, de la posición socio-económica de la familia, la auto-definición étnica, el lugar de naci-

miento, el lugar donde se ha criado la persona, la orientación cultural (más estadounidense que mexicano, por ejemplo) y otras condiciones que ayudan a definir variaciones intra-culturales y la orientación cultural de comunidades México-Americanas.

***b. Formas de representación cultural de la hipertensión:
la sangre alta y la hiper-tensión***

La hipertensión es otra enfermedad que puede ser entendida por grupos culturales, de una manera diferente a como es definida por el modelo médico oficial. La "sangre alta" ("high-blood") y la "hiper-tensión" ("high-pertension"), son dos modelos de explicación de la hipertensión identificados por Heurtin-Roberts (1993) en un estudio sobre la construcción social de la hipertensión, llevado a cabo en los Estados Unidos. Estos resultados fueron obtenidos a través de entrevistas en profundidad aplicadas a una muestra de 60 mujeres afroamericanas, de clase social baja, en New Orleans, tratadas por hipertensión. Las entrevistadas identificaban estas condiciones como dos enfermedades diferentes, siendo lo común en ambos modelos de explicación los problemas de presión o "elevación" de la sangre: la sangre normal esta descansando o esta quieta y en cierto sentido está baja en el cuerpo; cuando hay problemas de presión, la sangre se sube hacia la parte alta del cuerpo, hacia la cabeza.

La "sangre alta" se describe como una enfermedad de la sangre y del corazón. En la sangre alta una sangre excesivamente caliente, espesa o rica en nutrientes, sube (se eleva) hacia la parte superior del cuerpo, se atasca y permanece allí. Los factores que la causan dependen fundamentalmente de la mala alimentación (cerdo, sal, comida condimentada, grasa), aunque puede también ser causada o exacerbada por la herencia, el calor (en el cuerpo o ambiente) y la vida agitada. El tratamiento biomédico es fundamental y no se puede prescindir de él, pero el ajo, el vinagre, el limón (que se supone que enfrían y hacen liviana la sangre) pueden utilizarse como complemento.

La "hiper-tensión" es definida como una enfermedad de los nervios, de las preocupaciones, producida por la cólera y también por el estrés (vida agitada). Una emoción intensa acelera la sangre y ésta sube rápidamente a la cabeza pudiendo causar la muerte. En esta enfermedad interactúan factores heredados de personalidad (persona nerviosa, fácilmente excitable, que se emociona y se enoja con facilidad, que tiene tendencia a preocuparse en el enfrentamiento de sucesos

de la vida diaria) con el estrés del medio social (fuerte carga familiar, condiciones de vida amenazantes, problemas económicos, mala calidad de vida).

Heurtin-Roberts (1993) discute la función social y la naturaleza simbólica de la "hiper-tensión". Esta enfermedad puede servirle a las personas para manejar y adaptarse mejor a un ambiente que se vive como hostil y para conseguir mayor liberación de responsabilidades y del trabajo; es una forma de expresión simbólica de emociones negativas, porque el decir que se tiene "high-pertension" es decir que se está bravo, ansioso o afligido. Además, es una forma social y culturalmente legítima de mostrar emociones negativas, que de otra manera serían sancionadas al ser interpretadas como pérdida de control -lo que no sería compatible con el rol social esperado en las mujeres de estos grupos culturales-.

La función social de estas enfermedades populares tiene implicaciones para las campañas de educación y el manejo de la hipertensión. Señala Heurtin-Roberts que al tener la "hiper-tensión" una función adaptativa, las personas que la sufren estarían menos dispuestas a abandonar hábitos que exacerban o agravan la hipertensión o que no permiten su control; en estos casos la manipulación del ambiente social de la persona es condición fundamental para el manejo óptimo de la enfermedad.

2.2. Explicaciones de sentido común acerca de las causas de la enfermedad

Una gran variedad de estudios antropológicos sobre las creencias culturales en relación a la salud/enfermedad han estado centrados en las causas de sentido común atribuidas a enfermedades específicas. Los estudios indican que en las explicaciones de sentido común de las enfermedades, la dimensión de las causas está generalmente presente y además orienta las formas de afrontamiento de la enfermedad. Se han tratado de establecer sistemas de categorías que representen las atribuciones causales más frecuentemente utilizadas. 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 se 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.

En una investigación más reciente, Helman (1994) señala que las teorías de sentido común acerca de la enfermedad generalmente son parte de conceptos más amplios acerca del origen de la desgracia en general y también están basadas en creencias sobre la estructura y funcionamiento del cuerpo y en la manera en que éste puede perder su funcionamiento adecuado. Aunque estas creencias estén basadas en premisas incorrectas científicamente, tienen lógica y consistencia interna y le permiten a la persona entender y darle una explicación a la situación de 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.

La clasificación que propone Helman (1994) sobre las causas o explicaciones que las personas atribuyen a la enfermedad, permite organizar ejemplos de resultados de investigación antropológica. Como se mencionó anteriormente, esta clasificación ubica las causas en *la persona afectada, el mundo social, el mundo natural y el mundo sobrenatural*.

a. Causas atribuidas a la persona afectada

En estas explicaciones las causas de la enfermedad se ubican en el organismo. Se responsabiliza a la persona si la enfermedad ha dependido de su conducta

y si ha sido su decisión el comportarse de la manera que lo llevó a enfermarse. No se responsabiliza a la persona, si a pesar de que las causas estén en el individuo, éstas se deben a una condición física o de personalidad que se percibe como heredada.

El 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, *ob.cit.*). 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.

Los resfriados son otras de esas dolencias atribuidas a la conducta de las personas. A partir de la experiencia con pacientes y entrevistas realizadas a médicos generales en Gran Bretaña, Helman (1978) encontró que los resfriados o catarros, 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, 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, etc. En estas explicaciones las causas de la enfermedad son al mismo tiempo 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.

Como se mencionó anteriormente, se ha encontrado que ciertos grupos ubican la causa de la enfermedad en la persona, pero no atribuyen la misma a la responsabilidad individual ya que las causas están asociadas a condiciones que la persona no puede controlar. Una personalidad naturalmente (innata) "nervio-

sa", con tendencia a la preocupación y a emocionarse con facilidad, también explicaría los problemas de hipertensión (Heurtin-Roberts, 1993). También es el caso de las explicaciones de resistencia y de debilidad física encontradas en grupos sociales de Gran Bretaña (Pill and Stott, 1982). Estas creencias mantienen que hay personas que son naturalmente débiles y por eso son más propensas a enfermarse, mientras que otras son más fuertes y resistentes a las enfermedades.

b. 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, micro-organismos, etc. 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.

c. 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).

Desde el punto de vista de la antropología simbólica, las nociones populares del estrés mezclan en una sola imagen, sentimientos, emociones y sensaciones físicas, de naturaleza negativa, así como también ciertas circunstancias sociales, culturales y económicas. En países de habla inglesa se han identificado una variedad de metáforas sobre el estrés, una de ellas (el estrés como una fuer-

za interpersonal) claramente evidencia la idea de una persona causando a otra sentimientos de estrés o enfermedad; ejemplos de esta metáfora son los siguientes: "mi jefe me produce mucho estrés", "vivir con ella me genera estrés", "ella hizo que se rompieran sus nervios", "él rompió el corazón de su madre" (Helman, 1994: 316).

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 ejm. condiciones de inmigración (Lock, 1990) o por la alteración de la armonía familiar (Dunk, 1989; Heurtin-Roberts, 1993; Low, 1981).

Las imágenes de los "nervios", sus síntomas físicos y emocionales, sus significados, símbolos y usos, sólo pueden ser descritos considerando la cultura y el contexto local y social específico donde se utiliza la palabra. Por ejemplo, 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 rompimiento 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 maneras 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 como lo 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 a la salud en las culturas colectivistas (grupos que valoran la armonía interpersonal y la interdependencia, como los Latinoamericanos, Asiáticos y otros). De la misma 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).

d. Causas ubicadas en el mundo sobrenatural

Las explicaciones sobrenaturales atribuyen enfermedades a acciones directas de entidades sobrenaturales como Dioses, espíritus, ancestros. Por ejemplo, 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 habido 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 (por ejemplo, fiebres durante el embarazo) que son atribuidas al ataque de espíritus y que también están relacionadas con la alteración de las relaciones sociales del afectado.

Enfermedades infecto-contagiosas son también atribuidas a factores sobrenaturales. Las personas en el sur de la India, denominan "AMMA" al sarampión, la varicela, la viruela y a otras enfermedades similares; estas enfermedades son atribuidas a la Diosa Mariammai. El festival anual que organizan las comunidades para la Diosa es considerado la única medida segura de protección contra estas enfermedades. Las personas afectadas rechazan la biomedicina, tanto para evitar la enfermedad como para aliviar los síntomas (Mather & John, 1972).

Bajo esta categoría también se pudieran incluir aquellas atribuciones relacionadas al 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. En esta representación de la enfermedad, es responsabilidad del individuo su comportamiento sexual, pero 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 afro-americanas de los Estados Unidos (Snow, 1978).

Las enfermedades más severas y amenazantes generalmente son asociadas a fuerzas sobrenaturales. Por ejemplo, en un estudio realizado por Opala y Boillot (1996) en la comunidad Limba de Sierra Leona se identificaron dos categorías causales de enfermedades. Los Limba atribuyen las enfermedades menores a causas naturales (parásitos, calor, frío, mala alimentación, agua impura, etc). Cuando muere un anciano o un recién nacido, quienes supuestamente están poco aferrados a la vida, los Limba consideran su muerte como natural porque "Dios se los ha llevado". Sin embargo, cuando muere un niño, un joven o un adulto, se empieza a pensar en brujería.

2.3. 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 las enfermedades 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).

A continuación se hace referencia a cuatro de estos estudios, realizados en Latinoamérica. En dos de estas investigaciones (Young, 1978, Furbee y Benfer, 1983) se utilizaron principalmente métodos que corresponderían a un enfoque antropológico de tipo cognitivo y en los otros se utilizó el marco de la antropología cultural simbólica (Nash, 1967; Ngokwey, 1995).

Young (1978) realizó un estudio de la clasificación popular de 34 enfermedades y la relación de esta clasificación con las estrategias a seguir para enfrentar las enfermedades, con 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. La interpretación de los resultados se hizo considerando los dendogramas resultantes (de enfermedades y de atributos) en el contexto de datos de tipo cualitativo obtenidos en entrevistas abiertas. 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 ex-

ternas 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 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 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).

Los resultados de Helman (1978), sobre la explicación de los británicos de las gripes y los resfriados, tienen relación con el sistema de creencias frío-calor, que ha sido ampliamente estudiado y encontrado predominante en ciertas zonas y grupos sociales de Latinoamérica (Foster y Anderson, 1978). Por ejemplo, parálisis de los músculos faciales o resfriados pueden provenir de abrir el refrigerador al estar acalorado (al terminar de hacer ejercicio o planchar, por ejemplo), el sangramiento por la nariz y fiebre pueden dar por exponerse demasiado tiempo al sol o una gripe se puede complicar al exponerse al sereno de la noche.

Se plantea que el sistema de creencias calor-frío tiene su origen en la patología griega de los humores, se convirtió en una forma más elaborada en el mundo Árabe, se expandió por Europa con el dominio de los Musulmanes y llegó a Latinoamérica por los conquistadores españoles (Foster y Anderson, 1978), por lo que la coincidencia de este tipo de explicaciones en Estados Unidos, Europa y Latinoamérica, por ejemplo, no es de extrañar.

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: *causa y tipo de tratamiento, modo de transmisión, grado de severidad y grupo en riesgo*.

- a) *causa y tipo de tratamiento*: esta dimensión distingue entre las enfermedades materiales y las enfermedades espirituales. Las enfermeda-

des *materiales* son causadas por elementos del ambiente natural (comida dañada, herencia, contagio), o por aspectos socio-económicos (pobreza, deficiencias sanitarias), o por aspectos psicosociales (rabias); estas enfermedades son tratadas generalmente por hierbas o por tratamientos médicos. Por otra 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.

Conclusiones

- Uno de los aportes más importantes de estos estudios es la demostración de que las creencias en relación a la salud y la enfermedad, pueden variar de una cultura a otra, siendo expresión de los sistemas de símbolos y significados que conforman esa cultura. La comprensión integral

de estas creencias sólo puede entenderse al examinarlas en relación el contexto cultural del cual son expresión.

- La existencia de enfermedades que son sólo reconocidas como tales (nombre, síntomas, causas, tratamiento) por un grupo cultural y no son reconocidas por el modelo médico oficial, es una evidencia muy ilustrativa de cómo la enfermedad no sólo es una representación biológica, sino una construcción socio-cultural.
- Las causas de sentido común atribuidas a la enfermedad son un elemento importante en la manera en que un grupo cultural reacciona conductual y emocionalmente ante la enfermedad y en la forma de afrontamiento de la misma.
- Las clasificaciones de sentido común de las enfermedades también revelan que las enfermedades son una construcción socio-cultural. Las dimensiones como la causa (interna, natural, material Vs espiritual, causada por fuerzas o entes sobrenaturales), la gravedad de la enfermedad, el grupo etéreo que sufre la enfermedad, la naturaleza fría o caliente de la enfermedad, han sido encontradas como dimensiones claves en la clasificación de enfermedades en contextos latinoamericanos particulares.
- El hecho de que los síntomas no aparezcan como la dimensión más importante en la clasificación de sentido común de enfermedades, revela también como las enfermedades son una experiencia humana y social y no sólo biológica.
- El sistema calor-frío en Latinoamérica ha sido considerado en estudios de antropología como el principio central que define la representación popular de las enfermedades (Foster, 1976; Foster y Anderson, 1978). Sin embargo, los resultados de los cuatro estudios de taxonomía de enfermedades referidos anteriormente indican que esta categoría, aunque es una dimensión que puede ser importante para algunos grupos, juega un papel secundario en la categorización de las enfermedades y en las correspondientes conductas de afrontamiento. Estos estudios también indican que las características definidas por la medicina oficial para definir un estado particular de enfermedad, no necesariamente coinciden con las categorías principales que la gente utiliza para clasificar las enfermedades. Por otra parte, también reflejan la coexis-

tencia del conocimiento de la medicina oficial y la medicina popular. Las categorías de enfermedades no son rígidas; no son ni absolutas ni excluyentes. Esta ambigüedad de su clasificación refleja la dinámica del contexto socio-cultural y las circunstancias que rodean un episodio específico de enfermedad y la experiencia con la enfermedad (Ngo-kwey; 1995).

- El no considerar las diferencias culturales asumidas por distintos grupos de la población en relación a las representaciones de la enfermedad, podría conducir a generar barreras de accesibilidad cultural y a profundizar la desigualdad en la utilización de los servicios de salud. Estos aspectos deberían ser tomados en cuenta en el diseño de programas de educación sanitaria tendientes a incrementar la efectividad de los programas de prevención y control de enfermedades.

Bibliografía

- COLLADO-ARDON, R., RUBEL, A.J. & O'NEILL, C.W. (1983). "A folk illness (Susto) as indicator of real illness". *Lancet*, 2, 1362.
- DAVEY-SMITH, G., GORTER, A., HOPPENBROUWER, J., SWEEP, A. et al. (1993). "The cultural construcción of childhood diarrhoea in rural Nicaragua: relevance for epidemiology and health promotion". *Social Science and Medicine*, 36(12), 1613-1624.
- DUNK, P. (1989). "Greek women and broken nerves in Montreal". *Medical Anthropology*, 11, 29-45.
- DUNN, F.L. (1977). "Tradicional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptative Systems". En C. LESLIE (ed), *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley: University of California Press.
- 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 J. SKELTON & R. CROYLE (Eds), *Mental Representation in Health and Illness* (pp. 132-162). New York: Springer-Verlag.
- FOSTER, G. (1978). "Medical anthropology and international health planning". En M. LOGAN & E. HUNT (Eds), *Health and the Human Condition* (pp. 301-313). North Scituate, MA: Duxbury Press.
- FOSTER, G.M & ANDERSON, B.G. (1978). *Medical Anthropology*. Toronto: John Wiley & Sons.

- FOSTER, G.M. (1976). "Disease etiologies in non medical systems". **American Anthropologist**, 78, 773-782western
- FURBEE, L. & BENFER, R. (1983). "Cognitive and geographic maps: study of individual variation among Tojolabal Mayans". **American Anthropologist**, 85, 305-334
- GOOD, B (1977). "The heart of what's the matter; the semantic of illness in Iran". **Culture, Medicine and Psychiatry**, 1(1), 25-58.
- GREEN, E. (1992). "Sexually transmitted disease, ethnomedicine and health policy in Africa". **Social Science and Medicine**, 35, 121-130.
- 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**. Third edition, 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.
- HUDELSON, P.M. (1993). "ORS and the treatment of childhood diarrhoea in Managua, Nicaragua", **Social Science and Medicine**, 37(1), 97-103
- KENDALL, C., FOOTE, D., MARTORELL, R. (1984). "Ethnomedicine and oral rehydration therapy: a case study of ethnomedical investigation and program planning". **Social Science and Medicine**, 19, 253-260.
- KLEINMAN, A. (1975). "Explanatory models in health care relationships". En **Health of the Family** (pp. 159-172), Washington, DC: NCIH.
- KLEINMAN, A. (1980). **Patients and Healers in the Context of Culture**. Berkeley: University of California Press.
- 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 D. LANDY (ed.), **Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology** (pp. 119-128). New York: Macmillan.
- 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, S. (1981). "The meaning of nervios: a sociocultural analysis of symptom presentation in San José, Costa Rica". **Culture, Medicine and Psychiatry**, 5, 25-47.

- MATHER, R. & JOHN, T. (1972). "Popular beliefs about smallpox and other common infectious diseases in South India". **Tropical and Geographical Medicine**, 25, 190-196.
- NASH, J. (1967). "The logic of behavior: curing in a Maya Indian town". **Human Organisation**, 26, 132-142.
- NATIONS, M.K. (1986). "Epidemiological Research on infectious disease: quantitative rigor or rigormortis?, Insights from ethnomedicine". En C. JANES, R. STALL & S. GIFFORD (Eds). **Anthropology and Epidemiology** (pp.97-123). Dordrecht: Reidel Publishing Company.
- NGOKWEY, N. (1995). "Naming and grouping illnesses in Feira (Brazil)". **Culture, Medicine and Psychiatry**, 19, 385-408.
- NUCKOLLS, C. (1991). "Culture and causal thinking: Diagnosis and prediction in a South Indian fishing village". **Ethos**, 19, 3-51
- OPALA, J. & BOILLOT, F. (1996). "Leprosy among the limba: Illness and healing in the context of world view". **Social Science and Medicine**, 42(1), 3-19.
- PACHTER, L.M., BERSTEIN, B. & OSORIO, A. (1992). "Clinical implications of a folk illness: empacho in mainland Puerto Ricans". **Medical Anthropology**, 13(4), 285-299.
- PILL, R. AND STOTT, N. (1982). "Concepts of illness causation and responsibility: some preliminary data from a sample of working class mothers". **Social Science and Medicine**, 16, 43-52.
- ROSENFELD, P. (1986). "Linking theory with action: the use of social and economic research to improve de control of tropical parasitic diseases". **Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health**, 17, 323.
- ROSENFELD, P., WIDSTRAND, C. & RUDERMAN, A. (1981). "Social and economic research in the UNDP/World Bank/WHO special programme for research and training in tropical disease". **Social Science and Medicine**, 15A, 529-538.
- RUBEL, A.J. (1977). "The Epidemiology of a folk illness: Susto in Hispanic America". En D. LANDY (Ed.), **Culture, Disease And Healing: Studies In Medical Anthropology** (pp. 119-128). New York: Macmillan.
- SNOW, L. (1976). " 'High-blood' is not high blood pressure". **Urban Health**, 5, 54-55.
- SNOW, L. (1978). "Sorcerers, saints and charlatans: black folk healers in urban America". **Culture, Medicine and Psychiatry**, 2, 69-106.

- TROTTER, R., Ortiz de Montellano, B. & Logan, M.H. (1989). "Fallen fontanelle in the American Southwest: its origin, epidemiology and possible organic causes". **Medical Anthropology**, 10(4): 207-217.
- 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
- VÁZQUEZ, M. & MOSQUERA, M. (1994). **Diarrea y Enfermedades Respiratorias Agudas en Nicaragua: Un Estudio de Intervención Educativa**. Managua, Nicaragua: Centro de Investigaciones y Estudios en Salud.
- YOUNG, C. (1978). "Illness categories and action strategies in a Tarascan town". **American Ethnologist**, 5, 81-97.