

Derechos reservados de El Colegio de Sonora, ISSN 1870-3925

Lo sociocultural desde la perspectiva biomédica. Una revisión de publicaciones en torno al tema

Paul Hersch Martínez*

Resumen: La gama de temas y problemas relacionados de alguna manera con lo “sociocultural” en la literatura biomédica amerita ser explorada. Se presenta como material de apoyo un metaanálisis sobre 998 referencias biomédicas de artículos que aluden explícitamente a lo “sociocultural” entre 1963 y 2006, las cuales se han ido incrementando constantemente en la literatura biomédica a partir de 1975. Se analizan con mayor detenimiento algunos estudios relativos a México o a conjuntos sociales de origen mexicano, destacando y ejemplificando diversas implicaciones y alcances en el uso biomédico de dicho término. Todas las referencias fueron agrupadas por áreas temáticas, resaltándose un patrón diferencial en las patologías que motivan la alusión biomédica a lo “sociocultural”. Las citas se presentan luego organizadas temáticamente para su consulta. La dimensión sociocultural del proceso salud/enfermedad/atención suscita diversas aproximaciones en la literatura biomédica, desde alusiones muy generales hasta caracterizaciones operativas que derivan en recomendaciones concretas, constituyendo un referente de utilidad en el proceso de definición de una posible epidemiología sociocultural.

Palabras clave: factores socioculturales en materia de salud, referencias bibliohemerográficas, biomedicina, epidemiología sociocultural, metaanálisis.

* Investigador del Instituto Nacional de Antropología e Historia. Correspondencia: ASFM-INAH, Matamoros 14, Acapatzingo, Cuernavaca, Morelos, CP 62440, México. Correo electrónico: osemos@gmail.com

Abstract: A meta-analysis of 998 references of articles that explicitly mention “sociocultural” factors between 1963 and 2006 in the biomedical literature is presented as a support material for research. The citations have been increasing consistently from 1975. Some papers referring to Mexico or Mexican-origin populations were analyzed with more thoroughness, highlighting and exemplifying diverse implications in the biomedical use of the term “sociocultural”. All the references were grouped thematically, and a differential pattern stood out in the pathologies that motivate the biomedical allusion to “sociocultural” factors. The references are presented, organized thematically for their consultation. The sociocultural dimension of the process health / illness / attention raises diverse approaches in the biomedical literature, comprising from very general allusions to operative characterizations translatable in concrete recommendations, being a useful referent in the definition process of a possible sociocultural epidemiology.

Key words: Sociocultural factors in health, bibliohemerographic references, biomedicine, sociocultural epidemiology, meta-analysis.

Introducción

Un insumo pertinente en la construcción de una perspectiva amplia e integradora del daño a la salud entendido en su dimensión colectiva es la revisión de aquello que en las publicaciones biomédicas y de ciencias sociales vinculadas a la biomedicina se ha venido entendiendo como “factores socioculturales”. Aun con ciertas limitaciones y sesgos que se mencionan más adelante, la perspectiva biomédica de lo “sociocultural” es accesible a través de la literatura que incluye dicho término de manera explícita.

Sin pretender una revisión exhaustiva, lo que sigue es una compilación de referencias concernientes a trabajos que aluden a lo “sociocultural”, organizadas temáticamente para su consulta como una herramienta introductoria y antecedidas por algunas reflexiones generales.

Con esta exploración básica esperamos aproximarnos a la imagen refleja de aquello que se identifica como “sociocultural” o es en algún grado susceptible de influencia por parte de lo “sociocultural”. Para ello se analiza en términos generales el tipo de temas y problemas que suscitan en la literatura referida el uso del término, así como algunas de sus diversas connotaciones.

Atribuir el carácter de “sociocultural” a un determinado factor o proceso es en sí una operación mediada social y culturalmente. Identificar algunas pautas en el uso biomédico del término coadyuva en la construcción de una aproximación incluyente, de una *epidemiología sociocultural*, entendida aquí en resumen como una perspectiva global que reconoce diversas racionalidades respecto al fenómeno de la alteración de la salud en cuanto que proceso colectivo.

En una modalidad básica de metaanálisis, se realizó una búsqueda automatizada en el sistema Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>), partiendo de los términos de tesoro de Medline-Pubmed “sociocultural” y “epidemiology”. Los resultados abarcaron desde el primero de enero de 1963 al 15 de mayo de 2006, obteniéndose 998 referencias bibliohemerográficas.¹ Este material fue ordenado primero en relación con el incremento progresivo de las publicaciones que aluden a lo “sociocultural” en la literatura biomédica (gráfica 1), para después explorar con todo detalle lo que se entiende por “sociocultural” en algunos trabajos de la serie relacionados con México y con poblaciones de origen mexicano o indígena. Se ordenó luego el material por enfermedades y otros temas sanitarios, se analizaron cuantitativamente algunos aspectos de la distribución temática de los trabajos en sus principales conjuntos (gráficas 2 a 4) y a partir de ahí se consignaron en términos generales los aspectos que la literatura aborda en cada apartado. Finalmente, se señalan algunas conclusiones y se incorpora como elemento central en este trabajo la bibliografía de referencia, organizada para su consulta por áreas de patología y temas sanitarios.

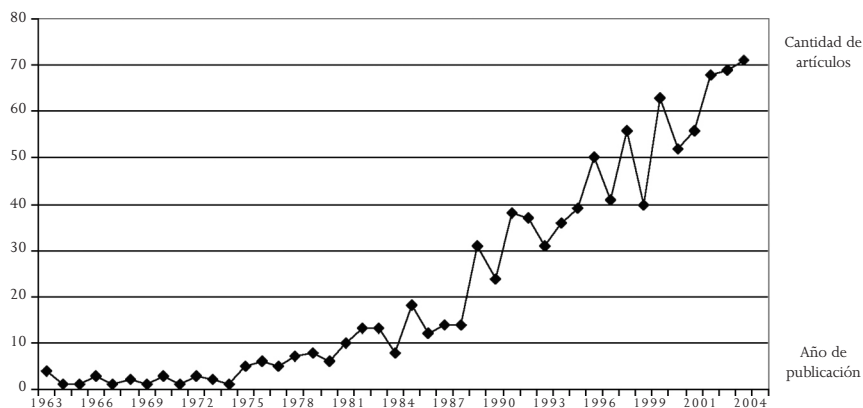
1.El incremento en las referencias biomédicas a lo “sociocultural”

En la gráfica siguiente se ilustra, en la serie compilada, el incremento progresivo de los artículos biomédicos que aluden explícitamente a lo “sociocultural”, en particular a partir de 1975, resultando originalmente cuatro en 1963, para ascender a 71 en 2005. Cabe añadir que la cifra total aumentó luego en la fuente automatizada, de 998 referencias —que son las que nos ocupan, correspondientes de 1963 al 15 de mayo de 2006— a 1 137 para una búsqueda más reciente, con alcance al 15 de marzo de 2008.

¹ Cabe destacar que los resultados de la búsqueda automatizada, repetida en fechas posteriores y correspondientes al mismo lapso, presentan algunas variaciones, y también señalar la pertinencia de actualizar dicha búsqueda, dado el incremento constante de referencias en la serie.

Gráfica 1

Artículos que se refieren a “factores socioculturales” en publicaciones biomédicas entre 1963 y 2005



Fuente: elaboración propia con base en consulta de MEDLINE.

2. Limitaciones y alcances de lo “sociocultural”

Un aspecto significativo en el material compilado alude a la diversidad de elementos que conllevan las referencias a lo “sociocultural” y la epidemiología en biomedicina. El carácter compuesto del término se refiere a priori a factores de índole socioeconómica y propiamente “cultural”; es decir, remite a dos realidades que suelen soslayarse en la biomedicina, relativas al sistema de la desigualdad que niega el principio de la igualdad, y al sistema de la exclusión, que a su vez niega el principio de reconocimiento de la diferencia, los dos sistemas de pertenencia jerarquizada en el paradigma de la modernidad capitalista (Santos 2005, 12-13). La desigualdad y la exclusión se articulan en una trama de implicaciones epidemiológicas y asistenciales, y de ella o de sus implicaciones darían cuenta, a partir de lo “sociocultural” y a menudo en términos descriptivos y fragmentarios, muchos de los artículos aquí reunidos.

Sin embargo, es evidente que sin aludir en absoluto a lo “sociocultural”, numerosos trabajos fundamentales atienden diversos matices y expresiones de esa urdimbre patogénica de la desigualdad y la exclusión. No son cerca de un millar las referencias en la literatura biomédica a esa relación compleja, sino muchísimas más; las aproximaciones a las implicaciones sanitarias de la desigualdad y la exclusión han sido múltiples, forman parte de la his-

toria de la medicina social y de la literatura misma, y resulta ingenuo pretender que un simple término dé cuenta de ellas. Por ello aquí, además de rastrear cuándo se incrementó la alusión a lo “sociocultural” en la biomedicina, se explora en qué terrenos sanitarios se aplica el término y qué connotaciones tiene en las referencias que se ocupan en particular de México o de poblaciones de origen mexicano. Ello tiene sentido a la luz del planteamiento de una *epidemiología sociocultural*, un término mixto construido a su vez con términos mixtos y que, sin embargo, pretende expandir una disciplina de por sí comprehensiva. En ese sentido, lo “sociocultural”, adjudicado a la epidemiología, implica un énfasis que no es nuevo y cuyas consecuencias en la literatura ameritan estudiarse.

3. Un término polisémico

¿A qué se refiere la biomedicina con “factores socioculturales”? En el caso de los trabajos que en la serie se ocupan de México o de poblaciones de origen mexicano, encontramos involucrado lo “sociocultural” en algún nivel causal de ciertos problemas sanitarios, pero también lo encontramos figurando en aspectos preventivos y asistenciales. Así, en referencias iniciales en la serie, tenemos el uso que Zepeda dio al término al publicar en 1970 en la revista *Salud Pública de México* un estudio sociocultural de un grupo de ciegos por oncocercosis en Chiapas. El autor identificaba como “socioculturales” las condiciones físicas, psicológicas, sociales y ambientales de los invidentes entrevistados, desagregados en datos ocupacionales, de alimentación y vestido, de uso de la “medicina tradicional” y de aceptación de la “medicina científica”, así como del “ambiente físico y social”, de la economía y las relaciones familiares. Como expresiones concretas de esas características se asume, por ejemplo, el que se consulte o no al curandero, el que se refiera armonía familiar o el que se conozca la causa de la ceguera, así como la mención del carácter amable de los invidentes, del tipo de trato que recibían por parte de la comunidad, del hecho de que tuviesen amigos o su indumentaria misma. Esta gama de aspectos conferían lo “sociocultural” al estudio de referencia, hermanados todos por considerarse “no biológicos”. Tres años después, la misma revista publica una revisión de Menchaca, pediatra argentino, en torno a los “aspectos económicos, socioculturales y sanitarios” de la diarrea aguda en el niño. El investigador fundamenta su trabajo en la necesidad de ampliar más allá del “criterio numérico o estadístico” la perspectiva sobre la enfermedad, para lo cual remite a los factores sociológicos, culturales, psicológicos y educacionales de la dolencia. A su vez, incluye entre los factores

culturales que inciden en la diarrea aguda infantil las costumbres, tradiciones, valores, tabúes y símbolos, transmitidos todos “a modo de herencia social”, destacando como ejemplos concretos las costumbres alimentarias que privilegian a los adultos en la calidad de los alimentos, las que prolongan o acortan la lactancia en el medio rural y el urbano, respectivamente, así como la recurrencia a curanderos, respecto a lo cual advierte: “menos mal que algunos de esos intrusos sólo se limitan a aconsejar *tecitos* o a *curar el empacho* con una particular maniobra en la región lumbar: *tirar el cuerito*” (Menchaca 1973, 341). El autor destaca la estratificación social en relación con las diarreas infantiles al abordar los factores sociológicos y, entre los psicológicos, cita como ejemplos la anorexia y el estrés afectivo. Respecto a cómo *enfrentar los factores culturales*, recomienda al médico práctico que interprete adecuadamente los rasgos culturales de sus *asistidos* para evitar barreras de comunicación, pues “es menester conocer y comprender tales rasgos acercándose a dichas personas a fin de realizar junto a ellas la llamada *observación participante*” (Ibid. 349) y señala las diferencias existentes entre la *subcultura de las familias* más afectadas por las diarreas infantiles y la *subcultura de los médicos*, siendo la primera más tradicional y poco propicia para el cambio, mientras que:

nosotros, acicateados a diario por el perfeccionamiento científico, somos más progresistas [... de modo que el pediatra] deberá [...] descodificar y codificar los mensajes [...] si una madre nos trae a su hijo y nos dice que *está empachado*, no bajaremos una cortina a la comunicación necesaria incriminándola por su lenguaje, que es el que le dicta su subcultura, la que por supuesto no coincide con el código profesional nuestro. Siguiendo lo aconsejado por la informática, descodifiquemos lo que ella nos dice, pasándolo al código nuestro, y cuando queramos explicarle algo, descodifiquemos tal mensaje de este código nuestro, para tratar de hacerlo llegar del modo más accesible a la terminología o codificación según la cual ella acostumbra entender y expresarse [...] (Ibid.).

Luego de señalar la necesidad de “conocer las aspiraciones que en materia de salud tienen nuestros *asistidos*”, advierte: “no nos llevemos por delante las costumbres regionales sin previo análisis”. Al abordar los factores sociológicos de la diarrea infantil refiere “que nosotros los médicos podamos neutralizar los factores sociológicos del sistema que condiciona la incidencia de las diarreas, es realmente una pretensión sin mayores posibilidades de éxito inmediato y directo”, pero añade:

los médicos, igual que otros profesionales, frente al cúmulo de conocimientos exigidos por el desarrollo tecnológico, tenemos ocupada la

mayor parte de nuestro interés y nuestro tiempo por estas actividades técnicas. En consecuencia, nos hemos ido diferenciando y separando del resto de la comunidad, al punto de constituir una subcultura especial que se ha dado en llamar *comunidad científica* [las cursivas son nuestras] [...] el interés por el hacer científico absorbe tanto el tiempo, que poco a poco se ha ido perdiendo la comunicación con la comunidad. Resulta difícil *ponerse al nivel cultural* [las cursivas son nuestras] de nuestros asistidos, particularmente de los que están en mayor riesgo de enfermar: los pobres [...] (Ibid. 350, 355).

Menchaca subrayaba entre sus conclusiones la participación etiopatogénica de factores económicos, socioculturales y sanitarios en las diarreas agudas infantiles; el carácter de esas diarreas como *productos de un sistema sanitario-social* y la necesidad de una enseñanza integrada de las etiopatogenias médica y social, además de la relevancia de un acercamiento comprensivo del médico al estrato social donde se ubican principalmente estas infecciones. El colofón de Menchaca a su trabajo resulta significativo, pues lo “sociocultural” pareciera remitir en síntesis a *lo estructural*, inalcanzable para el pediatra cuando no se analiza el *potencial de los procesos políticos*, ausentes en su interesante revisión, pero determinantes en el tema:

Se considera que no es valedero el argumento de que los médicos no tenemos en el presente la fórmula para solucionar los *aspectos socioculturales* [las cursivas son nuestras] de nuestra tarea. Entendemos que entre las enfermedades que nos toca asistir, junto a aquellas que urgen por atención rápida, hay muchas otras que requieren paciencia y tiempo de nuestra parte. Al igual que la etiopatogenia de origen sociocultural, acotamos: ¿acaso no seguimos siempre trabajando contra el cáncer, la leucemia y un considerable número de afecciones respecto a las cuales no sabemos cuánto tiempo nos llevará su estudio y control? Al respecto, y a manera de colofón, recordaré la reflexión de aquella flecha que parte veloz y muy deseosa de alcanzar su meta y que en camino aprecia la imposibilidad de ver realizado su propósito. ¿Cuál es la reflexión de la flecha? “Aunque no pueda ver satisfecho mi deseo de llegar, nadie me podrá quitar el agrado y la tranquilidad de conciencia que me proporciona el haber estado concurrendo hacia un fin elevado y digno.” (Ibid. 357).

Las referencias a lo “sociocultural” serán luego a menudo circunscritas a problemas específicos, como sucede en el artículo de Marván, Vacio y Espinosa Hernández (2003), donde se explora el efecto del *contexto sociocultural* en la manera como muchas mujeres experimentan la menarquia en áreas

rurales y urbanas de México. En ese trabajo, que señala cómo los cambios en el ciclo menstrual no constituyen un fenómeno al margen de la cultura, lo “sociocultural” es sintetizado como un concepto integrador en función de la adscripción rural o urbana de las adolescentes entrevistadas. Así, las adolescentes campesinas esperan menos implicaciones negativas en la menstruación en comparación con las adolescentes provenientes del medio urbano, lo que se interpreta como efecto diferencial de las culturas en que han crecido impactando sus expectativas, según lo cual esas adolescentes estarían más expuestas a medios de comunicación que proyectan una imagen de la menstruación como un evento debilitante, mientras que las adolescentes en el medio rural asocian la menstruación con la salud, pues indica la capacidad para tener hijos.

Otra investigación que en México aborda *factores socioculturales* es la de García Moreno y Solano Sainos (2005) sobre la decisión de los varones respecto a la vasectomía. Sin mayor categorización, los *factores socioculturales negativos* incluirían las creencias, los rumores, la información adversa o inexistente, la religión, el temor al desempeño sexual, la idea de la anticoncepción como competencia de la mujer y el concepto de la vasectomía como daño físico, figurando como *factores socioculturales alentadores* de la aceptación de la vasectomía el argumento de que tener menos hijos implica mayor poder adquisitivo, la posibilidad de mejora en el bienestar familiar y la de un ejercicio sexual más libre. Por su parte, Guendelman et al. (2001) exploran la *orientación sociocultural protectora* en mujeres mexicanas, en el marco del incremento de su llegada a los Estados Unidos dadas las sucesivas crisis económicas vividas en México recientemente; partiendo de la maternidad como un constructo social, se estudian las actitudes y valores que conforman ese constructo en mexicanas migrantes y no migrantes, así como su relación con el control de la fertilidad, el apoyo masculino y el estrés en el embarazo. La *orientación sociocultural protectora* (Guendelman, English y Chávez 1995) puede favorecer condiciones propicias para el nacimiento entre hijos de migrantes mexicanos en Estados Unidos, a pesar de estar sometidos a riesgos socioeconómicos considerables. Sin embargo, se hace notar que el efecto de una migración selectiva y de una “orientación cultural mexicana”, si bien puede proteger ante situaciones desfavorables en el nacimiento, no protege a los niños contra la morbilidad grave, evidenciando una afectación diferencial mayor a la salud por parte de factores propiamente socioeconómicos. En todo caso, “más allá de los factores socioeconómicos y culturales”, la posibilidad de que existan situaciones adversas de salud se duplica entre las madres que perciben barreras para recibir atención médica.

Un trabajo que en México se ocupa más operativamente del tema de los factores socioculturales es el de León Carmona, Hernández Álvarez y

Hernández Hernández (2002), confrontándolos con la morbilidad materna y perinatal en adolescentes. Los autores señalan *factores de riesgo socioculturales* y su contraparte, *factores socioculturales de protección* “independientes del sustrato biológico”, que serían: a) el embarazo deseado, b) la información reproductiva suficiente, c) la escolaridad acorde a la edad cronológica y d) la fecundidad acumulada ideal (correspondiente en adolescentes a ningún evento obstétrico previo). La asociación entre esos *factores socioculturales* y la morbilidad materna y perinatal fundamenta el requerimiento de oportunidades sociales y laborales para las adolescentes.

Otro estudio realizado en México que alude al *contexto sociocultural* de un conjunto de población respecto a una determinada patología es el de Salgado de Snyder y Maldonado (1994) en relación con la depresión en mujeres campesinas, a propósito de estudios psicométricos. Las autoras, luego de subrayar la relevancia epidemiológica de la depresión, señalan que la prevalencia de la sintomatología depresiva en los estudios comunitarios es superior a la prevalencia de la enfermedad clínica. La manifestación de la sintomatología depresiva difiere en función del *contexto sociocultural*, de modo que en algunos casos debe interpretarse como manifestaciones culturales que la mujer debe observar en el medio rural mexicano de acuerdo con el estereotipo tradicional, el cual remite a la imagen de la mujer que sufre y no se permite ser feliz porque su papel social implica la sumisión, la abnegación y la renunciación. De ahí que la intensidad de la sintomatología y no su presencia en sí sería lo indicativo de depresión. En el caso del trabajo de Celis, Gómez Lomelí y Armas sobre el origen de envenenamientos y traumatismos mortales en adolescentes (2003), lo “sociocultural” no se traduce en aspectos o variables específicos por indagar, sino que, ante la duplicación en la tasa de suicidios habida en México en las dos últimas décadas y la persistencia de muertes de peatones en accidentes por vehículo de motor, así como de asfixias por inmersión en el medio rural, se hace referencia en general a las *condiciones socioculturales de cada entorno*, a tomar en cuenta con fines preventivos. Otra investigación llevada a cabo en México que se ocupa de lo “sociocultural” es la de García Romero, Cordera Pastor y Vargas Martínez (1993) acerca del diagnóstico situacional de las unidades médicas de Petróleos Mexicanos, donde se inquiere a los usuarios sobre *aspectos socioculturales*, entendidos como tales las creencias o conocimientos de la población sobre las causas de las enfermedades, las costumbres que afectan la salud (ingesta de alimentos en la calle, beber agua no potable, deficiente higiene ambiental y personal, tabaquismo y alcoholismo), las enfermedades endémicas, el grado de educación de la población derechohabiente, las actividades sociales, recreativas y culturales más importantes y la patología social más sobresaliente (alcoholismo, tabaquismo, consumo de drogas y violen-

cia). Al margen de esa categoría amplia se consideraron, sin embargo, aspectos propiamente demográficos, económicos, de saneamiento ambiental y de demanda, aceptación y calidad de servicios.

A su vez, otra referencia muy general al término aparece ante el incremento de la tuberculosis entre migrantes en Estados Unidos: un reporte norteamericano sobre el problema en la zona fronteriza con México (Lobato y Cegielski 2001) destaca el papel del lenguaje y de las *diferencias socioculturales* en la búsqueda diferida de atención médica y en la falta de adherencia al tratamiento. Este factor figura como uno más entre otros que convergen en la enfermedad: a) la tasa mayor de tuberculosis en México; b) el bajo nivel socioeconómico y el acceso limitado a la atención médica en el área fronteriza; c) los cruces frecuentes de frontera hacia los Estados Unidos buscando empleo, comercio, servicios de salud o diversión; d) las diferencias de lenguaje y socioculturales y e) la falta de atención coordinada entre las jurisdicciones sanitarias en ambos lados de la frontera. Se toman como “socioculturales” variables o aspectos propiamente culturales, como las “creencias culturales” relativas a causas de la tuberculosis diferentes a la “etiología basada en gérmenes” o el uso de remedios herbolarios.

Otros artículos que en México hacen referencia a un *contexto sociocultural* se ocupan de las parasitosis intestinales (Guevara y Somolinos 1976), del propio de las campesinas mexicanas, en relación con la conducta de riesgo respecto al VIH/sida, dada la diseminación de la enfermedad en el México rural (Salgado de Snyder, Díaz Pérez y Maldonado 1996), de la prevalencia de fibromialgia en niños, a propósito de un cuestionario sobre dolor aplicado a escolares, resaltando la dificultad para evaluar *diferencias raciales y socioculturales* (Clark et al. 1998); se alude también al *contexto sociocultural* que determina diferencias en la sintomatología premenstrual, destacando mayores síntomas psicológicos en mujeres del medio urbano, aunque al parecer el nivel educativo de la mujer es más determinante en ello que su adscripción rural o urbana (Marván, Díaz Erosa y Montesinos 1998). Se habla a su vez, de un *perfil epidemiológico sociocultural* en comunidades rurales partiendo de datos de patología deducibles de los patrones de uso de flora medicinal en el medio campesino (González y Hersch 1993); asimismo, el *nivel sociocultural* se menciona entre los parámetros de referencia en estudios neuropsicológicos para la detección de daño cerebral, además de considerar relevantes la edad y el sexo (Ostrosky Solís, Quintanar y Ardila 1989).

También se hace alusión en México a la *manifestación sociocultural* de los problemas de salud mental, a propósito de la prevalencia de los “nervios” y su sintomatología asociada en el medio rural, subrayando su comorbilidad con trastornos anímicos y de ansiedad en adultos, con una prevalencia de 15.5 por ciento, mayor en mujeres (20.8 por ciento) que en hombres (9.5 por

ciento); también es mayor en mujeres la prevalencia de las manifestaciones psicológicas y somáticas relacionadas con los “nervios” (Salgado de Snyder, Díaz Pérez y Ojeda 2000). Se mencionan asimismo *efectos socioculturales* que inciden en la mortalidad en México, en un estudio que explora patrones geográficos espaciales de causalidad, a partir de un modelo conceptual basado en la teoría de la transición epidemiológica, agrupando seis tipos de factores generales: demográficos, socioculturales, de prosperidad económica, vivienda, salud y criminalidad (Pick y Butler 1998). Se alude además a *aspectos socioculturales* de la histoplasmosis, que se aborda en relación con las visitas a cuevas y minas que son reservorios de *H. capsulatum* en el estado de Guerrero (Taylor, Granados y Toriello 1996), así como los *aspectos socioculturales* del alcoholismo, haciendo hincapié en el *desarrollo psicocultural* de la conducta de ingesta de alcohol a través de ejemplos de Chile, Colombia y México, e inquiriendo, entre otras cuestiones, en torno a los “elementos culturales autóctonos” que pueden permitir actividades preventivas en el seno de las comunidades (Rojas Mackenzie y Riquelme 1985). A su vez, en un estudio comparativo en población de origen mexicano en San Antonio, Texas, y en habitantes de la Ciudad de México, se aborda el *estatus sociocultural* en relación con la hipertensión y la diabetes, entendiéndolo a partir de tres aspectos: asimilación, modernización y estatus socioeconómico. Se afirma que en Texas los “niveles superiores de estatus sociocultural”, especialmente en lo que concierne a educación y asimilación estructural, se asociaron a cifras favorables de tensión arterial, mientras que en la Ciudad de México una “modernización mayor” ha supuesto un efecto benéfico constante en la tensión arterial de mujeres, pero un efecto dañino continuo en hombres. El nivel educativo mayor se vincularía a una baja prevalencia de hipertensión y un mejor control de la misma en ambos sexos (Hazuda 1996). Igualmente se hace referencia en términos generales a diferentes *patrones socioculturales* en el alcoholismo (Calderón Narváez 1983) y también se destaca el surgimiento de “parteras posmodernas” en México, procedentes de diversos *entornos socioculturales*, reivindicando una profesión y generando un incipiente movimiento social que cuestiona al modelo médico monológico y su alta tasa de cesáreas (Davis Floyd 2001).

Por otra parte, en trabajos con grupos de población de origen mexicano en los Estados Unidos, se mencionan *características socioculturales* que inciden en problemas perinatales (Balcázar, Aoyama y Cai 1991), se refieren *barreras socioculturales* que interfieren en el tratamiento de la diabetes durante el embarazo (Kieffer, Martin y Herman 1999) y en la atención médica adecuada (Franco et al. 1985), así como *mecanismos socioculturales* que sustentan la eficacia de la religión en la recuperación de los heroinómanos (Desmond y Maddux 1981); también se habla de *constructos socioculturales* que influyen en

la experiencia de hospitalización, comprendiendo entre ellos la red social, el dominio del lenguaje, la modestia, las expectativas de rol, el estatus socioeconómico, las creencias y prácticas folclóricas y el diagnóstico médico (Mardiros 1984).

En cuanto a prevención, se destaca el papel de la *protección sociocultural* en el bajo peso al nacer (Dowling y Fisher 1987), los efectos del estatus sociocultural en los factores de riesgo cardiovascular y de diabetes (Zunzunegui y Selby 1985; Stern et al. 1984) y los *mediadores socioculturales* que operan en las relaciones entre las experiencias infantiles y las conductas sexuales de riesgo (Newcomb, Locke y Goodyear 2003). Además, se alude a *ideales* y *correlatos socioculturales* respecto a la apariencia física, incluyendo en ellos el rol de género, la importancia del apoyo familiar y del marido, el cuidado de los hijos, el lenguaje y el grado de aislamiento (Warren et al. 2005; Evenson et al. 2002), a *variables socioculturales* contrastadas con variables genéticas en el terreno de la gestación y la crianza (Callister y Birkhead 2002) o incidiendo en la salud perinatal (Gaviria, Stern y Schensul 1982), así como a *grupos socioculturales* en sus diferentes reacciones frente al estrés (Prelow et al. 2000) y en su relevancia para la investigación comparativa en epidemiología social (Dressler et al. 1991).

También se hace alusión a un *ambiente sociocultural incapacitante* que limita la toma de decisiones de las inmigrantes mexicanas en torno a la prevención de enfermedades cardiovasculares (Juarbe 1998) y a un *gradiente sociocultural* en la diabetes (Mitchell y Stern 1992).

Si bien en varios de los trabajos revisados lo “sociocultural” pasa a segundo plano, al colocarse como una mera “variable”, confinada a un papel no orgánico en el problema de salud que se aborda, en contraste, en otros el término adquiere un cariz relevante, lo que no depende del término mismo, por supuesto, sino del contexto del trabajo. Tal es el caso —como último ejemplo en este sentido— del reporte de Quesada y Heller (1977), quienes en nombre de una comisión designada al efecto en Texas, se ocupan de las *barreras socioculturales* existentes en la atención médica en mexicano-estadounidenses. En el artículo, ilustrativo de un análisis donde se confronta lo social con lo cultural, se consideran como *barreras socioculturales* la alienación, la comunicación y las prácticas médicas folk. Estas barreras se examinan en un contexto que resulta determinante:

Los mexicano-estadounidenses, como otras minorías, se encuentran estructuralmente alienados de la corriente principal de la sociedad angloestadounidense de clase media. La posición del individuo en la estructura de clase determina en gran medida las oportunidades de vida y las percepciones del ambiente social. Para quienes integran la clase

baja, el ambiente social brinda escasos recursos y es muy impredecible. El medio, en cualquier momento, tiene el potencial de forzar a los individuos de clase baja a una existencia altamente inestable. La alienación estructural tiene consecuencias particulares para las personas que viven simultáneamente una adscripción de clase baja y una identidad étnica. Como resultado, la marginalidad estructural respecto a la mayor parte de la población puede desembocar en fuertes percepciones de alienación, en problemas de comunicación y en la recurrencia a prácticas médicas folk centradas étnicamente (*ethnically centered folk-medical practices*) (Quesada y Heller 1977, 97).

Los autores identifican seis *barreras estructurales y socioculturales*, destacando que las condiciones inferiores de salud entre los mexicano-estadounidenses en Texas van más allá de los propios problemas de clase y de falta de educación. Esto lleva a recomendar un verdadero sistema educativo bilingüe pero también bicultural en todo el estado, con especial acento en la formación de los estudiantes angloestadounidenses del área de la salud, respecto a las definiciones socioculturales que inciden en la atención médica, el reclutamiento masivo de mexicano-estadounidenses a todos los niveles del sector sanitario, la adecuación del sistema burocrático sanitario a las condiciones de la población usuaria y un acercamiento del sistema sanitario hacia las prácticas médicas folk.

Como se desprende de lo anterior, todas estas connotaciones reflejan la amplitud de campos, implicaciones y alcances de lo “sociocultural”, lo cual rebasa el ámbito epidemiológico y el propiamente preventivo. Se abordan así *patrones, factores, variables, manifestaciones, características, contextos, conjuntos sociales, constructos, barreras, gradientes*, que comparten ese carácter sociocultural en numerosos matices y que se contraponen a su respectiva y contrastante dimensión biológica, genética e incluso, eventualmente, psicológica.

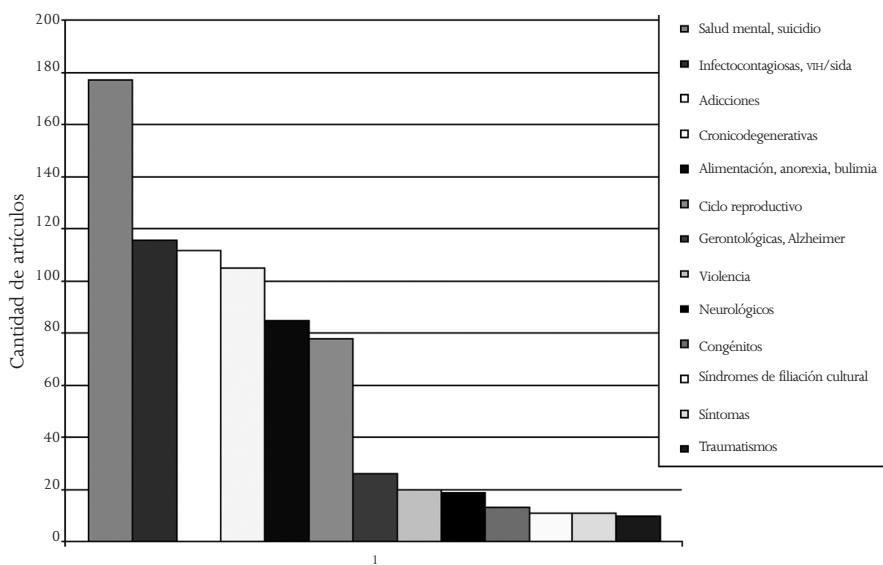
4. Los campos de la patología en que se alude a lo “sociocultural”

Ahora bien, cabe explorar la distribución temática de lo “sociocultural”, es decir, la *frecuencia diferencial significativa de los temas* en el conjunto de trabajos que nos ocupa. Ciertos procesos patológicos son susceptibles de mayor vinculación con lo “sociocultural”, sea porque lo que se entiende como tal resulta en ellos más evidente, o porque se le busca precisamente en esos terrenos, dada la insuficiencia de explicaciones meramente biológicas ante el proble-

ma. En la gráfica 2 se destacan en un primer nivel los artículos centrados en problemas de salud mental, incluso desagregados del rubro de las adicciones, que además resultan también significativos en el conjunto; el segundo rubro en orden descendente es el de los problemas infectocontagiosos, donde el VIH/sida predomina como tema de referencia. También cabe mencionar la elevada proporción de artículos relativos a la alimentación y sus desórdenes (anorexia, bulimia), conjunto donde importa señalar que la desnutrición aparece como una mención menor; sobresalen también temas y problemas que hacen referencia al ciclo reproductivo, y procesos patológicos crónicos o degenerativos, como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes.

Gráfica 2

Distribución de publicaciones biomédicas que aluden a factores socioculturales por patología



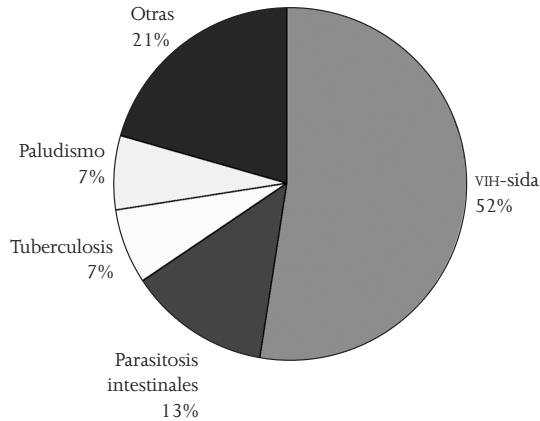
Fuente: elaboración propia con base en consulta de MEDLINE.

Como se puede apreciar en la gráfica, la distribución de la patología refleja el acento puesto en los factores socioculturales en el tema del suicidio y la autoagresión, lo que marca una preeminencia que nos remite al clásico

estudio de Durkheim, mientras que otros temas antes comunes en la confluencia de lo cultural y lo biológico, como el de la accesibilidad de los servicios sanitarios para poblaciones indígenas, incluyendo el de la receptividad a vacunas, el de diversos problemas infectocontagiosos o el de los llamados “síndromes de filiación cultural”, presentan una proporción muy inferior respecto al primer conjunto.

Gráfica 3

Distribución de enfermedades infectocontagiosas, incluido el VIH-sida, en publicaciones biomédicas que se refieren a factores socioculturales

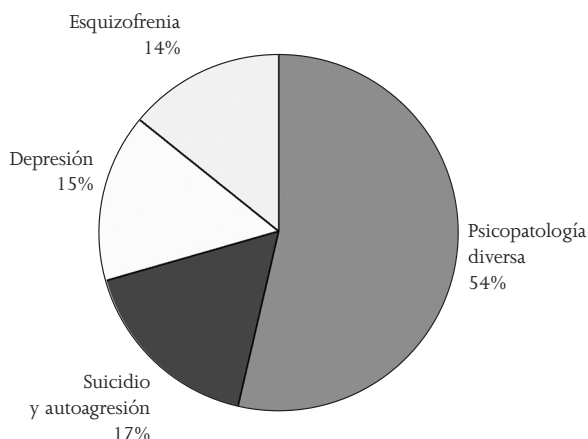


Fuente: elaboración propia con base en consulta de MEDLINE.

La gráfica 3 muestra la distribución de enfermedades infectocontagiosas en la serie, destacando el predominio del VIH/sida, seguido por referencias a parasitosis intestinales, tuberculosis y paludismo, mientras que la gráfica 4 se ocupa de la distribución de algunos problemas de salud mental, evidenciándose la relevancia en la serie de trabajos que señalan factores socioculturales en temas de suicidio y autoagresión, depresión y esquizofrenia, respectivamente.

Gráfica 4

Algunos problemas de salud mental y factores socioculturales en publicaciones biomédicas



Fuente: elaboración propia con base en consulta de MEDLINE.

5. Algunas pautas generales por temas y problemas en orden de relevancia numérica

Problemas de salud mental

Agrupados bajo el término de “problemas de salud mental”, se encuentran en orden decreciente por cantidad tanto los de índole diversa como los que se ocupan del suicidio y la autoagresión, la depresión y la esquizofrenia. En el primer conjunto, se expone una serie de problemas de salud mental cuya referencia más antigua corresponde a un enfoque clásico sobre “problemas psicosociales de adolescentes aborígenes” (Gault, Krupinski y Stoller 1970), orientación que deja paso con el tiempo a un incremento progresivo de reportes relativos a la condición psicológica de migrantes, donde el acento inicial se centraba en la figura del trabajador migrante en Europa. En cambio, los artículos que tratan el tema del *déficit de atención e hiperactividad* aduciendo factores socioculturales o cuestionando dicha entidad, aparecen más recientemente como efecto de su incorporación en la nosología psicológica

o psiquiátrica. Figuran también en proporción creciente los artículos de origen japonés y chino, mientras que las reflexiones iniciales de índole general sobre la relevancia de los factores “sociopsicológicos” en los trastornos mentales (Dohrenwend 1975; Dunham 1976) dejan sitio ahora a otras sobre la ansiedad en niños y adolescentes de poblaciones multiétnicas (Cooley y Boyce 2004) o sobre la construcción social de los diagnósticos psiquiátricos (Bjorklund 2006).

Un grupo de trabajos hace alusión a factores socioculturales desde la perspectiva de la asistencia psiquiátrica y también se ocupa del estado de la psiquiatría en diversas regiones y países —destacando África, y en ella Libia y Nigeria—, al tiempo que se presenta una reflexión sobre la investigación de “condiciones estigmatizadas” como dilema del “psiquiatra sociocultural” (Westermeyer 1989). También es de subrayar entre los reportes que reconocen factores socioculturales en problemas de salud mental, ciertas patologías acotadas a regiones, como el caso de la disforia y la somatización en la cultura iraní (Pliskin 1992), la psicosis reactiva en Argelia (Pisztor 1972), el papel del linaje en Taiwán (Cheng y Hsu 1993) o cierto tipo de paranoia, neurastenia y antropofobia en pacientes chinos (Pang et al. 1996; Lee 1998; Zhang et al. 2000, respectivamente). En este conjunto también es destacable la relación de repercusiones psicológicas surgidas de la “opresión sociocultural” en pueblos nativos de Alaska (Sullivan y Brems 1997).

En cuanto al suicidio, los estudios iniciales sobre los factores socioculturales que inciden en el proceso mencionan una “perspectiva sociocultural de los medios de autodestrucción” (Marks y Abernathy 1974), analizando entre otros temas más específicos la influencia del sexo, la “raza” y la región, en la elección del método de autoagresión empleado (Taylor y Wicks 1980). Aparecen luego conjuntos de población más delimitados en torno al suicidio, entre los que sobresalen los adolescentes y los niños en Estados Unidos, Canadá, Hong Kong, Singapur y Trinidad, señalándose también las características del problema en entornos con dinámicas de transición cultural acentuada (adolescentes “latinas”, mujeres de origen indú en Sudáfrica o afronorteamericanos); se contrastan aspectos socioculturales entre las ideas de suicidio (por ejemplo, entre los inuit de Groenlandia), el intento de suicidio (relacionando las diferencias de género en Pakistán), así como el suicidio consumado y sus factores de riesgo en la India. Se explora también el valor predictivo de los factores socioculturales en conceptos como el de “suicidabilidad” (Walker et al. 2005) o el de conducta suicida (Maharajh y Konings 2005) y la utilidad de las autopsias psicológicas en relación con los factores de riesgo (Zhang et al. 2004). Otros países donde se analizan factores socioculturales en el suicidio son Jordania y China. Aparecen más recientemente ensayos generales comparativos como el de

Neeleman y Lewis (1999), que incorporan clásicamente en el examen del suicidio las condiciones socioeconómicas y la religión, o el de índole más geográfica de Johnston, Cooper y Kapur (2006).

Las referencias biomédicas a factores socioculturales en la depresión arrancan en la muestra con el trabajo de Schwab et al. (1968) relativo al concepto de lo “sociocultural”, para de ahí identificar pautas como la presencia de la enfermedad maniaco-depresiva en “hispanos pobres urbanos” (Jones, Gray y Parson 1983) y la de síntomas de depresión en comunidades afro-norteamericanas (Brown et al. 1995) y en éstas, comparados con población blanca (Jones Webb y Snowden 1993), extendiéndose luego a la descripción del problema en grupos étnicos en África (Kenia) y Asia (India, Malasia). Investigaciones posteriores se ocupan del papel de la religión como “determinante transcultural” en la depresión (Razali et al. 1998) y como parte del abordaje de la psicoterapia (Braam et al. 2001). Más recientemente se postula en un trabajo realizado en China una “etnoepidemiología de la depresión postparto” (Lee et al. 2004).

A partir de los artículos de Mishler y Scotch aparecidos en 1963 y 1965 sobre los factores socioculturales en la esquizofrenia, otros autores plantean esa relación centralmente (Murphy 1968; Dunham 1977; Bland y Orn 1981), pero luego los trabajos han dejado ese término para dar paso a enfoques más puntuales relativos a conjuntos sociales determinados, donde destacan en particular poblaciones asiáticas y conjuntos de migrantes “hispanos”, y se señalan diferencias culturales manifiestas particularmente en el pronóstico (Marcolin 1991; Weisman 1997), así como en el campo de las delusiones (Stompe et al. 1999; Kim et al. 2001). Se puede hacer hincapié también en un antiguo estudio de Rubins (1969) en el que plantea una aproximación holística de las psicosis con tres factores en ese abordaje: los socioculturales, los psicogenéticos y los relativos al desarrollo. Investigaciones más recientes se orientan a perspectivas interesantes a propósito de la esquizofrenia, como la de una “epidemiología cultural del estigma” (Raguram et al. 2004) o la relación entre la clase social de origen, el potencial perdido y la desesperanza (Lewine 2005).

Problemas infectocontagiosos, incluido VIH/sida

Los trabajos que abordan el término de lo “sociocultural” en las *enfermedades de transmisión sexual* al margen del VIH/sida se inician con dos referencias a Nigeria (Sogbetun, Alausa y Osoba 1977; Ogunbanjo 1989), figurando luego poblaciones de adolescentes (Baker y Rosenthal 1998) y de jóvenes con conductas de riesgo (Taffa et al. 2002, en Etiopía). En cambio, los repor-

tes más recientes en este conjunto se ocupan del estigma como una barrera en el tratamiento y cuyo abordaje debe ser más explícito (Lichtenstein 2003; Hannigan y Jones Devitt 2004).

En lo que concierne al grupo de trabajos que se ocupan del VIH/sida, que constituye en esta muestra uno de los temas con más referencias en todo el conjunto de problemas de salud a los que se adscribe alguna influencia sociocultural, los artículos parten de 1987, cuando Katner y Pankey plantean la evidencia de un origen euroamericano del virus de inmunodeficiencia humana. Los factores socioculturales en las estrategias de prevención en poblaciones africanas y en drogadictos afronorteamericanos e “hispanos” se destacan también pronto (Wilkins et al. 1989; Schilling et al. 1989). Otros grupos poblacionales donde se señala el componente “sociocultural” son las mujeres de origen portorriqueño en Nueva York (Menéndez 1990) y los afronorteamericanos en quienes se focaliza la cultura como elemento relevante en la educación y prevención respecto a la enfermedad (Airhihenbuwa et al. 1992). Aparecen también ya en los años noventa reportes que asocian el VIH/sida con otros procesos patológicos, como la desnutrición en África (Lesbordes, Coulaud y Georges 1990) y la toxoplasmosis y neumocistosis en Europa (Clumeck 1991). Estas asociaciones con otras patologías no figuran luego de manera explícita y en cambio aparecen de manera creciente hasta predominar en los artículos otros elementos en el análisis, como la migración y la condición de género.

En este mismo campo, se incorporan conceptos como la relevancia de la negociación en el cambio conductual (Ulin 1992), las “tramas de vida, muerte y apoderamiento” (Pizzi 1992) o la “susceptibilidad percibida”, la “distancia social” y la homofobia relacionados con el VIH/sida (Schieman 1998), predominando en los trabajos la figura de la mujer en las estrategias de prevención.

Se reportan diferencias culturales en el ámbito de la biomedicina misma, manifiestas en el abordaje del VIH/sida (Feldman 1992). Entre los grupos de población vulnerables se destaca a las adolescentes “latinas” y de otras minorías étnicas en el medio urbano, a mujeres afronorteamericanas, a poblaciones de comunidades rurales africanas (Tanzania, Suazilandia, Sudáfrica, Zaire), a prostitutas en China (Huang et al. 2004) e incluso a mujeres de edad media y avanzada (Neundorfer et al. 2005). Los hombres con VIH/sida figuran muy poco en los trabajos.

Las referencias sobre América Latina aparecen hasta 1993, como es el caso de Nicaragua (Low et al.) y México, donde se subraya el riesgo de adquirir la enfermedad entre mujeres de la zona rural casadas con trabajadores migratorios (Salgado de Snyder, Díaz Pérez y Maldonado 1996).

En cuanto a metodología, en el campo del VIH/sida la referencia a la investigación cualitativa aparece en 1996 en planteamientos de trabajo con “comunidades etnoculturales” (Willms et al.; Singer et al.). El término de “intervenciones socioculturales a nivel comunitario” es desarrollado por Friedman y O’Reilly (1997), mientras que Buseh, Glass y McElmurry hablan del análisis con grupos focales (2002) y Apostolopoulos et al. plantean “etnografías exploratorias” a propósito de los riesgos de contagio a que se encuentran expuestos los trabajadores migrantes mexicanos (2006).

En el rubro de la migración y el VIH/sida se ha incorporado recientemente el análisis del capital social (Bhattacharya 2005), surgiendo términos de referencia como el de “contextos conductuales” por parte de este mismo autor (2004).

Otras enfermedades contagiosas y parasitarias

En cuanto a factores socioculturales relacionados con otras enfermedades infectocontagiosas y parasitarias que forman parte de este conjunto, destacan en orden decreciente trabajos sobre *paludismo* y *tuberculosis* (8 menciones cada una) y, con menor frecuencia, *parasitosis intestinales* sin mención específica (5), *hepatitis* y *tétanos neonatal* (3), *sarampión*, *mal de Chagas*, *lepra*, todas con dos menciones cada una y, con una sola mención, el *tracoma*, la *oncocercosis*, la *equinostomiasis*, la *histoplasmosis*, la *dracontiasis*, la *microfilariasis*, la *pediculosis*, la *escabiasis* y la *enterobiosis*. Cabe destacar del conjunto de parasitosis una mayor adscripción de los reportes a países de América Latina, de modo que hay cuatro investigaciones que proceden de Argentina, donde se hace hincapié en la relación entre lo “sociocultural” y las parasitosis intestinales, todos más recientes, apareciendo en la serie a partir de 1996. En el caso de México, un antiguo trabajo de Zepeda (1970) presenta un estudio sociocultural en ciegos por *oncocercosis*, mientras que Guevara y Somolinos (1976) aluden a un “medio sociocultural e higiénico pobre” a propósito de estudios *coparazitoscópicos*; se relacionan también los enfoques biológicos y socioculturales en la *histoplasmosis* de Guerrero (Taylor, Granados y Toriello 1996). Otro autor latinoamericano, Mata (1982), en un artículo donde destaca que la persistencia y la transmisión de los parásitos se encuentra determinada básicamente por factores socioculturales, identifica entre los principales determinantes a la pobreza y el bajo nivel educacional, definiendo desde entonces como un enfoque holístico el establecimiento de diversos tipos simultáneos de intervención, cuya aplicación aislada y al margen de los elementos infraestructurales de la sociedad lleva al fracaso. En este marco cabe la mención de la *equinostomiasis* como enfermedad común y olvidada (Graczyk y Fried 1998).

Otros países de donde proceden artículos en este grupo son Nigeria, Guinea, Tanzania, Omán, Filipinas y Turquía, en una clara distribución geográfica que refleja la existencia de condiciones favorables a ese tipo de patología.

En lo que respecta al paludismo y los trabajos que le adscriben influencias socioculturales, el único de los artículos que se refiere a América Latina es el de Pérez Mato (1998) sobre la población yanomami en el Amazonas venezolano. En general, los reportes se pueden agrupar en dos grandes temas: a) la susceptibilidad diferencial de grupos étnicos africanos ante el *Plasmodium falciparum* (Modiano et al. 1996; Dolo et al. 2005) y b) el papel que desempeñan esos factores socioculturales en la respuesta ante la enfermedad ya establecida o en su prevención (Oberlander y Elverdan 2000), incluyendo las referencias más recientes el uso de pabellones en África (Okoko 2005; Doannio et al. 2006).

En cuanto a la tuberculosis, otro tema clásico de la medicina social, figura la revisión general donde Rubel y Garro aluden a los factores sociales y culturales que inciden en el control exitoso de la enfermedad (1992), adscribiéndose los trabajos a poblaciones vulnerables en Sudáfrica y Etiopía, y entre refugiados vietnamitas (Ito 1999). Cabe resaltar en este conjunto que justamente las referencias más recientes se ocupan del mismo grupo social: los inmigrantes, destacando entre ellos los “latinos” (Ailinger et al. 2006; Ho 2004), incluyendo un grupo de estudio destinado a la frontera entre Estados Unidos y México (Lobato y Cegielski 2001).

Respecto a la hepatitis, dos de los tres trabajos hacen alusión a América Latina: a trabajadoras sexuales en Venezuela (Camejo, Mata y Díaz 2003) y a población amerindia en el Amazonas brasileño (Coimbra et al. 1996); el otro reporte se ocupa del problema en Etiopía. En lo que concierne al tétanos neonatal, los tres artículos abordan los factores de riesgo, destacando dos de ellos, el papel causal de la aplicación, en el cordón umbilical, de mantequilla clarificada carente de proteína (*ghee*). En relación con el sarampión, se subraya el papel de la aglomeración de los enfermos y la presencia del problema en el África oriental, mientras que los estudios sobre el mal de Chagas y sus factores socioculturales aluden a regiones marginales de Asunción en Paraguay (Vera et al. 1998) y a las mujeres y el Chagas congénito en Santa Cruz, Bolivia (Azogue 1993). Finalmente, los trabajos sobre lepra ponen de relieve el problema en Bangladesh y Mali.

Adicciones

Los trabajos sobre adicciones exploran sus diversas facetas en espacios sociales y regiones particulares, incluyendo zonas de producción y abarcando dis-

tintas sustancias que generan dependencia en el marco de lo que algunos autores llaman la actual “pandemia del abuso de sustancias” (Talashek, Gerace y Starr 1994). Las referencias que abordan el consumo en países menos desarrollados se incrementan en la serie progresivamente hasta la actualidad. En el caso del *tabaquismo*, el mismo patrón de analizar una práctica en medios sociales contrastantes implica hablar de “determinantes socioculturales” (Friis et al. 2006), de “disparidades raciales” e “influencias sociales” (Muilenburg et al. 2006), de “contextos culturales” (Unger et al. 2003), de “diferencias étnicas y de género”, así como de “condiciones psicosociales” (Supranowicz 1998) en torno al consumo de tabaco en diversas condiciones.

Con una mayor presencia respecto a los trabajos sobre el *tabaquismo*, los artículos que se ocupan de los factores socioculturales en el *consumo de alcohol* abarcan las conductas que se asocian a dicho consumo partiendo de comparaciones etarias, de género y de tipo “racial/étnico” sin abordar en general elementos estructurales de tipo socioeconómico. Un trabajo general destaca que dada la dimensión sociocultural y los sistemas económicos que condicionan la dinámica del alcoholismo, se requieren técnicas de investigación adecuadas a esa complejidad, describiéndose varias de ellas (Howard et al. 1988). Destaca en varios de estos estudios la presencia de grupos indios norteamericanos, de adolescentes, de poblaciones asiáticas y de mujeres entre los conjuntos focalizados, mencionándose la figura de las normas socioculturales existentes en el consumo (Wild 2002) y, entre los trabajos citados más antiguos, el concepto de “privación cultural” en la causalidad del alcoholismo (Dozier 1966). Otra modalidad adictiva sobre la cual se advierten consecuencias nocivas para la salud como el cáncer oral es la relativa al consumo de tabaco mascado y de nuez de areca (*paan* y *gutka*), utilizados por migrantes “asiáticos” (Changrani y Gany 2005).

Problemas crónico-degenerativos

Este rubro contiene en orden decreciente referencias relativas a *problemas cardiovasculares*, *cáncer*, *diabetes*, *artritis* y *lupus*. En el caso de los problemas vasculares, los reportes se han agrupado en dos partes: aquéllos de índole diversa y los correspondientes a la *hipertensión*, casi tan numerosos como los primeros. Las referencias del primer grupo parten en esta selección del antiguo trabajo de Smith (1967), quien vincula la enfermedad cardiovascular con el “estrés social”, el cambio y lo que denomina “incongruencia sociocultural”. Los grupos de población que son focalizados en estos trabajos pueden desagregarse de acuerdo con la patología a que se adscriben, de modo que los artículos sobre *problemas cerebrovasculares* se refieren a varones japoneses en Hawaïi

(Yano et al. 1994) y a población sudamericana (Saposnik y Del Brutto 2003) e israelí (Tanne, Yaari y Goldbourt 1998), mientras que en las coronariopatías los estudios se orientan más a población “hispana” en Estados Unidos (Derenowski 1990), española (Balaguer y Sans 1985), brasileña (Dos Santos et al. 1994) y afronorteamericana (Watkins 2004). En los reportes más recientes se menciona la experiencia en pacientes con *endocarditis infecciosa* en Pakistán, así como la aplicación de “métodos socioculturales” en estudios de seguimiento cardiológico (Payne et al. 2005).

Otro tema donde se ubican factores socioculturales es el relativo a la cirugía cardiovascular (Cooper et al. 2003; Barnhart y Wassertheil Smoller 2006); por lo que respecta a los padecimientos hipertensivos arteriales, las referencias sobre factores socioculturales rebasan cualquier otra patología cardiovascular; las citas iniciales en la serie datan de 1963 con los trabajos de Scotch y Geiger y parten de la epidemiología de la hipertensión entre los zulúes y en general, resaltando el papel etiológico de dichos factores. Los grupos poblacionales focalizados en estas investigaciones que destacan aspectos socioculturales incluyen varones japoneses en Hawaii (Reed, McGee y Yano 1982), obreros (Lang et al. 1989) y afronorteamericanos (Anderson, McNeilly y Myers 1991), pero también varones del norte de Italia (Cesana et al. 1996). Estudios más recientes presentan a la religión como elemento de referencia en población de Kuwait (Al-Kandari 2003), así como la pigmentación de la piel, el color autopercebido de la misma y la presión arterial en Puerto Rico (Gravlee y Dressler 2005), para desembocar en un estudio cualitativo orientado al manejo de la hipertensión en negros caribeños (Connell, McKeivitt y Wolfe 2005).

Entre las reflexiones generales, se encuentra el énfasis en un modelo de control de la hipertensión basado en antecedentes culturales y psicosociales (Bosworth y Oddone 2002), en el vínculo entre comunicación y acatamiento de indicaciones en poblaciones multiculturales (Betancourt, Carrillo y Green 1999), y la propuesta de un modelo que relaciona fisiológicamente la reactividad del sistema nervioso autónomo y la hipertensión en afronorteamericanos (Anderson, McNeilly y Myers 1991).

Por lo que respecta al cáncer, las referencias parten del trabajo de Breslow y Hochstim (1964), quienes destacaban los aspectos socioculturales manifiestos en la citología cervical, tema que es retomado años después en otro antiguo trabajo que se centra en el cáncer cervical en Nigeria (Emovon 1977). En el conjunto de artículos de la serie analizada relativos a factores socioculturales en cáncer, el tipo más frecuente consignado en orden decreciente es el cáncer de mama (10 menciones), seguido del de cérvix uterino (5), próstata (3), colon (2) y ovario y pene, además de procesos cancerosos en vías urinarias sin especificar. Los reportes de este conjunto incluyen sola-

mente un trabajo procedente de Latinoamérica, sobre las terapias no convencionales del cáncer en Argentina (Idoyaga Molina y Luxardo 2005), aunque las referencias a grupos poblacionales “hispanos” o a migrantes de origen mexicano en Estados Unidos son varios, y en ellos sobresale el cáncer cervicouterino en inmigrantes de bajos recursos (Scarinci et al. 2003), el cáncer colorrectal (Yepes Ríos et al. 2006), la existencia de predictores en cáncer de cervix (Buller et al. 1998) y las características histológicas diferenciales en cáncer de mama (Klonoff Cohen et al. 1998). En términos metodológicos se alude a la aplicación de “técnicas etnosensitivas” en el tratamiento (Mark y Roberts 1994) y se presentan métodos de investigación en migrantes en el marco de una reflexión general (Parkin y Khlat 1996).

En otros informes se estudia el papel de “modelos de explicación cultural” provenientes de la antropología médica en el seguimiento de mujeres con cáncer de mama (Rajaram y Rashidi 1998), en que también se confrontan la etnicidad y el estatus económico (Newman et al. 2006).

En lo que respecta a la diabetes, los trabajos son escasos a pesar de la dimensión creciente del problema; los primeros estudios que le adjudican factores socioculturales en la serie que examinamos aparecen de hecho dos décadas después que los referidos a otras patologías crónicas en el conjunto de referencias y focalizan precisamente conjuntos poblacionales “mexicano-estadounidenses”, asociando la diabetes a factores de riesgo cardiovascular (Gaskill et al. 1981; Stern et al. 1984; Zunzunegui y Selby 1985). En varios de los estudios este padecimiento se vincula a otras patologías o procesos (enfermedades cardiovasculares, hiperuricemia, obesidad, embarazo) y los grupos de población más mencionados son, en orden decreciente, los indígenas de Norteamérica (inuit y cree), los “hispanos”, los afronorteamericanos y los “asiáticos”. Ningún reporte proviene de América Latina, a excepción del trabajo de Hazuda (1996), quien compara un estudio de diabetes en la Ciudad de México con uno de hipertensión en San Antonio, así como una referencia a la retinopatía diabética en La Martinica (Donnio Cordoba et al. 2001) y un estudio general relativo a la epidemiología de la diabetes en el continente (Mitchell y Stern 1992). Los factores culturales de la diabetes se abordan en dos artículos más recientes de índole reflexiva, el primero con una perspectiva teórica sobre la prevención de la diabetes en jóvenes (Huang y Goran 2003) y el segundo centrado en la epidemia actual de dicha enfermedad, considerada como una crisis nacional y mundial (Bonow y Gheorghiadé 2004).

Finalmente, los padecimientos articulares o con manifestaciones articulares abarcan cinco trabajos, uno de índole general que se ocupa de la epidemiología de las enfermedades reumáticas (Allander 1994), otro sobre el efecto de la “raza” y de la “etnicidad” en la artritis y en las condiciones reumáticas

(Jordan 1999), otro más en el campo de la reumatología tropical a través de estudios comunitarios en África (Adebajo 1995) y dos dedicados al *lupus eritematoso sistémico*. Otros problemas crónicos en que se reportan factores socioculturales son la *esclerosis* y la *fibromialgia*. Respecto a la *esclerosis*, se plantea su epidemiología social, señalándose los “mundos de vida cambiantes” en las mujeres que viven la enfermedad como una “geografía oculta” (Dyck 1995). El mismo autor había destacado en un trabajo previo los factores étnicos existentes en la *esclerosis múltiple* en el marco de una revisión crítica de la literatura epidemiológica (Lowis 1990 y 1988). Con relación a los factores socioculturales en la *fibromialgia*, un artículo analiza la prevalencia del problema en niños mexicanos (Clark et al. 1998) y otro posterior aborda las diferencias de género manifiestas en la enfermedad y en síndromes relacionados (Yunus 2002).

Problemas de la alimentación, como la *anorexia nerviosa* y la *bulimia*

Por lo que respecta a los trabajos relativos a los factores socioculturales en problemas de la alimentación en general, aquellos que se ocupan de la *desnutrición*, lo hacen bajo el término más amplio de *malnutrición* (Nigeria, Zimbabue, Malasia) o aluden a casos más específicos, como el de *raquitismo* entre niños inmigrantes “asiáticos” en Europa (López Segura, Bonet Alcaina y García Algar 2002) y entre niños nigerianos (Akpede et al. 2001), mientras que otros hacen referencia básicamente a los patrones de alimentación y la calidad de la dieta, incluyendo estudios en Canadá y los Estados Unidos.

Sin embargo, la proporción de referencias sobre *desnutrición* es significativamente menor que las que se ocupan de temas como la *obesidad* y los *desórdenes alimentarios*, entre ellos la *anorexia nerviosa* y la *bulimia*. Esta tendencia tiene diversos orígenes, incluido el perfil epidemiológico mismo de las sociedades donde se generan las principales revistas biomédicas, pero también posiblemente un uso reduccionista del término “sociocultural” que no repara mucho en aspectos socioeconómicos y políticos. Pareciera que lo “sociocultural” en este tema tuviese una aplicación atemperada, funcional a una aproximación que destaca, en los problemas de salud, adscripciones culturales ajenas a dinámicas de clase y de poder.

Así, los trabajos sobre *obesidad* resultan significativos en el conjunto de reportes sobre factores culturales en la alimentación, duplicando a los dedicados a la *desnutrición*. Sobresale la inclusión de trabajos sobre *obesidad infantil* en diversas regiones del mundo, tanto en regiones desarrolladas (Estados Unidos, Austria, Suecia) o con recursos petroleros (Kuwait) como en regiones con población indígena (pueblos inuit en Groenlandia y Canadá).

Los artículos sobre *desórdenes de la alimentación* bien pudieron ser comprendidos también en esta revisión entre los problemas de salud mental, habiendo incluso un trabajo que postula la anorexia nerviosa como un paradigma de la psiquiatría en cuanto que ordenamiento social (Gremillion 1992). Ello habría disparado aún más la preeminencia de los estudios relacionados con asuntos de salud mental respecto a los demás temas y problemas en que se considera desde la biomedicina que inciden factores socioculturales (gráfica 1). Los problemas conocidos como trastornos alimentarios incluyen principalmente la *anorexia nerviosa* y la *bulimia*, y los trabajos a ellos dedicados hablan de modelos y valores *socioculturales*, resaltando el papel que desempeñan en ese marco, por ejemplo, las proyecciones colectivas acerca del cuerpo ideal, los fármacos “*antianoréxicos*” para perder peso e incluso el papel de la Internet. Al principio predominaron en este conjunto los trabajos en migrantes “*asiáticos*”. Los reportes específicos sobre anorexia representan 18 por ciento de los “*desórdenes alimentarios*”, contra un solo artículo dedicado exclusivamente a la bulimia.

Temas y problemas relativos al ciclo reproductivo

En este apartado figuran trabajos generales además de aquellos que abordan problemas relativos a la fertilidad, el ciclo menstrual, el aborto y la anticoncepción, el embarazo, parto y puerperio, la mortalidad materna, la lactancia materna y la menopausia, en ese orden. Los trabajos generales de la serie seleccionada concierne a *factores socioculturales* que inciden en la salud de la mujer incluyen una propuesta de medición de morbilidad materna en Filipinas (Stewart et al. 1996). En el conjunto hay un estudio sobre “*aculturación y efectos perinatales*” en mujeres migrantes mexicanas (Callister y Birkhead 2002) y el resto se refiere a grupos poblacionales migrantes en Europa, destacando la influencia de la “*etnicidad*” en la mortalidad perinatal e infantil en Holanda (Schulpen, Steenbergen y Driel 2001) y las complicaciones perinatales de somalíes en Noruega (Vangen et al. 2002). Observaciones en poblaciones autóctonas de Nigeria son las de Adamu y Salihu (2002) relacionadas con el uso de servicios prenatales y obstétricos y la de Ezegwui y Nwogu Ikojo sobre fístula vesicovaginal (2005). Otras investigaciones se centran en influencias biológicas y religiosas en la conducta reproductiva (Breitkopf et al. 2004) y en el papel de la geografía y del género en la salud de la mujer en el norte de Canadá (Leipert y Reutter 2005).

En cuanto a la *fertilidad* y los *factores socioculturales* que en ella inciden de acuerdo con los trabajos seleccionados, la referencia más antigua presenta un

modelo conceptual para identificar, organizar y medir la influencia de los programas y políticas de fertilidad (Pendleton 1976), para de ahí pasar al análisis de la infertilidad en relación con las variaciones geográficas y regionales (Leke et al. 1993) y su dimensión etnográfica y epidemiológica en Egipto (Inhorn y Buss 1994). Otros reportes se ocupan de la esterilidad conyugal en Senegal (Faye et al. 2000), de la infertilidad en Austria, contrastando mujeres autóctonas e inmigrantes (Schmid et al. 2004), de su aparición como efecto de la hipoxia crónica dependiente de factores socioculturales (Vitzthum y Wiley 2003) y de su relación con la mortalidad y la condición de género en “población tribal” en la India (Maharatna 2000).

Respecto al ciclo menstrual, las referencias son escasas, pero entre ellas hay dos procedentes de México, donde se destaca la relación entre diferentes niveles educacionales y los síntomas premenstruales (Marván, Díaz Erosa y Montesinos 1998), así como los cambios que esperan sufrir las prepúberes en zona rural y urbana cuando se inicien sus ciclos menstruales (Marván, Vacío y Espinosa Hernández 2003). El tema de los síntomas premenstruales en un enfoque “sociocultural” se analiza también en adolescentes israelíes (Shye y Jaffe 1991), de manera comparativa, entre mujeres italianas y estadounidenses (Monagle et al. 1993) y entre “comunidades blancas y negras” (Stout et al. 1986).

En el rubro de la anticoncepción y la interrupción del embarazo, los trabajos exploran los factores demográficos y culturales que influyen en esas prácticas en una diversidad geográfica (Uganda, Bolivia, Nigeria, Emiratos árabes Unidos, el sur de Asia, etcétera), buscando alternativas y adecuaciones de los métodos anticonceptivos. En ese marco, se investiga por ejemplo la existencia de una “cultura del aborto” en Kazajstán (Agadjanian 2000), las experiencias en planificación familiar entre mujeres vietnamitas (Kuss 1997), la predicción de métodos anticonceptivos entre mujeres escocesas (Hunt y Annandale 1990) o la oferta de abortos ilegales en Nigeria (Odejide 1986).

En cuanto al embarazo y los factores socioculturales que lo influyen, la serie de trabajos se inicia aludiendo a aspectos demográficos en historias de embarazos en mujeres esterilizadas en hospitales de misiones en Karnataka, en el sur de la India (Ramesh 1978). Los estudios pasaron luego a enfocar problemas como la infección por citomegalovirus en poblaciones heterogéneas (Chandler, Alexander y Holmes 1985), las complicaciones en la gestación entre mujeres navajo (Boyce et al. 1986), la pica (apetencia de sustancias no comestibles) en el embarazo (Corbett, Ryan y Weinrich 2003) y el desenlace del mismo en mujeres neozelandesas (Ekeroma et al. 2004) y entre diferentes grupos de migrantes en Estados Unidos (Madan et al. 2006). Figura también entre los problemas analizados el embarazo en adolescentes: su prevención entre mujeres de origen “hispano” (Brindis 1992)

y su incremento en la isla africana de Cabo Verde (Chelala 2000), así como los embarazos múltiples (Leszczynska Gorzelak et al. 2000). Otros trabajos se ocupan de las representaciones y prácticas respecto al embarazo y la lactancia en población autóctona canadiense (Vallianatos et al. 2006) y del papel de los recursos personales, el estrés y el contexto socioeconómico en el embarazo (Rini et al. 1999).

En lo que concierne al parto, hay una serie de investigaciones donde los factores socioculturales se analizan en su relación con la salud perinatal en su conjunto, como es el caso del reporte de Gaviria, Stern y Schensul (1982), realizado en una comunidad mexicano-estadounidense; otros artículos aluden a poblaciones "hispanas", sea comparándolas con afronorteamericanas respecto a los factores maternos y el bajo peso al nacer (Dowling y Fisher 1987), o tomando éste en su vinculación con el cuidado prenatal (Balcázar, Aoyama y Cai 1991). Otros grupos poblacionales mencionados son comunidades chinas continentales, de Hong Kong y Singapur en relación con los "determinantes étnicos" en las estadísticas perinatales (Fung, Wong y Lau 1989), otros estudios comparativos se hacen entre chinos y finlandeses respecto al bajo peso al nacer (Xu y Rantakallio 1998), el parto en las mujeres hmong (Faller 1992) y las implicaciones socioculturales inherentes a la modernización de la atención del parto en Rodas (Lefkarites 1992).

Los trabajos que remiten a Latinoamérica plantean en adolescentes mexicanas el efecto de factores socioculturales en su morbilidad materna y perinatal (León Carmona, Hernández Álvarez y Hernández Hernández 2002), la distribución estacional de los partos en la zona jujeña, en el noroeste de Argentina (Pascual et al. 2002) y la perspectiva de las mujeres guatemaltecas respecto al parto (Callister y Vega 1998); otro texto aborda las diversas interpretaciones con relación al mortinato (Hsu et al. 2004).

En lo que respecta al puerperio, los escasos estudios existentes en esta serie se refieren a factores socioculturales en materia de infecciones entre las navajo (Boyce et al. 1989), los efectos del estrés y el soporte social en relación con el estado de salud de la púérpera (Hung y Chung 2001) y las alteraciones mentales en dicho periodo como se manifiestan en Nigeria (Fatoye y Fasubaa 2002).

En lo relativo a la mortalidad materna en particular, ya abordada en trabajos de la serie mencionados conjuntamente con otros problemas de salud, se destacan sus causas en un entorno semiurbano nigeriano (Chiwuzie et al. 1995), las barreras existentes en comunidades del África occidental en cuanto a la atención obstétrica de urgencia (Anónimo 1992) y la aplicación de autopsias verbales en la medición de la mortalidad materna en Senegal (Ba, Kodio y Etard 2003).

En el tema de la lactancia materna, varios trabajos son de índole general (Rodríguez García y Schaefer 1991); examinan las paradojas culturales relacionadas con la sexualidad (Rodríguez García y Frazier 1995), sus influencias y retos socioculturales (Criado Rodríguez, Esquilas Martín y San Román Muñoz 1998) y la influencia del contexto en el éxito de la lactancia de pecho adoptiva en diferentes países (Gribble 2004). Los reportes más numerosos se orientan a comunidades específicas, como nuevas madres en Hong Kong (Tarrant, Dodgson y Tsang Fei 2002), mujeres de origen africano en Inglaterra (Higginbottom 2000), mujeres yoruba en Nigeria (Davies Adetugbo 1997), migrantes indochinas en Australia (Rossiter, Ledwidge y Coulon 1993) o mujeres en el sur de Cataluña respecto a la elección y duración de dicha práctica (Hostalot et al. 2001).

Finalmente, en la cuestión de la menopausia y los factores socioculturales que inciden en él, se estudia la diversidad de perspectivas que supone, resaltando las propias de las mujeres en países menos desarrollados (Diczfalusy 1986; Li et al. 1995; McMaster, Pitts y G. Poyah 1997) y la de mujeres irlandesas (Carolan 2000), planteándose también una sinopsis comparativa de diversas teorías acerca del tema (Barile 1997).

Problemas gerontológicos, incluidos mal de Alzheimer y demencia

Los problemas de salud en la *tercera edad* referidos a factores socioculturales se agruparon en trabajos varios y en los relativos al mal de Alzheimer y la demencia senil. Entre los primeros, Pawson y Janes destacan los “riesgos bioculturales” inherentes a la longevidad de samoanos residentes en California (1982) y siguiendo ese patrón de migrantes, se reporta la “integración sociocultural” de ancianos estadounidenses en París (Taietz 1987), el funcionamiento de las extremidades inferiores en ancianos “mexicano-estadounidenses” en relación con su estado de salud (Perkowski et al. 1998), su condición de vida barrial con respecto a la mortalidad (Eschbach et al. 2004), sus percepciones en cuanto a la condición física y el ejercicio (Melillo et al. 2001) y las implicaciones de su atención de enfermería (Schiavenato 1997). Otros grupos focalizados son los ancianos con desórdenes psiquiátricos en una comunidad nigeriana (Ihezue y Opkara 1989), los ancianos japoneses en su entorno de cuidado familiar (Hashizume 1998 y 2000) y los ancianos taiwaneses respecto a su percepción de la estabilidad y el cambio en el apoyo social (Cornman et al. 2004). Los reportes comparativos entre ancianos abarcan estudios con afronorteamericanos e indígenas estadounidenses en relación con su actividad física (Henderson y Ainsworth 2000 y 2003), estudios con europeos de tres países en cuanto a la discapa-

cidad (Van den Brink et al. 2003) y con brasileños y alemanes en lo que se refiere a salud mental (Blay, Bickel y Cooper 1991). También se plantean interacciones entre la normativa de sueño y las características socioculturales de los ancianos (Ohayon 2004) y los efectos de estrés temprano en la ancianidad entre sobrevivientes del Holocausto (Landau y Litwin 2000).

En relación con las referencias sobre factores socioculturales que inciden en el mal de Alzheimer y la demencia senil, los trabajos de la serie se inician con un ensayo sobre la perspectiva antropológica de la demencia en la ancianidad (Pollit 1996), el cual es un trabajo de perfil similar al dedicado luego por Poveda a la enfermedad de Alzheimer (2003) y al que se ocupa de los factores culturales de la demencia en el marco de una “antropología del envejecimiento” (Henderson y Traphagan 2005). Se intenta la validación de un “índice epidemiológico de demencia” en pacientes geriátricos ambulatorios (Fountoulakis et al. 2000) y, entre otros reportes aplicativos, se destacan estrategias de reclutamiento para el estudio de la demencia en diversos grupos culturales (Dilworth Anderson, Thaker y Burke 2005) y también en éstos, los “límites socioculturales del consentimiento informado” (Guerrero y Heller 2003). Otros estudios focalizan la prevalencia de estas enfermedades en Egipto y en población rural en China, respectivamente (Farrag et al. 1998; Liu et al. 1998).

Violencia, incluidos homicidio y abuso infantil

El tema de la violencia incluye aquí el homicidio y el abuso infantil, aunque podría ligarse a problemas de salud mental, como se hizo con el tema del suicidio en esta serie. Se trata de una agrupación arbitraria al no ser clasificatorio el propósito de esta revisión. Entre las referencias a factores socioculturales en la violencia destacan los trabajos relativos a la violencia doméstica y en particular a la ejercida hacia la mujer por su compañero: la violencia marital en familias hispanas relacionada con el estatus sociocultural (Kantor, Jasinski y Aldarondo 1994), las teorías sobre el tema en afronorteamericanos (Barnes 1999), su contexto sociocultural en la sociedad árabe (Haj-Yahia 2000) y su diagnóstico entre griegos (Petridou et al. 2002), así como la respuesta de las mujeres coreanas ante el problema (Choi y Harwood 2004), además de enfoques teóricos sobre la búsqueda de ayuda entre sobrevivientes (Liang et al. 2005) o el papel de los determinantes socioculturales en la malnutrición materna e infantil vinculada con la violencia doméstica en grupos tribales y en comunidades rurales del sur de la India (Sethuraman, Lansdown y K. Sullivan 2006). Otras investigaciones en esta serie se ocupan de los factores socioculturales que inciden en la conducta violenta de pacientes psiquiátri-

cos (Raja, Azzoni y L. Lubich 1997), de la violencia juvenil entre afroamericanos (Howard 1996) y el papel de esos factores en la prevención de la violación (Mantak 1995). Los trabajos que exploran factores socioculturales en el maltrato infantil incluyen estudios realizados en Argentina (Zunzunegui, Morales y Martínez 1997), Arabia (Haj-Yahia y Shor 1995), Malasia (Singh, Yiing, Nurani 1996) y Corea del Sur (Hahm y Guterman 2001), además de una propuesta de intervención que recalca la importancia de los “contextos culturales inestables” (Roer Strier 2001), en tanto que las referencias que abordan los factores socioculturales en el homicidio se ocupan del perpetrado entre parejas (Paulozzi et al. 2001), de su interpretación de datos internacionales (Winston y Peters 2000) y del fenómeno en Noruega (Gudjonsson y Petursson 1990).

Problemas neurológicos

En los trabajos que subrayan el papel de factores socioculturales en problemas neurológicos destacan los relativos a la epilepsia, dedicados en su mayor parte al África en general (Ndiaye, Ndiaye y Tap 1983) y a regiones más específicas de ésta: Madagascar, Burkina Faso, Togo, Benín y Mali; en Mali los trabajos abordan la “relevancia sociocultural” del kirikirimasien, como se llama a la epilepsia en ese país (Arborio et al. 1999; Arborio y Dozon 2000). En el caso de Togo y Benín, se comparan las “actitudes socioculturales” en torno a la epilepsia respecto a las que se tienen en Francia (Nubukpo et al. 2003). Figura también en la serie una revisión sobre el conocimiento, la actitud y la “práctica” de la epilepsia en zonas rurales de Sri Lanka (Seneviratne et al. 2002) y otras referencias generales sobre la epilepsia en Asia (Jain 2005) y en países en desarrollo (Shorvon y Farmer 1988); sobresalen además dos artículos dedicados a factores socioculturales de la epilepsia en niños (Mitchell, Scheier y Baker 1994 y 2000). Otros reportes sobre factores socioculturales en problemas neurológicos abarcan el insomnio, tanto en términos generales (Rona et al. 1998) como entre niños en Arabia Saudita (BaHammam et al. 2006) y respecto a las diferencias de género en Hong Kong (Li et al. 2002). Los factores socioculturales también se analizan principalmente en materia de discapacidades neurológicas infantiles: discapacidades en menores en Omán (Al-Lamki y Ohlin 1991), discapacidad en la lectura en egipcios (Farrag y El-Behary 1990), parálisis cerebral en menores turcos (Erkin et al. 2005), así como convulsiones febriles en infantes de Benín (Obi, Ejeheri y Alakija 1994) y en general, factores socioculturales relacionados con el daño cerebral en México (Ostrosky Solís, Quintanar y Ardila 1989).

Problemas congénitos

Los trabajos relativos a factores socioculturales en problemas congénitos abarcan estudios sobre dimorfismo sexual en Japón (Bennett y Hulse 1982), malformaciones cardiovasculares y consanguinidad en poblaciones vascas (Calderón et al. 1995), implicaciones en la tolerancia a la glucosa en poblaciones del Pacífico Sur (King et al. 1984) y asesoría por riesgo genético. Destacan además implicaciones relacionadas con la diversidad genética en el Amazonas brasileño y en Venezuela, respectivamente (Aguiar y Neves 1991; Castro de Guerra et al. 1996).

Síndromes de filiación cultural

En esta serie aparecen tres trabajos sobre el *koro* en China (Tseng et al. 1988; Westermeyer 1989; Cheng 1996), todos publicados en revistas psiquiátricas; los nervios se abordan en una revisión general (Davis y Whitten 1988) y en un artículo relativo a México aparecido en una revista de enfermería (Salgado de Snyder, Díaz Pérez y Ojeda 2000), otros estudios se ocupan de entidades como la *histeria masiva*, subrayando su construcción social en términos de etnocentrismo (Bartholomew 1990), la *doença de criança* en Brasil (Nations 1992), el *kugungisisa* (enfermedad del “pensar demasiado”) en África (Patel, Simuny y Gwanzura 1995), el *baridi* en Tanzania (Juntunen 2005) y los episodios de delirio agudo en Togo (Nubukpo et al. 2005).

Manifestaciones subjetivas de enfermedad

Entre los trabajos que vinculan las manifestaciones subjetivas de enfermedad con factores socioculturales, sobresalen los que se ocupan del dolor en diversas modalidades: el dolor en el parto (Weisenberg y Caspi 1989), el dolor de espalda entre adultos belgas (Skovron et al. 1994), las representaciones del dolor en una población multicultural (Cedraschi, Perrin y Fischer 1997) y el dolor en pacientes hospitalizados (Valero et al. 1995; Maxwell, Streetly y Bevan 1999), la epidemiología del dolor crónico generalizado de tipo músculo-esquelético (Gran 2003), así como la relación entre migración y dolor (Sabbioni y Eugster 2001) y los significados conferidos al dolor en niños tailandeses (Jongudomkarn, Aungsupakorn y Camfield 2006). Los dolores de cabeza también se analizan relacionados con factores socioculturales, tanto en Arabia Saudita (Abduljabbar et al. 1996; Al-Rajeh et al. 1990) como en Brasil (Bastos, De Almeida Filho y Santana 1993). En este marco, el término *illness* (padecimiento) se vincula a factores socioculturales, planteando

una “escala de impacto” que se supone de utilidad en estudios transculturales (Klimidis, Minas y Yamamoto 2001).

Problemas traumatológicos

En este apartado, los factores socioculturales aparecen considerados en traumatismos en niños (Rivara 1982; Glik, Kronenfeld y Jackson 1991) y en particular en quemaduras (Boukind et al. 1995); se analizan también los “determinantes socioculturales” que operan en la mortalidad provocada por éstas (Batra 2003), al tiempo que se examinan aspectos “raciales” en los traumatismos cerebrales en niños (Yeates et al. 2002) y diferencias “raciales” en el tratamiento de fracturas (Ganesan et al. 2005) así como disparidades en el tratamiento de traumatismos de espalda de origen ocupacional entre afro-norteamericanos y caucásicos (Tait et al. 2004). Asimismo se abordan factores socioculturales en traumatismos y envenenamientos en adolescentes mexicanos (Celis, Gómez Lomelí y Armas 2003) y traumatismos en futbolistas (Inklaar 1994).

Otras patologías

Otras patologías ligadas a factores socioculturales incluyen problemas gastroenterológicos como la seroprevalencia de *Helicobacter pylori* tanto entre donantes italianos de sangre como en inmigrantes turcos en Alemania (Russo et al. 1999; Porsch Ozcurumez et al. 2003), la pancreatitis aguda en una población multiétnica (Kandasami, Harunarashid y Kaur 2002), los “determinantes socioculturales” en el tratamiento de la litiasis vesicular (Diehl et al. 1993), las implicaciones de la esfinterotomía endoscópica (Landoni, Chopita y Jmelnitzky 1992 y 1993), figurando también un antiguo trabajo sobre los factores epidemiológicos y socioculturales que inciden en la etiología de la úlcera gastroduodenal (Pflanz 1971).

Además de las referencias ya mencionadas sobre factores socioculturales en problemas infectocontagiosos, se han publicado de manera específica trabajos relativos a las *diarreas*, como el de Iyun y Oke (2000) en torno a las barreras ecológicas y culturales existentes en el tratamiento de la diarrea infantil en Nigeria, el de Guerrant sobre problemas no resueltos en ese tema (1986) y el ya mencionado estudio de Menchaca, quien abordó en México los aspectos económicos, socioculturales y de salud en la diarrea aguda infantil (1973).

También problemas de la salud oral se vinculan a factores socioculturales, como la caries en niños (Tijmstra 1981; Storhaug 1985), entre adolescentes de di-

ferentes “clases socioculturales” (Simonetti et al. 1992) y en un estudio comparativo entre adultos noruegos y portugueses (Eriksen et al. 1996). Entre otras referencias relacionadas, se encuentra la de Dahan y Vannerem sobre factores socioculturales en la percepción de la salud oral (1985).

Los *problemas renales y urológicos* también se ligan a *factores socioculturales*. Es el caso de la sintomatología del tracto urinario bajo, tal como se manifiesta entre afronorteamericanos y caucásicos en los Estados Unidos (Sarma et al. 2003), la incontinencia urinaria (Wilson 2004), la aceptación o rechazo de la vasectomía en el medio rural mexicano (García y Solano 2005), la dispareunia y la sintomatología de la sensibilidad urinaria en la India (Padmadas, Stones y Matthews 2006), así como la enfermedad renal crónica, cuyo manejo es analizado en poblaciones indígenas y minorías étnicas (Nicholas et al. 2005), destacándose “disparidades raciales” asociadas a su tratamiento (Norris y Agodoa 2005). Un trabajo reciente y de actualidad remite al papel del “estilo de vida” y sus implicaciones en la asignación de recursos en relación con los medicamentos destinados a tratar la disfunción eréctil (Manson 2006).

En esa misma línea, el tema de la *disfunción sexual* se relaciona con factores socioculturales en poblaciones urbanas de Asia (Nicolosi et al. 2005), entre estudiantes varones en Estados Unidos y Holanda (Dodge et al. 2005), entre mujeres turcas (Cayan et al. 2004) y en Senegal (Koumare et al. 1983).

Tomando el hilo de los problemas respiratorios, el *asma* se vincula a factores socioculturales tanto en su manejo en poblaciones multiculturales (Tse, Palakiko y Texeira 2005) como en su incidencia en niños de Puerto Rico (Lara et al. 1999) y en relación con “diferencias raciales” en Nueva Zelanda (Garrett, Mulder y Wong Toi 1989).

Las *alergias* también se asocian a *factores socioculturales*, como es el caso de las condiciones habitacionales en los niveles de alérgenos a cucarachas (Rauh, Chew y Garfinkel 2002), la diversidad de influencias en la alergia (Von Mutius 2004) y la hipersensibilidad a los alimentos entre adultos en España (Castillo et al. 1996). En otras afecciones se señalan, a su vez, factores socioculturales: en las *hemoglobinopatías*, en Brasil y Senegal (Acedo et al. 2002; Diop et al. 1999); en la *fenilcetonuria* de neonatos húngaros (Szabo, Somogyi y Mate 1985); en el trato materno de niños con *síndrome de Down* en Hong Kong (Lam y Mackenzie 2002) y en *enfermedades dermatológicas* en Brasil (Ribeiro et al. 2005).

Muerte y mortalidad

Los trabajos que vinculan la mortalidad en general con factores socioculturales de manera expresa en esta serie son escasos aunque interesantes. Es el

caso del análisis de las diferencias en materia de mortalidad en la región de Bengala occidental en la India (Basu et al. 1985), pero también el efecto de factores demográficos, sociales y económicos en las causas de muerte en México (Pick y Butler 1998) y el del trabajo de Anand et al. (2000), donde se plantea que el “desarrollo” no es esencial para la reducción de la tasa de mortalidad infantil, partiendo del examen de una experiencia concreta en la India. Otros estudios donde se subraya el efecto de factores socioculturales en la mortalidad infantil son los de Dorsten, Hotchkiss y King (1999), donde se destaca el papel de la endogamia en la mortalidad infantil temprana en una comunidad amish a través de doce generaciones, y el de Millán et al. (1999), quienes investigan las características biológicas y sociales de niños fallecidos por neumonía en la región metropolitana de Chile.

Otros aspectos relacionados con la muerte donde se analizan factores socioculturales aluden a lo que se entiende por “buena muerte” en la comunidad japonesa (Hattori, McCubbin e Ishida 2006), al significado de la muerte como la experimentan las ancianas en un clan coreano (Shin, Cho y Kim 2005), al efecto de elementos biológicos y religiosos en la mortalidad (Kemkes Grottenthaler 2003) y al ejercicio de los certificadores de muerte en Taiwán como un “producto sociocultural” (Lu et al. 2002). La muerte súbita es también tema donde se examinan factores socioculturales, subrayando diferencias étnicas y de otro tipo (Kyle et al. 1990; Cheron et al. 1990).

Salud ocupacional

Llama la atención que en esta serie los problemas de salud ocupacional figuran poco como vinculados a *factores socioculturales*, cuando los supondríamos más evidentes que en otros temas. Se analiza en ese marco la mortalidad entre bomberos (Musk et al. 1978), la heterogeneidad en las “características socioculturales” en trabajadores manuales (D’Houtaud et al. 1983) y el efecto del trabajo excesivo en la salud en Japón, tomando como referencia el término japonés *karoshi*, que es como se denomina en ese país a la muerte por exceso de trabajo (Hoshuyama 2003).

Sordera y ceguera

A su vez, se describen *factores socioculturales* en el diagnóstico y el tratamiento de la sordera (Woods, Peña y Martin 2004; Barnett y Franks 2002), señalando los factores étnicos en su epidemiología en Alemania (Streppel et al. 2000) y el tema de la educación bicultural (Mason y Ewoldt 1996), mien-

tras que los estudios que destacan factores socioculturales en la ceguera se remiten a características sociodemográficas en Egipto (Fouad, Mousa y Courtright 2004) y a los costos indirectos en los servicios oftalmológicos en Etiopía (Melese et al. 2004).

Contaminación, sedentarismo, estrés, fatiga

Otros temas escasamente abordados en esta serie a pesar de que implican una clara presencia de factores socioculturales incluyen la contaminación, el sedentarismo, el estrés y la fatiga. Se examina el desarrollo intelectual y las alteraciones mentales y conductuales en niños expuestos *in utero* al accidente nuclear de Chernóbil (Igumnov y Drozdovitch 2000), la exposición al plomo entre niños de Rhode Island (Sargent et al. 1997) y, en otro orden de ideas, las percepciones respecto a la contaminación entre mujeres inuit (Egan 1998). En el problema del sedentarismo se analizan factores socioculturales en la actividad física de indígenas norteamericanas (Thompson et al. 2002), de adultos (Seefeldt, Malina y Clark 2002) y de niños (Lindquist, Reynolds y Goran 1999). Se vincula la “etnicidad hispana” y el riesgo en combate con el trastorno de estrés postraumático (Ruef, Litz y Schlenger 2000) y se relaciona el cambio cultural con el estrés fisiológico entre filipino-estadounidenses (Brown 1982). La fatiga se estudia desde una perspectiva feminista en la construcción social del “síndrome de fatiga crónica” y también entre mujeres con VIH (Lee, Portillo y Miramontes 1999).

El proceso salud-enfermedad-atención con respecto a grupos étnicos

Los factores socioculturales son mencionados cuando se abordan aspectos sanitarios y asistenciales en relación con diversos grupos étnicos. Destacan las referencias sobre Tailandia, abarcando el tema de las experiencias en la madurez de mujeres thai (Arpanantikul 2004), así como los patrones de morbimortalidad, las creencias y los factores de riesgo relacionados con la salud en los montañeses karen del norte (Omori et al. 1999) y el “separatismo sociocultural” en cuanto a la atención curativa en el sur de ese país. Otras referencias se ocupan de la interrelación entre cultura y salud en comunidades gitanas (Vivian y Dundes 2004), la mutilación genital femenina en Nigeria (Mandara 2004), las orientaciones respecto a la maternidad y la pareja masculina en mujeres mexicanas y norteamericanas de origen mexicano (Guendelman et al. 2001) y los estilos somáticos en la mujer en lo que se refiere a la educación de la autoexploración de pecho (Ellingson 2003). Las expresiones de cólera, ansiedad y estrés también son comparadas entre

mujeres turcas y norteamericanas teniendo en cuenta factores socioculturales (Thomas y Atakan 1993). Otra referencia se ocupa del manejo de los padecimientos (*illness*) entre coreano-norteamericanos de primera generación (Chin 1992).

Temas “no patológicos”

En este rubro se agrupa una serie de temas sanitarios relevantes en que desde la biomedicina se identifican factores socioculturales, pero que no se refieren necesariamente a patologías específicas.

Asistencia médica, servicios de salud

En este campo, entre los temas en que se describe la incidencia de factores socioculturales destaca uno clásico para la antropología médica: el relativo al acceso a servicios de salud en comunidades “no occidentales”. Así, se refiere la influencia del conocimiento de las mujeres en el uso de servicios médicos en Laos (Phoxay et al. 2001), el papel que desempeña el contexto cultural en la toma de decisiones de atención médica (Wenger 1995), el uso de servicios como la mamografía en función de la “etnicidad”, del estatus socioeconómico o de barreras psicológicas (Stein, Fox y Murata 1991), los problemas metodológicos en estudios sobre el acceso a servicios médicos en África (Fassin y Brousselle 1991; Ewigman y Kivlahan 1987) o sobre las implicaciones de la hospitalización en “población mexicano-estadounidense” (Quesada y Heller 1977; Mardiros 1984) y en comunidades asiático-norteamericanas (Lin y Lin 1978) o el uso de recursos familiares en la atención de la salud en el Haití rural (Coreil 1983).

Otra vertiente en este tema es el análisis de barreras a la atención médica de inmigrantes latinoamericanas y asiáticas que han sufrido maltrato (Bauer et al. 2000), la existencia de factores socioculturales que inciden en el servicio de las unidades médicas de la empresa Petróleos Mexicanos (García Romero, Cordera Pastor y Vargas Martínez 1993) y las limitaciones de la atención médica desde una perspectiva etnográfica (Ventres et al. 1993). Algunos trabajos derivan en propuestas, como la de un “modelo sociocultural de atención a la salud” para inmigrantes (Emami, Benner y Ekman 2001) o la de un programa de atención de salud tribal en la India (Prabhakar y Manoharan 2005). Destaca también el estudio de la perspectiva de los derechos de los pacientes en Irán (Joolae et al. 2006). A su vez, se reportan factores socioculturales en estudios comparativos respecto a la atención primaria a la salud en Europa (Bossaert 1993; Koutis et al. 1993), o el efecto del ejercicio de médicos rusos inmigrantes en Israel confrontando a la “tecnología” con la “responsabilidad” (Remennick y Shtarkshall 1997).

Un tema relacionado con lo anterior es el de la *medicación*, donde se abordan factores socioculturales en la farmacoterapia hipolipemiente en términos de “raza, etnicidad y características socioculturales” (Kaplan et al. 2004), el efecto placebo en los beneficios ocultos de la medicación oral (Harper 1999) y un antiguo estudio “interracial” sobre la automedicación en Sudáfrica (Buchanan 1979).

Otros trabajos donde se consideran factores socioculturales en la terapéutica se refieren a la cirugía de labio y paladar hendido (Reeve et al. 2004), a la calidad de vida en pacientes afronorteamericanos en hemodiálisis (Thomas 2002) y a la relación médico-paciente en España (Epstein y Borrell 2001); en el marco del uso de *transplantes*, se explora el efecto de la “raza” en la tasa de supervivencia de pacientes sometidos a trasplante de médula ósea (Mielcarek et al. 2005) y en sus decisiones en enfermedades terminales renales en relación con el trasplante mismo (Gordon 2001).

Migrantes

Los *factores socioculturales* son subrayados en estudios sobre salud y migrantes, destacando en primer lugar sus condiciones de acceso a servicios médicos en países desarrollados (Segal y Mayadas 2005; Garcés, Scarinci y Harrison 2006; Norredam, Nielsen y Krasnik 2006; Leduc y Proulx 2004; Dyck 1989; Boman y Edwards 1984), los cambios generados por el proceso migratorio y el estrés inherente al proceso de aculturación (Bhattacharya y Schoppelrey 2004; Kosic 2002) y los patrones de actividad física entre inmigrantes de origen latinoamericano (Evenson et al. 2002). Se ponen de relieve también los factores socioculturales en las diferencias de mortalidad entre migrantes y no migrantes en Estados Unidos (Singh y Siahpush 2001), las “actitudes de aculturación” y el “ajuste sociocultural” en inmigrantes en Israel (Eshel y Rosenthal Sokolov 2000), y con mayor anterioridad, estudios focalizados en grupos específicos de migrantes: hijos de inmigrantes mexicanos (Guendelman, English y Chávez 1995), inmigrantes de Polinesia en Australia (Kahn y Fua 1995), inmigrantes turcas en Alemania (Zielke Nadkarni 1999), inmigrantes jóvenes en Israel (Dreman y Shinar 1996), embarazadas hmong en Estados Unidos (Spring et al. 1995), y poblaciones migrantes comparadas con poblaciones estables en cuanto a sus aspectos demográficos en la India (Piplai 1991).

Coping y abordaje del estrés psicosocial

Los términos *coping*, *coping styles*, *coping strategies* se refieren en psicología social a la diversidad de modalidades puestas en juego por las personas para

enfrentar el estrés psicosocial (Caver, Scheier y Weintraub 1989); este rubro ocupa unas cuantas referencias sobre salud y factores socioculturales en la serie que se analiza. Así, se destaca que las influencias de las variables del grupo étnico en el estrés y en las maneras de lidiar con el estrés por parte de quienes atienden enfermos son complejas y multidireccionales (Knight et al. 2000), se plantea el efecto que ejerce en la presión arterial la manera de enfrentar el estrés (Fernander et al. 2004), se subraya la diversidad de maneras de hacer frente al estrés psicosocial precisamente en función de factores socioculturales (Prelow et al. 2000) y se señala la relación entre la red social de apoyo en ese marco ante el problema de la cirugía oncológica en pacientes chinos (Chan et al. 2004).

Otros temas

Entre otros varios temas sanitarios donde se recalcan factores socioculturales, se encuentra el papel de los trabajadores básicos de salud en Vietnam en la prevención del cáncer cervicouterino (Mock et al. 2006), los estudios sobre conducta sexual en escolares del África subsahariana (Kaaya et al. 2002), los roles de género en varones portorriqueños (Torres 1998).

Adolescentes

Un conjunto social donde también se destacan factores socioculturales en el ámbito de la salud es el de los adolescentes, analizando en ellos diversos problemas, como los relativos a las adicciones entre migrantes indios en proceso de aculturación (Bhattacharya 2002) y respecto a los cambios corporales (Brooks et al. 2003); los que se refieren a situaciones de violencia examinando víctimas con daño medular por armas de fuego (Graham y Weigarden 1989), agresiones que derivan en salas de emergencia, hospitalización y muerte en Israel (Gofin et al. 2000) o “influencias socioculturales” de origen familiar en la delincuencia de adolescentes “hispanos” (Pabon 1998); los que se ocupan de aspectos de la sexualidad en las Azores (Patricio, Borenstein y Elsen 1991) o en Jamaica (Smith et al. 2003); los que aluden al impacto psicosocial de la televisión (Berry 2000) y a los efectos nocivos de influencias ambientales en la “mente juvenil” (Schmidt 1999), a estudios psicométricos o logopédicos (Keery et al. 2004; Steffen et al. 1992), a conductas de ansiedad (Zeidner y Safir 1989), a la contratransferencia en el tratamiento psiquiátrico (Muñoz 1986) o a trastornos conductuales alterando el rendimiento académico del adolescente (White, Snyder y Lira 1978). Otros problemas vistos desde la perspectiva de factores socioculturales en

adolescentes son la anemia en Ghana (Agyepong, Wellington y Abbey 1997), las conductas relacionadas con la adhesión al tratamiento de la tuberculosis en su marco psicosocial y en su proceso de aculturación en pacientes “latinos” (Salabarría Peña et al. 2001) y los patrones de actividad física en jóvenes (Beunen et al. 2004).

Agentes y cuidadores

En el desempeño de los cuidadores y terapeutas se subraya también la incidencia de *factores socioculturales*. Es el caso de las condiciones y ejercicio profesional de las enfermeras en Irán (Nasrabadi, Lipson y Emami 2004), el de las distintas percepciones respecto al papel ético de su responsabilidad entre enfermeras chinas, japonesas y norteamericanas (Pang et al. 2003). Petit de Mange destaca cómo el cuidado de enfermería en pacientes agónicos y en torno al tema de la muerte es influenciado en el marco de “dimensiones multiculturales”, incluyendo aquéllas que provienen de la “medicina occidental”, de las normas sociales y de las creencias religiosas (1998). Trabajos de reflexión amplia en este tema se refieren a los nuevos paradigmas para una enfermería transcultural (Shambley Ebron y Boyle 2004), a la enfermería en el contexto de la comunidad internacional (Craman 1992) y a los factores socioculturales relacionados con la enfermería oncológica (Weekes 1997), mientras que otros artículos se ocupan de temas educativos, como la enseñanza a médicos residentes y estudiantes de medicina en relación con la atención de poblaciones vulnerables y de enfermos crónicos, respectivamente (Lurie y Yergan 1990; Pham et al. 2004). Otros estudios focalizan la figura de las hijas y nueras como cuidadoras en Corea (Kim 2001; Kim y Lee 2003), la de las parteras en México y sus roles cambiantes (Davis Floyd 2001) y la de los terapeutas folk en programas de salud mental comunitaria (Ruiz y Langrod 1976).

Desigualdad y racismo

El término “racismo” figura muy poco vinculado a factores socioculturales en la serie que se analiza. En un antiguo trabajo de la India, se destacaba en 1970 la condición diferencial de salud en niños en relación con su adscripción a diversos “grupos socioculturales” (Siddhu y Srivastava). Las “disparidades raciales” en materia de salud originadas por factores sociales son abordadas por Williams y Jackson (2005), proponiéndose en ese contexto un marco práctico para ocuparse de las “disparidades raciales/étnicas” a través de la definición de “competencia cultural” (Betancourt et al. 2003). En este

mismo grupo de referencias, el nivel de salud en Irlanda se examina tomando en cuenta factores como los patrones de voto y los “indicadores de privación” (Kelleher et al. 2002), mientras que entre las disparidades “entre blancos y negros” se considera la calidad de asistencia médica y la contribución del nivel de ingresos entre otros factores de riesgo en un estudio que subraya su multiplicidad (Anónimo 1990 y Davey et al. 1998).

Niños y educación, problemas de aprendizaje, crecimiento y desarrollo

En el rubro de estudios que destacan la influencia de *factores socioculturales* en temas educativos relacionados con la salud infantil, se plantea la participación de padres e hijos en la planificación de las actividades que se realizan fuera de la escuela, analizando diferencias entre familias europeo-americanas y “latinas” (Gauvain y Pérez 2005), así como la autorregulación y el autorreconocimiento en diversas comunidades al tomar en cuenta las experiencias tempranas de paternidad y maternidad (Keller et al. 2004). Otras referencias aluden a la relevancia de los contextos educacionales en problemas de aprendizaje (Mariage, Paxton Buursma y Bouck 2004) y a los efectos de variables ambientales, socioculturales, biológicas y de desarrollo en los problemas de aprendizaje infantil (Jorgenson, Stone y Opella 1985), incluyendo las características socioculturales en un estudio chileno (Manterola et al. 1981). También se subrayan factores socioculturales en el análisis de los problemas de desarrollo pediátrico (Aicardi 1998), incluyendo la aplicación de pruebas de seguimiento en poblaciones africanas (Olade 1984).

Historia, religión e investigación

Los trabajos que se ocupan de *factores socioculturales* en la salud en términos históricos son escasos en la serie: Gumerman et al. tratan el tema de la evolución de la conducta social en la época prehistórica en el suroeste estadounidense (2003); Brandt destaca la incorporación de los factores socioculturales en los temas de historia de la medicina (1991) y en otro artículo se analizan los signos visibles de enfermedad en retratos del siglo xiv al siglo xx (Als et al. 2002). El tema de la *religión* es abordado explícitamente en las investigaciones de Mukhopadhyay, Gupta y Bhattacharya (1996) y Griffith (1983); el primero examina aspectos hematológicos en un grupo étnico del oeste de Bengala en la India y el segundo explora el significado del ritual en el modelo curativo practicado en una iglesia. Trabajos que se ocupan de factores socioculturales en la *investigación en salud* son el de Alarcón, que señala aspectos

socioculturales en la investigación clínica, a propósito del conocido estudio Tuskegee de la sífilis en población afronorteamericana (2002), el de Hodge, Weinmann y Roubideaux sobre el reclutamiento de indígenas norteamericanos y nativos de Alaska en ensayos clínicos (2000) y el de Ramírez, que investiga la comunicación entre proveedores y consumidores en poblaciones especiales (2003).

Otros temas

La diversidad temática en que se destacan *factores socioculturales* directa o indirectamente en el ámbito sanitario se expresa además en una heterogénea serie de artículos: en consideraciones culturales sobre los procesos de sentencia en criminalística (Boehnlein, Schaefer y Bloom 2005), en la revisión de cinco deportes, considerando aspectos biomecánicos, fisiológicos, preventivos y sus implicaciones de “intercambio sociocultural” (Patel, Stier y Luckstead 2002), en la discusión sobre la importancia del origen familiar y de la terapia familiar en la salud mental y las relaciones de pareja en homosexuales (Green 2000), en la práctica de la terapia familiar a partir de “temas multisistémicos” que combinan significado y acción “despatologizando síntomas” y permitiendo un “trabajo colectivo dirigido al cambio” (Papp e Imber Black 1996), en el uso de cuentos adaptados culturalmente en el tratamiento de un menor afronorteamericano de bajos recursos (Smith y Celano 2000), en el cuestionamiento al concepto de ilegitimidad en la crianza premarital de niños en Kenia (Shell Duncan y Wimmer 1999), en el análisis de la distribución de matrimonios en una zona rural europea (Salvat et al. 1997), en la pertinencia educativa de los temas de salud entre estudiantes de diversos orígenes (Gayle 1987), en la importancia de la edad infantil para conocer el efecto del uso del tiempo materno en el bienestar del niño (Ricci et al. 1996), así como lo que se ha denominado “cronoergohigiene”, un campo de estudio que pretende optimizar los ritmos de trabajo tomando en cuenta los ritmos fisiológicos deseables con el propósito de mejorar las condiciones laborales (Gaffuri y Costa 1986).

Referencias generales

Perspectivas de futuro

Entre los trabajos de índole general que abordan *factores socioculturales*, se encuentra una exploración de 31 escenarios globales actuales en términos de las perspectivas de futuro donde se incorporan factores como la disponibilidad de agua o las condiciones de emisión de contaminantes, describiendo tres tipos posibles de “escenario global”: el que se refiere a una era de

enfermedades infecciosas emergentes, el correspondiente a una época de tecnología médica y otro, relativo a un periodo de “salud sustentable” (Martens y Huynen 2003). Otra revisión general con datos de investigación epidemiológica y demográfica vincula características sociales de individuos y comunidades con riesgos de morbimortalidad. Se identifican así tres grandes rubros del “ambiente social” ligados a la salud: la *red de relaciones sociales personales* en que cada uno de nosotros vive su vida, el *estatus socioeconómico individual* y las *características sociales en el ámbito comunitario*. Estas vinculaciones demandan el trabajo conjunto de epidemiólogos y demógrafos para entender cómo las diferentes condiciones sociales generan efectos diferenciales en la salud de una determinada población (Seeman y Crimmins 2001).

Salud de la mujer

Un trabajo general que vincula *factores socioculturales* con la salud de la mujer incluye el planteamiento de que las diferencias de riesgo para la salud entre hombres y mujeres y entre mujeres se encuentran determinadas principalmente por factores biológicos (metabolismo hormonal, anatomía, función inmune, influencias genéticas, efectos de la reproducción), los cuales interactúan con “*influencias externas*” (“desarrollo psicológico”, “entorno sociocultural”, “estatus económico”) (Ness y Kuller 1997); otra investigación reporta los resultados de una sesión dedicada al tema de las “*perspectivas bioculturales*” en la salud de la mujer en países en desarrollo, en un foro de la Sociedad Estadounidense para el Avance de la Ciencia. Los asuntos cubiertos incluyen la circuncisión femenina en Kenia como parte de la ceremonia tradicional de boda; el efecto nocivo que tienen en la salud de las adolescentes factores socioculturales como la aceptación del coito premarital y de la crianza temprana de niños en el África occidental; la refutación de la creencia popular en Bangladesh que asocia las molestias como el vómito y la náusea en el embarazo con un menor riesgo de pérdida fetal. Otro estudio descarta una afirmación previa que fijaba la aparición de la menopausia en mujeres en Bangladesh en promedio ocho años antes que en la mujer norteamericana, mientras que otra revisión destaca que las mujeres del país asiático carecen de proporciones significativas de fitoestrógenos en su dieta. El evento concluyó postulando que el conocimiento de los factores bioculturales es un requisito esencial para mejorar el tratamiento médico en todos los países del mundo (Anónimo 1997).

Minorías

En el tema de las minorías, un trabajo general que alude a *factores socioculturales* destaca los patrones diferenciales de salud de las “*minorías étnicas*” res-

pecto a los del conjunto de la población de Estados Unidos. Cada uno de los grupos minoritarios (asiáticos, “hispanos”, nativos y afronorteamericanos) presenta un conjunto de factores socioculturales particulares que influyen en esos patrones y la principal variable para cada grupo es su entorno socioambiental que incluye factores políticos, ambientales, históricos y económicos. Esto demanda una mejor identificación de tales factores específicos de cada minoría y de las influencias macrosociales como se expresan en efectos observados en la salud (Johnson et al. 1995). Otra revisión recalca que gran parte de la investigación epidemiológica estadounidense se ha basado sólo en categorías de edad, sexo y raza, con pocos análisis variados que distingan efectos relativos a la clase social (como el nivel económico) de otros factores socioculturales, como la “raza” o la “etnicidad”. El examen subraya aspectos conceptuales y metodológicos en torno a las diversas mediciones de posición en un sistema socialmente estratificado, incluyendo la multidimensionalidad de la clase social y su relevancia en la salud pública (Montgomery y Carter Pokras 1993). En ese mismo conjunto de estudios, otra revisión señala que hasta hace poco las minorías han sido insuficiente o inadecuadamente representadas en la investigación sanitaria. El trabajo analiza aspectos metodológicos en ese marco, como la construcción apropiada de muestras y de tasas y patrones de respuesta. A partir de experiencias concretas de investigación, se afirma que la calidad de los datos es sin duda proporcional a los esfuerzos realizados en campo, pero los costos de una investigación de alta calidad no suelen reconocerse. Se cuestiona el término de “investigación de minorías” porque soslaya la variabilidad existente entre y en el seno de los diversos grupos minoritarios y subculturas (McGraw et al. 1992).

Prevención e investigación

Entre las referencias generales a los *factores socioculturales* en la prevención, se encuentra un trabajo australiano sobre el menor nivel de salud de la población rural respecto a la urbana, focalizando los determinantes sociales que explican las desigualdades en la salud rural, donde los factores psicosociales pueden interactuar con los factores materiales, conductuales y socioculturales. Los autores destacan la utilidad de conceptos como el de “lugar” y “ruralidad” para ulteriores investigaciones (Dixon y Welch 2000). Por otro lado, un estudio chileno representativo de una discutible corriente de inicios de los años noventa hace hincapié en el “estilo de vida” como uno de los principales factores que influyen en el incremento de las enfermedades no contagiosas en los países antes denominados del “Tercer Mundo”. El autor planteaba la necesidad de programas y de estrategias de salud que modifiquen

los estilos de vida de la población, los cuales dependen del “escenario médico sociocultural”; esto se concreta en la sustitución de la prevención de la enfermedad por la promoción de la salud. En ese marco postula entre otros requerimientos el “entrenamiento en epidemiología conductual”, la elección de un “concepto biopsicosocial de estilo de vida”, la identificación de una población focalizada y de un escenario predominante y la elección de metodologías educacionales para los cambios conductuales (Jiménez 1993).

Entre las referencias de índole general que abordan en la serie temas psicosociales se encuentra a su vez un antiguo trabajo de inicios de los años ochenta que plantea en Alemania, en el campo de la psiquiatría social, una “ley de la desmoralización sociocultural” en un modelo de referencia en la epidemiología de los desórdenes mentales vinculado con el concepto de anomia (De Figueiredo 1983). Otro artículo de la misma época alude al concepto de susceptibilidad general a la enfermedad como una explicación integradora de la asociación de una serie de enfermedades con ciertas situaciones sociales y culturales. Sin embargo, el mismo estudio prospectivo no confirma asociaciones entre coronariopatías, cáncer, enfermedad cerebrovascular y otros problemas con aspectos o categorías como la “inconsistencia sociocultural”, la carencia de redes sociales significativas o la movilidad geográfica incrementada (Reed, McGee y Yano 1984).

Diagnóstico y terapéutica

Un reporte que se ocupa del diagnóstico en esta serie es el de Hooper (1997), quien describe la interrelación entre el contexto sociocultural, la visión del mundo y el razonamiento clínico en el ejercicio del terapeuta, mientras que entre los trabajos generales que abordan la terapéutica, se alude al incremento del interés en el papel que desempeña la etnicidad, los factores socioculturales y de género en la atención a la salud y en la respuesta a las intervenciones sanitarias. En ese marco se analiza el impacto de dichos factores en programas sobre VIH/sida, en la fenomenología del suicidio, en la anorexia nerviosa y en la psicofarmacología de poblaciones homogéneas. Se aduce que tomar en cuenta los factores referidos permite individualizar y aumentar la eficacia de la psicofarmacología clínica (Dawkins 1996). Otro estudio se ocupa de la “alianza terapéutica” entendida como una relación de ayuda definida mutuamente, la cual abarca el respeto mutuo y la variación etnocultural basada en un vínculo empático. En este marco se plantean fenómenos psicolingüísticos que pueden ayudar a establecer una relación transcultural adecuada entre enfermeras y pacientes (Cravener 1992).

Epidemiología sociocultural

Entre los trabajos que se refieren a perspectivas epidemiológicas y de sistemas de salud se encuentra el de Alberts et al. (1998), donde se examina la afirmación habitual de que las diferencias socioculturales en el uso de servicios asistenciales sólo aparecen por debajo de cierto nivel de gravedad de la enfermedad. Anderson (1995) presenta una revisión de las conductas específicas de salud en minorías, incluyendo su relación con antecedentes socioculturales y sus consecuencias. Otra investigación se ocupa de las influencias socioculturales que inciden en la percepción de la enfermedad en Asia (Yusoff 1994) y otra más aborda en México la construcción de un “perfil epidemiológico sociocultural” a partir de diversas fuentes de información, incluyendo el uso de recursos terapéuticos locales en una zona rural (González y Hersch 1993). A su vez, en otro estudio se exponen las variaciones existentes en síntomas referidos por niños y adolescentes y en sus conductas en Noruega, se analizan las manifestaciones empíricas de la personalidad y sus implicaciones psicopatológicas, se calcula la “prevalencia de diversos tipos de comunidades locales” y se utilizan los conceptos de “socialización”, “desarrollo especializado” e “internalización de valores, normas y conductas” en culturas con diferente grado de cambio, planteando el análisis como un “estudio epidemiológico de etiología social” (Kolstad 1992).

Otro trabajo que alude a la investigación comparativa en epidemiología social se ocupa de factores de riesgo que varían en el seno de “grupos étnicos y socioculturales” y entre sí; el autor presenta un modelo para derivar medidas transculturales válidas que sean a su vez “intraculturalmente sensibles”, partiendo de una serie de datos sobre estresores sociales, soportes sociales y presión arterial procedentes de tres grupos específicos analizados (Dressler et al. 1991). A su vez, Janssens (1985), a partir del ejemplo de la frambesía —una treponematosi tropical—, ilustra la carencia de investigación de alta calidad para innovar estrategias y tecnologías, ante una endemia que ha sido soslayada al creerse inicialmente que sería erradicada con tratamientos específicos que no tomaron en cuenta la necesidad de mayor información clínica, epidemiológica y sociocultural al respecto. Otro estudio ya antiguo aborda los aspectos epidemiológicos de la medicina psicosomática sobre la base de la prevalencia de los trastornos psicosomáticos, donde predomina un perfil poblacional que comparte entre otros factores condiciones de desempleo, retiro o discapacidad, situaciones de viudez, divorcio o separación y carencia de sistemas significativos de soporte social (Schwab et al. 1978-1979).

“Raza” y “etnicidad”

Respecto al tema de la “raza” y la “etnicidad”, un trabajo en la serie, elaborado a partir del análisis de diccionarios científicos y de revisiones en ciencias sociales, en salud pública y en la literatura médica en general, plantea que el término “raza” es más una categoría social que biológica, utilizada típicamente de manera acrítica y mecánica como un atajo para aproximarse a factores biológicos, socioeconómicos o socioculturales no medidos. Y si bien la variación en las características genotípicas existe, eso no lo capta el término “raza”. Sin embargo, como las características raciales han representado históricamente y continúan reflejando la creación de desventajas sociales, económicas y políticas con efectos en el bienestar, es relevante proseguir estudiando las diferencias raciales en la salud. La investigación futura, se plantea, ha de explorar cómo se combinan los requerimientos ambientales claramente delineados con las susceptibilidades genéticas, así como, a su vez, con respuestas conductuales y fisiológicas específicas, para incrementar en conjunto el riesgo de enfermedad en grupos expuestos diferencialmente a la adversidad psicosocial (Williams 1997).

Otro trabajo puntualiza que la “etnicidad” y la “raza” son términos que se utilizan comúnmente en la investigación biomédica para delimitar y analizar determinados grupos humanos, señalando al de “raza” como un constructo sociológico pobremente correlacionado con cualquier medición de fenómenos culturales o biológicos que no sean el aumento en la melanina en la piel de un individuo. Por otro lado, la “etnicidad” es a su vez un constructo sociocultural que a menudo —si no siempre— se vincula con aspectos discernibles en un grupo de individuos. Estos aspectos incluyen, entre otros, el lenguaje, el estilo de vestir, la religión, los patrones de interacción social y los hábitos alimentarios. Se revisa el término de “etnicidad” en la investigación biomédica y biosocial examinando la base ecológica y evolucionista de la diferenciación étnica en la población humana, sin intentar una definición concluyente, planteando la etnicidad como un concepto múltiple con una variedad de aplicaciones y definiciones, cada una dependiente de condiciones y problemas particulares de investigación (Crews y Bindon 1991).

6. Conclusión somera de una somera revisión

Sin pretender conclusiones exhaustivas de una compilación destinada a facilitar el acceso a la literatura disponible, se puede, sin embargo, poner de

manifiesto cómo en una amplia variedad temática del proceso salud/enfermedad/atención se señalan vinculaciones de diverso alcance respecto a factores socioculturales, una categoría como tantas donde no existe acuerdo definido respecto a su significado, pero que se refiere a dimensiones relacionales que escapan a una mera perspectiva biológica de la enfermedad.

En algunas de las referencias analizadas —lo que no implica necesariamente una tendencia general— lo “sociocultural” se soslaya o se reduce al confinarlo a un papel patogénico contingente y no estructural. Esto no sólo se plasma en cuanto a la descripción de la existencia de *factores socioculturales*, sino en el tipo de recomendaciones que suelen derivarse de esa descripción, sugiriendo en numerosos trabajos, por ejemplo, medidas de tipo educativo donde las poblaciones sean orientadas en el buen aprovechamiento de servicios asistenciales.

Ahora bien, lo que la mirada biomédica destaca o prioriza en torno a lo “sociocultural” se refleja proporcionalmente en el tipo de temas y de patologías que se vinculan a ese término en la literatura. Como hemos visto en las gráficas previas, se puede reconstruir desde esa perspectiva una especie de “perfil patológico” que, como la imagen distorsionada que resulta de proyectar gráficamente la relevancia diferencial de algunas partes del cuerpo humano en función de la delicadeza de los movimientos que debe efectuar la parte correspondiente en la sensibilidad dérmica.² Así, si tomamos como referente los campos patológicos donde se reportan *factores socioculturales*, como hemos visto, el prisma de lo que se entiende como “sociocultural” sobredimensiona algunos problemas de salud mental y soslaya, por ejemplo, los traumatismos y las enfermedades congénitas.

Cabe también destacar en la muestra seleccionada que respecto al término explícito de *epidemiología sociocultural*, entendida aquí como una perspectiva global que reconoce diversas racionalidades con relación al fenómeno de la alteración de la salud en cuanto que proceso colectivo, figura un conjunto de trabajos diferenciados en este conjunto, consistentes en reflexiones de índole general, las cuales se presentan al final de la relación.

La integración de una epidemiología incluyente no se concretará de manera espontánea. Como hemos visto, se habla y se escribe de factores socioculturales en problemas de salud pública hace no menos de medio siglo en las publicaciones biomédicas —aunque el señalamiento de la relevancia de lo social en la salud ha sido reiterado desde hace ya siglos y con

² De acuerdo con Penfield y Rasmussen, los diferentes grupos musculares del cuerpo no tienen iguales representaciones en la corteza motora. De ello surge un homúnculo con enormes pulgares, dedos, labios, lengua y cuerdas vocales y de diminuta espalda y extremidades inferiores (Guyton 1977: 712-713).

otros términos— y el cometido de integrar enfoques y aproximaciones demanda, además de la certeza de la trascendencia de lo “sociocultural” en el proceso salud-enfermedad-atención, disposiciones y sensibilidades no comunes y en particular, un escenario político cuya dimensión participativa y plural origina una aproximación epidemiológica que es mera consecuencia de esa dimensión.

El asunto a resaltar, en síntesis, no es que se describan factores socioculturales en diversos temas y problemas de salud pública, lo que no es nuevo y de hecho se inscribe en un esfuerzo que ya viene convirtiéndose en una tradición biomédica, sino a la larga ¿qué se hace con esa descripción?, ¿cómo puede trascender la dimensión operativa de la salud pública y transformarla en el mejor de los sentidos? Varios de los trabajos aquí reseñados se ubican en esa dimensión operativa. Esas preguntas son hoy pertinentes en el cometido de integrar una aproximación epidemiológica justamente “sociocultural”. La calidad de “variable” que se asigna a lo “sociocultural” es al final una reducción que acota el impacto del reconocimiento de su influencia. Puede así tener exactamente el mismo peso que el de un “factor climatológico”, en el supuesto hoy ya invalidado de un clima ajeno a las vicisitudes sociales y políticas. Un ejemplo clásico del uso sesgado de la alusión a factores socioculturales es el del seguimiento experimental de pacientes afroamericanos con sífilis, los cuales fueron estudiados sin recibir tratamiento alguno desde fines de los años veinte hasta el inicio de los setenta del siglo pasado y que justamente es objeto de una de las referencias contenidas en esta serie (Alarcón 2002): uno de los fundamentos de dicho engendro de investigación fue, sin explicitarlo así, precisamente el ánimo de demostrar la existencia de factores socioculturales (Jones 1981), de lo cual resulta evidente lo que bien se sabe: el manejo de una determinada terminología no implica garantía de nada. Paradójicamente, en la naturalización de la exclusión o de la desigualdad, la descripción de factores socioculturales puede ser funcional, pues lo sociocultural no remite necesariamente, como se observa en varios de los trabajos analizados, a lo político-estructural. Sin embargo, aunque la biomedicina puede aludir a factores socioculturales sin por ello abandonar su eje asocial y ahistórico, la gama de aproximaciones es diversa y no unívoca, abarcando desde alusiones muy generales hasta caracterizaciones operativas que dan como resultado recomendaciones, constituyendo un referente de utilidad en el proceso de definición de una posible epidemiología sociocultural.

Como vemos, la alusión a lo “sociocultural” no es nueva en la literatura biomédica. Los matices en que se alude a lo “sociocultural” son muchos, desde aquellos trabajos que destacan su preeminencia en los temas y problemas sanitarios hasta los que recurren precisamente al término como referen-

cia complementaria que sirve, en su condición secundaria, para confirmar en los hechos la supremacía de lo biológico. Sin embargo, cabe recalcar que desde áreas geográficas distintas, desde circuitos de las ciencias sociales atentas al ámbito sanitario e incluso desde diversas especialidades biomédicas, se advierte incesantemente la incidencia de factores socioculturales, confrontando un reduccionismo cuya persistencia no consigue acallar realidades incontestables, ni tampoco la agudeza y la sensibilidad de algunos investigadores biomédicos.

Bibliografía

- Guyton, A. C. 1977. *Tratado de fisiología médica*. México: Interamericana.
- Jones, J. H. 1981. *Bad Blood. The Tuskegee Syphilis Experiment*. Nueva York: The Free Press.
- Santos, B. S. 2005. *El milenio huérfano. Ensayos para una nueva cultura política*. Madrid: Trotta / ILSA.

Anexo. Referencias bibliográficas por temas

Nota: en este anexo para consulta, las referencias se encuentran ordenadas por temas y luego alfabéticamente. Los títulos de las revistas aparecen resumidos siguiendo el tesoro de Medline, consultable en línea.

Salud mental en general

- Bjorklund, P. 2006. No Man's Land: Gender Bias and Social Constructivism in the Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Issues Ment Health Nurs* 27 (1): 3-23.
- Cheng, T. A. y M. Hsu. 1993. Sex Differences in Minor Psychiatric Morbidity among Three Aboriginal Groups in Taiwan: The Effects of Lineage. *Psychol Med* 23 (4): 949-956.
- Cooley, M. R. y C. A. Boyce. 2004. An Introduction to Assessing Anxiety in Child and Adolescent Multiethnic Populations: Challenges and Opportunities for Enhancing Knowledge and Practice. *J Clin Child Adolesc Psychol* 33 (2): 210-215.

- Dohrenwend, B. P. 1975. Sociocultural and Social-Psychological Factors in the Genesis of Mental Disorders. *J Health Soc Behav* 16 (4): 365-372.
- Dunham, H. W. 1976. Society, Culture, and Mental Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 33 (2): 147-156.
- Gault, E. I., J. Krupinski y A. Stoller. 1970. Psychosocial Problems of Aboriginal Adolescents and Their Sociocultural Environment. *Aust N Z J Psychiatry* 4 (1): 174-182.
- Lee, S. 1998. Estranged Bodies, Simulated Harmony, and Mislplaced Cultures: Neurasthenia in Contemporary Chinese Society. *Psychosom Med* 60 (4): 448-457.
- Pang, A. H., G. S. Ungvari, F. Lum, K. Lai y C. M. Leung. 1996. Querulous Paranoia in Chinese Patients: A Cultural Paradox. *Aust N Z J Psychiatry* 30 (4): 463-466.
- Pisztora, F. 1972. Influencias socioculturales y neurosis conflictiva o psicosis reactiva en la Argelia actual. *Psychiatr Clin (Basel)* 5 (3): 153-73. (En alemán).
- Pliskin, K. L. 1992. Dysphoria and Somatization in Iranian Culture. *West J Med* 157 (3): 295-300.
- Sullivan, A. y C. Brems. 1997. The Psychological Repercussions of the Sociocultural Oppression of Alaska Native Peoples. *Genet Soc Gen Psychol Monogr.* 123 (4): 411-440.
- Westermeyer, J. 1989. Research of Stigmatized Conditions: Dilemma for the Sociocultural Psychiatrist. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res* 2 (3): 41-45.
- Zhang, A. Y., L. C. Yu, J. G. Draguns, J. Zhang y D. Tang. 2000. Sociocultural Contexts of Anthropophobia: A Sample of Chinese Youth. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 35 (9): 418-426.

Suicidio y autoagresión

- Johnston, A., J. Cooper y N. Kapur. 2006. Exploring the Relationship between Area Characteristics and Self-Harm: Old and New Approaches. *Crisis* 27 (2): 88-91.

- Maharajh, H. D. y M. Konings. 2005. Cannabis and Suicidal Behaviour among Adolescents: A Pilot Study from Trinidad. *ScientificWorldJournal* 5: 576-585.
- Marks, A. y T. Abernathy. 1974. Toward a Sociocultural Perspective on Means of Self-Destruction. *Life Threat Behav* 4 (1): 3-16.
- Neeleman, J. y G. Lewis. 1999. Suicide, Religion, and Socioeconomic Conditions. An Ecological Study in 26 Countries, 1990. *J Epidemiol Community Health* 53 (4): 204-210.
- Taylor, M. C. y J. W. Wicks. 1980. The Choice of Weapons: A Study of Methods of Suicide by Sex, Race, and Region. *Suicide Life Threat Behav* 10 (3): 142-149.
- Walker, R. L., S. O. Utsey, M. A. Bolden y O. Williams. 2005. Do Sociocultural Factors Predict Suicidality among Persons of African Descent Living in the U.S.? *Arch Suicide Res* 9 (2): 203-217.
- Zhang, J., Y. Conwell, L. Zhou y C. Jiang. 2004. Culture, Risk Factors and Suicide in Rural China: A Psychological Autopsy Case Control Study. *Acta Psychiatr Scand* 110 (6): 430-437.

Depresión

- Braam, A. W., P. van den Eeden, M. J. Prince, A. T. Beekman, S. L. Kivela, B. A. Lawlor, A. Birkhofer, R. Fuhrer, A. Lobo, H. Magnusson, A. H. Mann, I. Meller, M. Roelands, I. Skoog, C. Turrina y J. R. Copeland. 2001. Religion as a Cross-Cultural Determinant of Depression in Elderly Europeans: Results from the EURODEP Collaboration. *Psychol Med* 31 (5): 803-814.
- Brown, D. R., F. Ahmed, L. E. Gary y N. G. Milburn. 1995. Major Depression in a Community Sample of African Americans. *Am J Psychiatry* 152 (3): 373-378.
- Jones, B. E., B. A. Gray y E. B. Parson. 1983. Manic-Depressive Illness among Poor Urban Hispanics. *Am J Psychiatry* 140 (9): 1208-1210.
- Jones Webb, R. J. y L. R. Snowden. 1993. Symptoms of Depression among Blacks and Whites. *Am J Public Health* 83 (2): 240-244.

Lee, D. T., A. S. Yip, T. Y. Leung y T. K. Chung. 2004. Ethnoepidemiology of Postnatal Depression. Prospective Multivariate Study of Sociocultural Risk Factors in a Chinese Population in Hong Kong. *Br J Psychiatry* 184: 34-40.

Razali, S. M., C. I. Hasanah, K. Aminah y M. Subramaniam. 1998. Religious-Sociocultural Psychotherapy in Patients with Anxiety and Depression. *Aust N Z J Psychiatry* 32 (6): 867-872.

Salgado de Snyder, V. N. y M. Maldonado. 1994. Las características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres adultas mexicanas de zona rural. *Salud Pública de México* 36 (2): 200-209.

Schwab, J. J., J. M. Brown, C. E. Holzer y M. Sokolof. 1968. Current Concepts of Depression: The Sociocultural. *Int J Soc Psychiatry* 14 (3): 226-234.

Esquizofrenia

Bland, R. C. y H. Orn. 1981. Schizophrenia: Sociocultural Factors. *Can J Psychiatry* 26 (3): 186-188.

Dunham, H. W. 1977. Schizophrenia: The Impact of Sociocultural Factors. *Hosp Pract* 12 (8): 61-68.

Kim, K., H. Hwu, L. D. Zhang, M. K. Lu, K. K. Park, T. J. Hwang, D. Kim e Y. C. Park. 2001. Schizophrenic Delusions in Seoul, Shanghai and Taipei: A Transcultural Study. *J Korean Med Sci* 16 (1): 88-94.

Lewine, R. R. 2005. Social Class of Origin, Lost Potential, and Hopelessness in Schizophrenia. *Schizophr Res* 76 (2-3): 329-335.

Marcolin, M. A. 1991. The Prognosis of Schizophrenia across Cultures. *Ethn Dis Winter*; 1 (1): 99-104.

Mishler, E. G. y N. A. Scotch. 1965. Sociocultural Factors in the Epidemiology of Schizophrenia. *Int J Psychiatry* 1: 258-305.

———. 1963. Sociocultural Factors in the Epidemiology of Schizophrenia. *A Psychiatry* 26: 315-351.

- Murphy, H. B. 1968. Sociocultural Factors in Schizophrenia: A Compromise Theory. *Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc* 57:74-99.
- Raguram, R., T. M. Raghu, P. Vounatsou y M. G. Weiss. 2004. Schizophrenia and the Cultural Epidemiology of Stigma in Bangalore, India. *J Nerv Ment Dis* 192 (11): 734-744.
- Rubins, J. L. 1969. A Holistic (Horney) Approach to the Psychoses: The Schizophrenias. I. Sociocultural, Developmental and Psychogenetic Factors. *Am J Psychoanal* 29 (2): 131-146.
- Stompe, T., A. Friedman, G. Ortwein, R. Strobl, H. R. Chaudhry, N. Najam y M. R. Chaudhry. 1999. Comparison of Delusions among Schizophrenics in Austria and in Pakistan. *Psychopathology* 32 (5): 225-234.
- Weisman, A. G. 1997. Understanding Cross-Cultural Prognostic Variability for Schizophrenia. *Cult Divers Ment Health* 3 (1): 23-35.

Problemas de transmisión sexual en general

- Baker, J. G. y S. L. Rosenthal. 1998. Psychological Aspects of Sexually Transmitted Infection Acquisition in Adolescent Girls: A Developmental Perspective. *J Dev Behav Pediatr* 19 (3): 202-208.
- Hannigan, S. y Jones Devitt, S. 2004. Removing the Stigma of Sexually Transmitted Infections among Women. *Nurs Times* 100 (26): 48-50.
- Lichtenstein, B. 2003. Stigma as a Barrier to Treatment of Sexually Transmitted Infection in the American Deep South: Issues of Race, Gender and Poverty. *Soc Sci Med*. 57 (12): 2435-2445.
- Ogunbanjo, B. O. 1989. Sexually Transmitted Diseases in Nigeria. A Review of the Present Situation. *West Afr J Med* 8 (1): 42-49.
- Sogbetun, A. O., K. O. Alausa y A. O. Osoba. 1977. Sexually Transmitted Diseases in Ibadan, Nigeria. *Br J Vener Dis* 53 (3): 155-160.
- Taffa, N., G. Bjune, J. Sundby, P. Gaustad y A. Alestrom. 2002. Prevalence of Gonococcal and Chlamydial Infections and Sexual Risk Behavior among Youth in Addis Ababa, Ethiopia. *Sex Transm Dis* 29 (12): 828-833.

VIH/sida

- Airhihenbuwa, C. O., R. J. DiClemente, G. M. Wingood y A. Lowe. 1992. HIV/AIDS Education and Prevention among African-Americans: A Focus on Culture. *aids Educ Prev* 4 (3): 267-276.
- Apostolopoulos, Y., S. Sonmez, J. Kronenfeld, E. Castillo, L. McLendon y D. Smith. 2006. STI/HIV Risks for Mexican Migrant Laborers: Exploratory Ethnographies. *J Immigr Minor Health* 8 (3): 291-302.
- Bhattacharya, G. 2005. Social Capital and HIV Risks among Acculturating Asian Indian Men in New York City. *AIDS Educ Prev* 17 (6): 555-567.
- _____. 2004. Sociocultural and Behavioral Contexts of Condom Use in Heterosexual Married Couples in India: Challenges to the HIV Prevention Program. *Health Educ Behav* 31 (1): 101-117.
- Buseh, A. G., L. K. Glass y B. J. McElmurry. 2002. Cultural and Gender Issues Related to HIV/AIDS Prevention in Rural Swaziland: A Focus Group Analysis. *Health Care Women Int* 23 (2): 173-184.
- Clumeck, N. 1991. Some Aspects of the Epidemiology of Toxoplasmosis and Pneumocystosis in AIDS in Europe. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 10 (3): 177-178.
- Feldman, J. 1992. The French are Different. French and American Medicine in the Context of AIDS. *West J Med* 157 (3): 345-349.
- Friedman, S. R. y K. O'Reilly. 1997. Sociocultural Interventions at the Community Level. *AIDS*. 11 Suppl A: S201-S208.
- Huang, Y., G. E. Henderson, S. Pan y M. S. Cohen. 2004. HIV/AIDS Risk among Brothel-Based Female Sex Workers in China: Assessing the Terms, Content, and Knowledge of Sex Work. *Sex Transm Dis* 31 (11): 695-700.
- Katner, H. P. y G. A. Pankey. 1987. Evidence for a Euro-American Origin of Human Immunodeficiency Virus (HIV). *J Natl Med Assoc* 79 (10): 1068-1072.
- Lesbordes, J. L., B. Coulaud y A. J. Georges. 1990. Desnutrición y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Bangui (República Centroafricana).

- Estudio y seguimiento a dos años de una cohorte de 175 niños desnutridos y de 101 madres. *Med Trop (mars)* 50 (2): 161-165. (En francés).
- Low, N., M. Egger, A. Gorter, P. Sandiford, A. González, J. Pauw, J. Ferrie y G. D. Smith. 1993. AIDS in Nicaragua: Epidemiological, Political, and Sociocultural Perspectives. *Int J Health Serv* 23 (4): 685-702.
- Menéndez, B. S. 1990. Mortalidad relacionada con el sida entre mujeres portorriqueñas en la ciudad de Nueva York, 1981-87. *P R Health Sci J* 9 (1): 43-45.
- Neundorfer, M. M., P. B. Harris, P. J. Britton y D. A. Lynch. 2005. HIV-Risk Factors for Midlife and Older Women. *Gerontologist*. 45 (5): 617-625.
- Newcomb, M. D., T. F. Locke y R. K. Goodyear. 2003. Childhood Experiences and Psychosocial Influences on HIV Risk among Adolescent Latinas in Southern California. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 9 (3): 219-235.
- Pizzi, M. 1992. Women, HIV Infection, and AIDS: Tapestries of Life, Death, and Empowerment. *Am J Occup Ther* 46 (11): 1021-1027.
- Salgado de Snyder, V. N., M. Díaz Pérez y M. Maldonado. 1996. AIDS: Risk Behaviors among Rural Mexican Women Married to Migrant Workers in the United States. *AIDS Educ Prev* 8 (2): 134-142.
- Schieman, S. 1998. Gender and AIDS-Related Psychosocial Processes: A Study of Perceived Susceptibility, Social Distance, and Homophobia. *AIDS Educ Prev* 10 (3): 264-277.
- Schilling, R. F., S. P. Schinke, S. E. Nichols, L. H. Zayas, S. O. Miller, M. A. Orlandi y G. J. Botvin. 1989. Developing Strategies for AIDS Prevention Research with Black and Hispanic Drug Users. *Public Health Rep* 104 (1): 2-11.
- Singer, S. M., D. G. Willms, A. Adrien, J. Baxter, C. Brabazon, V. Leane, G. Godin, E. Maticka Tyndale y P. Cappon. 1996. Many Voices: Sociocultural Results of the Ethnocultural Communities Facing AIDS Study in Canada. *Can J Public Health* 87 Suppl 1: S26-S32, S28-S35.
- Ulin, P. R. 1992. African Women and AIDS: Negotiating Behavioral Change. *Soc Sci Med* 34 (1): 63-73.

Wilkins, H. A, P. Alonso, S. Baldeh, M. K. Cham, T. Corrah, A. Hughes, K. O. Jaiteh, B. Oelman y H. Pickering. 1989. Knowledge of AIDS, Use of Condoms and Results of Counselling Subjects with Asymptomatic HIV2 Infection in The Gambia. *AIDS Care* 1 (3): 247-256.

Willms, D., S. M. Singer, A. Adrien, G. Godin, E. Maticka Tyndale y P. Cappon. 1996. Participatory Aspects in the Qualitative Research Design of Phase II of the Ethnocultural Communities Facing AIDS Study. *Can J Public Health* 87 Suppl 1: S15-S25, S16-S27.

Procesos infecciosos y parasitarios diversos

Graczyk, T. K. y B. Fried. 1998. Echinostomiasis: A Common but Forgotten Food-Borne Disease. *Am J Trop Med Hyg* 58 (4): 501-504.

Guevara Rodríguez, G. y J. Somolinos Palencia. 1976. Análisis de 368,294 estudios coproparasitológicos en un medio sociocultural e higiénico pobre. *Prensa Méd Mex* 41 (9-10): 317-322.

Mata, L. 1982. Sociocultural Factors in the Control and Prevention of Parasitic Diseases. *Rev Infect Dis* 4 (4): 871-879.

Taylor, M. L., J. Granados y C. Toriello. 1996. Biological and Sociocultural Approaches of Histoplasmosis in the State of Guerrero, Mexico. *Mycoses* 39 (9-10): 375-379.

Zepeda Aguilar, R. 1970. Estudio sociocultural de un grupo de ciegos por oncocercosis. *Salud Pública Mex* 12 (6): 789-799.

Paludismo

Doannio, J. M., D. T. Doudou, L. Y. Konan, R. Djouaka, L. Pare Toe, T. Baldet, M. Akogbeto y L. Monjour. 2006. Influencia de las percepciones y prácticas sociales en el uso de pabellones en el control del paludismo en Costa de Marfil (África Occidental). *Med Trop (mars)* 66 (1): 45-52. (En francés).

Dolo, A., D. Modiano, B. Maiga, M. Daou, G. Dolo, H. Guindo, M. Ba, H. Maiga, D. Coulibaly, H. Perlman, M. T. Blomberg, Y. T. Toure, M. Coluzzi y O. Doumbo. 2005. Difference in Susceptibility to Malaria between Two Sympatric Ethnic Groups in Mali. *Am J Trop Med Hyg* 72 (3): 243-248.

- Modiano, D., V. Petrarca, B. S. Sirima, I. Nebie, D. Diallo, F. Esposito y M. Coluzzi. 1996. Different Response to Plasmodium Falciparum Malaria in West African Sympatric Ethnic Groups. *Proc Natl Acad Sci U S A* 93 (23): 13206-13211.
- Oberlander, L. y B. Elverdan. 2000. Malaria in the United Republic of Tanzania: Cultural Considerations and Health-Seeking Behaviour. *Bull World Health Organ* 78 (11): 1352-1357.
- Okoko, B. J. 2005. Acquisition of Bed-Nets, Sleeping-Habits, and Control of Malaria in the Gambia: Sociocultural Dimension. *J Health Popul Nutr* 23 (4): 388-389.
- Pérez Mato, S. 1998. Anemia and Malaria in a Yanomami Amerindian Population from the Southern Venezuelan Amazon. *Am J Trop Med Hyg* 59 (6): 998-1001.

Tuberculosis

- Ailinger, R. L., J. B. Moore, N. Nguyen y H. Lasus. 2006. Adherence to Latent Tuberculosis Infection Therapy among Latino Immigrants. *Public Health Nurs* 23 (4): 307-313.
- Ho, M. J. 2004. Sociocultural Aspects of Tuberculosis: A Literature Review and a Case Study of Immigrant Tuberculosis. *Soc Sci Med* 59 (4): 753-762.
- Ito, K. L. 1999. Health Culture and the Clinical Encounter: Vietnamese Refugees' Responses to Preventive Drug Treatment of Inactive Tuberculosis. *Med Anthropol Q* 13 (3): 338-364.
- Lobato M. N. y J. P. Cegielski (coordinadores). 2001. Preventing and Controlling Tuberculosis along the U.S.-Mexico Border. Tuberculosis Along the US-Mexico Border Work Group, Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep* 50 (RR-1): 1-27.
- Rubel, A. J. y L. C. Garro. 1992. Social and Cultural Factors in the Successful Control of Tuberculosis. *Public Health Rep* 107 (6): 626-636.

Hepatitis

- Camejo, M. I., G. Mata y M. Díaz. 2003. Prevalencia de hepatitis B, hepatitis C y sífilis en trabajadoras sexuales de Venezuela. *Rev Saúde Publica* 37 (3): 339-344.

Coimbra Junior, C. E., R. V. Santos, C. F. Yoshida, M. L. Baptista, N. M. Flowers y A. C. do Valle. 1996. Hepatitis B Epidemiology and Cultural Practices in Amerindian Populations of Amazonia: The Tupi-Monde and the Xavante from Brazil. *Soc Sci Med* 42 (12): 1735-1743.

Sarampión

Aaby, P., J. Bukh, I. M. Lisse y M. C. da Silva. 1988. Further Community Studies on the Role of Overcrowding and Intensive Exposure on Measles Mortality. *Rev Infect Dis* 10 (2): 474-477.

Remme, J., M. P. Mandara y J. Leeuwenburg. 1984. The Force of Measles Infection in East Africa. *Int J Epidemiol* 13 (3): 332-339.

Tétanos neonatal

Bennett, J., N. Azhar, F. Rahim, S. Kamil, H. Traverso, G. Killgore y J. Boring. 1995. Further Observations on Ghee as a Risk Factor for Neonatal Tetanus. *Int J Epidemiol* 24 (3): 643-647.

Tall, F., T. Prazuck, A. Roisin, J. Sanou, B. Nacro, A. Traore, M. Cot y C. Lafaix. 1991. Factores de riesgo de tétanos neonatal en el occidente de Burkina Faso. Estudio de casos control. *Bull Soc Pathol Exot* 84 (5 Pt 5): 558-561. (En francés).

Traverso, H. P., J. V. Bennett, A. J. Kahn, S. B. Agha, H. Rahim, S. Kamil y M. H. Lang. 1989. Ghee Applications to the Umbilical Cord: A Risk Factor for Neonatal Tetanus. *Lancet* 4; 1 (8636): 486-488.

Mal de Chagas

Azogue, E. 1993. Women and Congenital Chagas' Disease in Santa Cruz, Bolivia: Epidemiological and Sociocultural Aspects. *Soc Sci Med* 37 (4): 503-511.

Vera, N. I., M. Maldonado, G. Yaluff, L. Simancas y A. R. de Arias. 1998. Seroprevalence and Sociocultural Conditionants of Chagas Disease in School-Aged Children of Marginal Zones of Asuncion. *Rev Soc Bras Med Trop* 31 (4): 347-353.

Lepra

Daumerie, D., L. Antiope, J. A. Husser, P. Vimont Vicary y M. Nebout. 1987. Evaluación de lepra endémica en un área urbana. Toma de muestras a nivel doméstico: resultados en Bamako, República de Mali. *Acta Leprol* 5 (3): 183-197. (En francés).

Richardus, J. H., A. Meima, R. P. Croft y J. D. Habbema. 1999. Case Detection, Gender and Disability in Leprosy in Bangladesh: A Trend Analysis. *Lepr Rev* 70 (2): 160-173.

Adicciones en general

Changrani, J. y F. Gany. 2005. Paan and Gutka in the United States: An Emerging Threat. *J Immigr Health* 7 (2): 103-108.

Desmond, D. P. y J. F. Maddux. 1981. Religious Programs and Careers of Chronic Heroin Users. *Am J Drug Alcohol Abuse* 8 (1): 71-83.

Talashkek, M. L., L. M. Gerace y K. L. Starr. 1994. The Substance Abuse Pandemic: Determinants to Guide Interventions. *Public Health Nurs* 11 (2): 131-139.

Tabaquismo

Friis, R. H., M. Forouzesh, H. S. Chhim, S. Monga y D. Sze. 2006. Sociocultural Determinants of Tobacco Use among Cambodian Americans. *Health Educ Res* 21 (3): 355-365.

Muilenburg, J. L., W. D. Johnson, L. Annang y S. M. Strasser. 2006. Racial Disparities in Tobacco Use and Social Influences in a Rural Southern Middle School. *J Sch Health* 76 (5): 195-200.

Supranowicz, P. 1998. Condiciones psicosociales en el uso de tabaco entre jóvenes. *Rocz Panstw Zakl Hig* 49 (4): 507-513. (En polaco).

Unger, J. B., T. Cruz, S. Shakib, J. Mock, A. Shields, L. Baezconde Garbanati, P. Palmer, J. D. Cruz, E. Edsall, E. R. Gritz, T. Glynn y C. A. Johnson. 2003. Exploring the Cultural Context of Tobacco Use: A Transdisciplinary Framework. *Nicotine Tob Res* 5 Suppl 1: S101-S117.

Alcoholismo

Calderón Narváez, G. 1983. Patrones de consumo de alcohol en mexicanos. Resultados de un estudio de la OMS. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 29 (3): 193-206.

Dozier, E. P. 1966. Problem Drinking among American Indians. The Role of Sociocultural Deprivation. *Q J Stud Alcohol* 27 (1): 72-87.

Howard, J., J. A. Taylor, M. L. Ganikos, H. D. Holder, D. F. Godwin y E. D. Taylor. 1988. An Overview of Prevention Research: Issues, Answers, and New Agendas. *Public Health Rep* 103 (6): 674-683.

Rojas Mackenzie, R. y H. Riquelme. 1985. Aspectos médicos y socioculturales del alcoholismo en Chile, Colombia y México (1). *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 31 (4): 298-306.

Wild, T. C. 2002. Personal Drinking and Sociocultural Drinking Norms: A Representative Population Study. *J Stud Alcohol* 63 (4): 469-475.

Problemas cardiovasculares en general

Balaguer Vintro, I. y S. Sans. 1985. Coronary Heart Disease Mortality Trends and Related Factors in Spain. *Cardiology* 72 (1-2): 97-104.

Barnhart, J. M. y S. Wassertheil Smoller. 2006. The Effect of Race/Ethnicity, Sex, and Social Circumstances on Coronary Revascularization Preferences: A Vignette Comparison. *Cardiol Rev* 14 (5): 215-222.

Cooper, W. A., W. Brinkman, R. J. Petersen y R. A. Guyton. 2003. Impact of Renal Disease in Cardiovascular Surgery: Emphasis on the African-American Patient. *Ann Thorac Surg* 76 (4): S1370-S1376.

Derenowski, J. 1990. Coronary Artery Disease in Hispanics. *J Cardiovasc Nurs* 4 (4): 13-21.

Dos Santos, J. E., W. W. Dressler, F. Viteri y R. Preto. 1994. Factores de riesgo de la enfermedad de la arteria coronaria y sus relaciones con variables dietéticas y sociales. *Arq Bras Cardiol* 63 (5): 371-375. (En portugués).

- Juarbe, T. C. 1998. Cardiovascular Disease-Related Diet and Exercise Experiences of Immigrant Mexican Women. *West J Nurs Res* 20 (6): 765-782.
- Payne, T. J., S. B. Wyatt, T. H. Mosley, P. M. Dubbert, M. L. Guitérrez Mohammed, R. L. Calvin, H. A. Taylor Jr y D. R. Williams. 2005. Sociocultural Methods in the Jackson Heart Study: Conceptual and Descriptive Overview. *Ethn Dis* 15 (4 Suppl 6): S6-38-48.
- Saposnik, G., O. H. Del Brutto; Iberoamerican Society of Cerebrovascular Diseases. 2003. Stroke in South America: A Systematic Review of Incidence, Prevalence, and Stroke Subtypes. *Stroke* 34 (9): 2103-2107.
- Smith, T. 1967. Social Stress and Cardiovascular Disease. Factors Involving Sociocultural Incongruity and Change. A Review of Empirical Findings. *Milbank Mem Fund Q* 45 (2): Suppl: 23-39.
- Tanne, D., S. Yaari y U. Goldbourt. 1998. Risk Profile and Prediction of Long-Term Ischemic Stroke Mortality: A 21-Year Follow-Up in the Israeli Ischemic Heart Disease (IHD) Project. *Circulation* 98 (14): 1365-1371.
- Watkins, L. O. 2004. Perspectives on Coronary Heart Disease in African Americans. *Rev Cardiovasc Med* 5 Suppl 3: S3-S13.
- Yano, K., J. S. Popper, A. Kagan, P. H. Chyou y J. S. Grove. 1994. Epidemiology of Stroke among Japanese Men in Hawaii during 24 Years of Follow-Up: The Honolulu Heart Program. *Health Rep* 6 (1): 28-38.

Hipertensión arterial

- Al-Kandari, Y. Y. 2003. Religiosity and its Relation to Blood Pressure among Selected Kuwaitis. *J Biosoc Sci* 35 (3): 463-472.
- Anderson, N. B., M. McNeilly y H. Myers. 1991. Autonomic Reactivity and Hypertension in Blacks: A Review and Proposed Model. *Ethn Dis* 1 (2): 154-170.
- Betancourt, J. R., J. E. Carrillo y A. R. Green. 1999. Hypertension in Multicultural and Minority Populations: Linking Communication to Compliance. *Curr Hypertens Rep* 1 (6): 482-488.

- Bosworth, H. B. y E. Z. Oddone. 2002. A Model of Psychosocial and Cultural Antecedents of Blood Pressure Control. *J Natl Med Assoc.* 94 (4): 236-248.
- Cesana, G., M. Ferrario, R. Sega, C. Milesi, G. De Vito, G. Mancina y A. Zanchetti. 1996. Job Strain and Ambulatory Blood Pressure Levels in a Population-Based Employed Sample of Men from Northern Italy. *Scand J Work Environ Health.* 22 (4): 294-305.
- Connell, P., C. McKeivitt y C. Wolfe. 2005. Strategies to Manage Hypertension: A Qualitative Study with Black Caribbean Patients. *Br J Gen Pract* 55 (514): 357-361.
- Franco, L. J., M. P. Stern, M. Rosenthal, S. M. Haffner, H. P. Hazuda y P. J. Comeaux. 1985. Prevalence, Detection, and Control of Hypertension in a Biethnic Community. The San Antonio Heart Study. *Am J Epidemiol* 121 (5): 684-696.
- Gravlee, C. C. y W.W. Dressler. 2005. Skin Pigmentation, Self-Perceived Color, and Arterial Blood Pressure in Puerto Rico. *Am J Hum Biol* 17 (2): 195-206.
- Lang, T., C. Fouriaud, M. C. Jacquinet Salord, F. Aime, P. Degoulet y S. Luciani. 1989. Métodos y resultados del control de la hipertensión arterial en población trabajadora. *Arch Mal Coeur Vaiss* 82 (7): 1043-1046. (En francés).
- Reed, D., D. McGee y K. Yano. 1982. Biological and Social Correlates of Blood Pressure among Japanese Men in Hawaii. *Hypertension* 4 (3): 406-414.
- Scotch, N. A. y H. J. Geiger. 1963. The Epidemiology of Essential Hypertension. A Review with Special Attention to Psychologic and Sociocultural Factors. II. Psychologic and Sociocultural Factors in Etiology. *J Chronic Dis* 16: 1183-1213.

Cáncer

- Breslow, L y J. R. Hochstim. 1964. Sociocultural Aspects of Cervical Cytology in Alameda County, Calif. *Public Health Rep* 79: 107-112.
- Buller, D., M. R. Modiano, J. Guernsey de Zapién, J. Meister, S. Saltzman y F. Hunsaker. 1998. Predictors of Cervical Cancer Screening in Mexican

- American Women of Reproductive Age. *J Health Care Poor Underserved* 9 (1): 76-95.
- Emovon, A. C. 1977. Sociocultural Factors Associated with Cervical Cancer in Bendel State, Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet* 15 (3): 253-255.
- Idoyaga Molina, A. y N. Luxardo. 2005. Terapias no convencionales en el cáncer. *Medicina* (Buenos Aires) 65 (5): 390-394.
- Klonoff Cohen, H. S., L. B. Schaffroth, S. L. Edelstein, C. Molgaard y S. L. Saltzstein. 1998. Breast Cancer Histology in Caucasians, African Americans, Hispanics, Asians, and Pacific Islanders. *Ethn Health* 3 (3): 189-198.
- Mark, N. y L. Roberts. 1994. Ethnosensitive Techniques in the Treatment of the Hasidic Patient with Cancer. *Cancer Pract* 2 (3): 202-208.
- Newman, L. A., K. A. Griffith, I. Jatoi, M. S. Simon, J. P. Crowe y G. A. Colditz. 2006. Meta-Analysis of Survival in African American and White American Patients with Breast Cancer: Ethnicity Compared with Socioeconomic Status. *J Clin Oncol* 24 (9): 1342-1349.
- Parkin, D. M. y M. Khlat. 1996. Studies of Cancer in Migrants: Rationale and Methodology. *Eur J Cancer* 32A (5): 761-771.
- Rajaram, S. S. y A. Rashidi. 1998. Minority Women and Breast Cancer Screening: The Role of Cultural Explanatory Models. *Prev Med* 27 (5 Pt 1): 757-764.
- Scarinci, I. C., B. M. Beech, K. W. Kovach y T. L. Bailey. 2003. An Examination of Sociocultural Factors Associated with Cervical Cancer Screening among Low-Income Latina Immigrants of Reproductive Age. *J Immigr Health* 5 (3): 119-128.
- Yepes Ríos, M., J. O. Reimann, A. C. Talavera, A. Ruiz de Esparza y G. A. Talavera. 2006. Colorectal Cancer Screening among Mexican Americans at a Community Clinic. *Am J Prev Med* 30 (3): 204-210.

Diabetes

- Bonow, R. O. y M. Gheorghiadu. 2004. The Diabetes Epidemic: A National and Global Crisis. *Am J Med* 116 Suppl 5A: 2S-10S.

Donnio Cordoba, A., R. Richer, F. Spinelli y H. Merle. 2001. Retinopatía diabética en Martinica: resultados de un estudio cruzado basado en 771 pacientes. *J Fr Ophtalmol* 24 (6): 603-639. (En francés).

Gaskill, S. P, C. R. Allen, V. Garza, J. L. Gonzales y R. H. Waldrop. 1981. Cardiovascular Risk Factors in Mexican Americans in Laredo, Texas. I. Prevalence of Overweight and Diabetes and Distributions of Serum Lipids. *Am J Epidemiol* 113 (5): 546-555.

Hazuda, H. P. 1996. Hypertension in the San Antonio Heart Study and the Mexico City Diabetes Study: Sociocultural Correlates. *Public Health Rep* 111 Suppl 2: 18-21.

Huang, T. T. y M. I. Goran. 2003. Prevention of Type 2 Diabetes in Young People: A Theoretical Perspective. *Pediatr Diabetes* 4 (1): 38-56.

Kieffer, E.C., J. A. Martin y W. H. Herman. 1999. Impact of Maternal Nativity on the Prevalence of Diabetes During Pregnancy among U.S. Ethnic Groups. *Diabetes Care* 22 (5): 729-735.

Mitchell, B. D. y M. P. Stern. 1992. Recent Developments in the Epidemiology of Diabetes in the Americas. *World Health Stat Q* 45 (4): 347-349.

Stern, M. P., M. Rosenthal, S. M. Haffner, H. P. Hazuda y L. J. Franco. 1984. Sex Difference in the Effects of Sociocultural Status on Diabetes and Cardiovascular Risk Factors in Mexican Americans. The San Antonio Heart Study. *Am J Epidemiol* 120 (6): 834-851.

Zunzunegui, V. y J. V. Selby. 1985. Re: Sex Difference in the Effects of Sociocultural Status on Diabetes and Cardiovascular Risk Factors in Mexican Americans. *Am J Epidemiol* 122 (2): 355-356.

Artritis y lupus

Adebajo, A. O. 1995. Tropical Rheumatology. Epidemiology and Community Studies: Africa. *Baillieres Clin Rheumatol* 9 (1): 21-30.

Allander, E. 1994. Epidemiology of the Rheumatic Diseases. *Curr Opin Rheumatol* 6 (2): 122-131.

Jordan, J. M. 1999. Effect of Race and Ethnicity on Outcomes in Arthritis and Rheumatic Conditions. *Curr Opin Rheumatol* 11 (2): 98-103.

Esclerosis y fibromialgia

Clark, P., R. Burgos Vargas, C. Medina Palma, P. Lavielle y F. F. Marina. 1998. Prevalence of Fibromyalgia in Children: A Clinical Study of Mexican Children. *J Rheumatol* 25 (10): 2009-2014.

Dyck, I. 1995. Hidden Geographies: The Changing Lifeworlds of Women with Multiple Sclerosis. *Soc Sci Med* 40 (3): 307-320.

Lowis, G. W. 1990. The Social Epidemiology of Multiple Sclerosis. *Sci Total Environ* 90: 163-190.

———. 1988. Ethnic Factors in Multiple Sclerosis: A Review and Critique of the Epidemiological Literature. *Int J Epidemiol* 17 (1): 14-20.

Yunus, M. B. 2002. Gender Differences in Fibromyalgia and Other Related Syndromes. *J Gen Specif Med* 5 (2): 42-47.

Alimentación en general

Akpede, G. O., E. A. Solomon, I. Jalo, E. O. Addy, A. I. Banwo y B. A. Omotara. 2001. Nutritional Rickets in Young Nigerian Children in the Sahel Savanna. *East Afr Med J* 78 (11): 568-575.

López Segura, N., M. Bonet Alcaína y O. García Algar. 2002. Raquitismo en inmigrantes "asiáticos". *An Esp Pediatr* 57 (3): 227-230. Fe de erratas en: *An Esp Pediatr* 57 (5): 443.

Anorexia nerviosa, bulimia, desórdenes de la alimentación

Gremillion, H. 1992. Psychiatry as Social Ordering: Anorexia Nervosa, a Paradigm. *Soc Sci Med* 35 (1): 57-71.

Warren, C. S., D. H. Gleaves, A. Cepeda Benito, M. del C. Fernández y S. Rodríguez Ruiz. 2005. Ethnicity as a Protective Factor against Internalization of a Thin Ideal and Body Dissatisfaction. *Int J Eat Disord* 37 (3): 241-249.

Ciclo reproductivo

- Adamu, Y. M. y H. M. Salihu. 2002. Barriers to the Use of Antenatal and Obstetric Care Services in Rural Kano, Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 22 (6): 600-603.
- Breitkopf, C. R., J. Catero, J. Jaccard y S. B. Berenson. 2004. Psychological and Sociocultural Perspectives on Follow-Up of Abnormal Papanicolaou Results. *Obstet Gynecol* 104 (6): 1347-1354.
- Callister, L. C. y A. Birkhead. 2002. Acculturation and Perinatal Outcomes in Mexican Immigrant Childbearing Women: An Integrative. *J Perinat Neonatal Nurs* 16 (3): 22-38.
- Ezegwui, H. U. y E. E. Nwogu Ikojo. 2005. Vesico-Vaginal Fistula in Eastern Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 25 (6): 589-591.
- Leipert, B. D. y L. Reutter. 2005. Women's Health in Northern British Columbia: The Role of Geography and Gender. *Can J Rural Med* 10 (4): 241-253.
- Schulpen, T. W., J. E. van Steenberg, H. F. van Driel. 2001. Influences of Ethnicity on Perinatal and Child Mortality in the Netherlands. *Arch Dis Child* 84 (3): 222-226.
- Stewart, M. K., C. K. Stanton, M. Festin y N. Jacobson. 1996. Issues in Measuring Maternal Morbidity: Lessons from the Philippines Safe Motherhood Survey Project. *Stud Fam Plann* 27 (1): 29-35.
- Vangen, S., C. Stoltenberg, R. E. Johansen, J. Sundby y B. Stray Pedersen. 2002. Perinatal Complications among Ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 81 (4): 317-322.

Fertilidad

- Faye, O, J. C. Moreau, S. M. Agonhessou, E. O. Faye, M. Badiane y J. M. Afoutou. 2000. Valor de las pruebas de esperma postcoital y citológico en la esterilidad conyugal en Senegal. *Dakar Med* 45 (2): 138-140. (En francés).

- Inhorn, M. C. y K. A. Buss. 1994. Ethnography, Epidemiology and Infertility in Egypt. *Soc Sci Med* 39 (5): 671-686.
- Leke, R. J., J. A. Oduma, S. Bassol Mayagoitia, A. M. Bacha y K. M. Grigor. 1993. Regional and Geographical Variations in Infertility: Effects of Environmental, Cultural, and Socioeconomic Factors. *Environ Health Perspect* 101 Suppl 2: 73-80.
- Maharatna, A. 2000. Fertility, Mortality and Gender Bias among Tribal Population: An Indian Perspective. *Soc Sci Med* 50 (10): 1333-1351.
- Pendleton, B. F. 1976. A Conceptual Model for the Identification, Organization, and Measure of Influence of Fertility Policies and Programs. *Soc Biol* 23 (4): 326-340.
- Schmid, J., S. Kirchengast, E. Vytiska Binstorfer y J. Huber. 2004. Psychosocial and Sociocultural Aspects of Infertility: A Comparison between Austrian Women and Immigrant Women. *Anthropol Anz* 62 (3): 301-309.
- Vitzthum, V. J. y A. S. Wiley. 2003. The Proximate Determinants of Fertility in Populations Exposed to Chronic Hypoxia. *High Alt Med Biol* 4 (2): 125-139.

Ciclo menstrual

- Marván, M. L., A. Vacio y G. Espinosa Hernández. 2003. Menstrual-Related Changes Expected by Premenarcheal Girls Living in Rural and Urban Areas of Mexico. *Soc Sci Med* 56 (4): 863-868.
- _____, M. Díaz Erosa y A. Montesinos. 1998. Premenstrual Symptoms in Mexican Women with Different Educational Levels. *J Psychol* 132 (5): 517-526.
- Monagle, L., A. Dan, V. Krogh, F. Jossa, E. Farinero y M. Trevisan. 1993. Perimenstrual Symptom Prevalence Rates: An Italian-American Comparison. *Am J Epidemiol* 138 (12): 1070-1081.
- Shye, D. y B. Jaffe. 1991. Prevalence and Correlates of Perimenstrual Symptoms: A Study of Israeli Teenage Girls. *J Adolesc Health*. 12 (3): 217-224.

Stout, A. L., T. A. Grady, J. F. Steege, D. G. Blazer, L. K. George y M. L. Melville. 1986. Premenstrual Symptoms in Black and White Community Samples. *Am J Psychiatry* 143 (11): 1436-1439.

Anticoncepción y aborto

Agadjanian, V. 2000. Is "Abortion Culture" Fading in the Former Soviet Union? Views about Abortion and Contraception in Kazakhstan. *Stud Fam Plann* 33 (3): 237-248.

Hunt, K. y E. Annandale. 1990. Predicting Contraceptive Method Usage among Women in West Scotland. *J Biosoc Sci* 22 (4): 405-421.

Kuss, T. 1997. Family Planning Experiences of Vietnamese Women. *J Community Health Nurs* 14 (3): 155-168.

Odejide, T. O. 1986. Offering an Alternative to Illegal Abortion in Nigeria. *New Era Nurs Image Int* 2 (2): 39-42.

Embarazo

Boyce, W. T., C. Schaefer, H. R. Harrison, W. H. Haffner, M. Lewis y A. L. Wright. 1986. Social and Cultural Factors in Pregnancy Complications among Navajo Women. *Am J Epidemiol* 124 (2): 242-253.

Brindis, C. 1992. Adolescent Pregnancy Prevention for Hispanic Youth: The Role of Schools, Families, and Communities. *J Sch Health* 62 (7): 345-351.

Chandler, S. H., E. R. Alexander y K. K. Holmes. 1985. Epidemiology of Cytomegaloviral Infection in a Heterogeneous Population of Pregnant Women. *J Infect Dis* 152 (2): 249-256.

Chelala, C. 2000. Concern Grows about Adolescent Pregnancy in Cape Verde. *Lancet* 355 (9198): 128.

Corbett, R. W., C. Ryan y S. P. Weinrich. 2003. Pica in Pregnancy: Does it Affect Pregnancy Outcomes? *MCN Am J Matern Child Nurs* 28 (3): 183-189; prueba 190-191.

Ekeroma, A. J., E. D. Craig, A. W. Stewart, C. D. Mantell y E. A. Mitchell. 2004. Ethnicity and Birth Outcome: New Zealand Trends 1980-2001. Part 3.

- Pregnancy Outcomes for Pacific Women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 44 (6): 541-544.
- Leszczynska Gorzelak, B., J. J. Oleszczuk, A. Kiczynska, H. Sawulicka Oleszczuk y L. G. Keith. 2000. Peculiaridades del embarazo múltiple: epidemiología. *Ginekol Pol* 71 (11): 1327-1333. (En polaco).
- Madan, A., L. Palaniappan, G. Urizar, Y. Wang, S. P. Fortmann y J. B. Gould. 2006. Sociocultural Factors that Affect Pregnancy Outcomes in Two Dissimilar Immigrant Groups in the United States. *J Pediatr* 148 (3): 341-346.
- Ramesh, A. S. 1978. Some Demographic Aspects of Pregnancy Histories of Sterilized Women in the Mission Hospitals of Karnataka. *Int J Gynaecol Obstet* 15 (4): 347-352.
- Rini, C. K., C. Dunkel Schetter, P. D. Wadhwa y C. A. Sandman. 1999. Psychological Adaptation and Birth Outcomes: The Role of Personal Resources, Stress, and Sociocultural Context in Pregnancy. *Health Psychol* 18 (4): 333-345.
- Vallianatos, H., E. A. Brennand, K. Raine, Q. Stephen, B. Petawabano, D. Dannenbaum y N. D. Willows. 2006. Beliefs and Practices of First Nation Women about Weight Gain during Pregnancy and Lactation: Implications for Women's Health. *Can J Nurs Res* 38 (1): 102-119.

Parto

- Balcázar, H., C. Aoyama y X. Cai. 1991. Interpretative Views on Hispanics' Problems of Low Birth Weight and Prenatal Care. *Public Health Rep* 106 (4): 420-426.
- Callister, L. C. y R. Vega. 1998. Giving Birth: Guatemalan Women's Voices. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* May-Jun; 27 (3): 289-295.
- Dowling, P. T. y M. Fisher. 1987. Maternal Factors and Low Birthweight Infants: A Comparison of Blacks with Mexican-Americans. *J Fam Pract* 25 (2): 153-158. Fe de erratas en: *J Fam Pract* 1988, 27 (5): 551.
- Faller, H. S. 1992. Hmong Women: Characteristics and Birth Outcomes, 1990. *Birth* 19 (3): 144-148; discusión: 148-150.

- Fung, K. P., T. W. Wong y S. P. Lau. 1989. Ethnic Determinants of Perinatal Statistics of Chinese: Demography of China, Hong Kong and Singapore. *Int J Epidemiol* 18 (1): 127-131.
- Gaviria, M., G. Stern y S. L. Schensul. 1982. Sociocultural Factors and Perinatal Health in a Mexican-American Community. *J Natl Med Assoc* 74 (10): 983-989.
- Hsu, M. T., Y. F. Tseng, J. M. Banks y L. L. Kuo. 2004. Interpretations of Stillbirth. *J Adv Nurs* 47 (4): 408-416.
- Lefkarites, M. P. 1992. The Sociocultural Implications of Modernizing Childbirth among Greek Women on the Island of Rhodes. *Med Anthropol* 13 (4): 385-412.
- León Carmona, J. C., L. A. Hernández Álvarez y M. A. Hernández Hernández. 2002. Efecto de los factores socioculturales en la morbilidad materna y perinatal con o sin mortalidad entre adolescentes estudiados en tres estados de la República Mexicana. *Ginecol Obstet Mex* 70: 320-327.
- Pascual, J., J. E. Dipierri, E. Alfaro y C. García Moro. 2002. Birth Seasonality in Jujeno (North-West Argentina) Altitude Populations. *J Biosoc Sci* 34 (2): 249-358.
- Xu, B. y P. Rantakallio. 1998. Low Birth Weight in China and Finland. *Scand J Soc Med* 26 (1): 10-17.

Puerperio

- Boyce, W. T., C. Schaefer, H. R. Harrison, W. H. Haffner, M. Lewis y A. L. Wright. 1989. Sociocultural Factors in Puerperal Infectious Morbidity among Navajo Women. *Am J Epidemiol* 129 (3): 604-615.
- Fatoye, F. O. y O. B. Fasubaa. 2002. Post-Partum Mental Disorders: Pattern and Problems of Management in Wesley Guild Hospital, Ilesa, Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 22 (5): 508-512.
- Hung, C. H. y H. H. Chung. 2001. The Effects of Postpartum Stress and Social Support on Postpartum Women's Health Status. *J Adv Nurs* 36 (5): 676-684.

Mortalidad materna

- Anónimo. 1992. Barriers to Treatment of Obstetric Emergencies in Rural Communities of West Africa. The Prevention of Maternal Mortality Network. *Stud Fam Plann* 23 (5): 279-291.
- Ba, M. G., B. Kodio y J. F. Etard. 2003. Autopsia verbal para medir la mortalidad materna en el Senegal rural. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (París)*. Dec; 32 (8 Pt 1): 728-735. (En francés).
- Chiwuzie, J., S. Braimoh, J. Unuigbo y P. Olumeko. 1995. Causes of Maternal Mortality in a Semi-Urban Nigerian Setting. *World Health Forum* 16 (4): 405-408.

Lactancia materna

- Criado Rodríguez, E., M. C. Esquilas Martín y P. San Román Muñoz. 1998. Lactancia materna. Retos y condicionantes sanitarios y socioculturales. Estrategia educativa. *Rev Enferm* 21 (234 Suppl): 56-63.
- Davies Adetugbo, A. A. 1997. Sociocultural Factors and the Promotion of Exclusive Breastfeeding in Rural Yoruba Communities of Osun State, Nigeria. *Soc Sci Med* 45 (1): 113-125.
- Gribble, K. D. 2004. The Influence of Context on the Success of Adoptive Breastfeeding: Developing Countries and the West. *Breastfeed Rev* 12 (1): 5-13.
- Higginbottom, G. M. 2000. Breast-Feeding Experiences of Women of African Heritage in the United Kingdom. *J Transcult Nurs* 11 (1): 55-63.
- Hostalot Abas, A. M., A. Sorni Hubrecht, L. Jovani Roda, J. Rosal Roig, J. Merce Gratacos, J. Iglesias Niubo, F. Arino Cedo, T. Castillo Herrera, M. J. López Sánchez, C. Monllao García, M. P. Querol Vidal, M. Arasa Subero y M. Ríos Alcolea. 2001. La lactancia materna en el sur de Cataluña. Análisis epidemiológico de factores socioculturales y de salud que influyen en la elección y duración. *An Esp Pediatr* 54 (3): 297-302. (En español). Fe de erratas en: *An Esp Pediatr* 55 (1): 19.
- Rodríguez García, R. y L. A. Schaefer. 1991. Nuevos conceptos de la lactancia materna, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. *Bol Oficina Sanit Panam* 111 (1): 1-15.

- Rodríguez García, R. y L. Frazier. 1995. Cultural Paradoxes relating to Sexuality and Breastfeeding. *J Hum Lact* 11 (2): 111-115.
- Rossiter, J. C., H. Ledwidge y L. Coulon. 1993. IndoChinese Women's Breastfeeding Practices following Immigration to Sydney: A Pilot Study. *Aust J Adv Nurs* 10 (3): 3-9.
- Tarrant, M., J. E. Dodgson y S. Tsang Fei. 2002. Initiating and Sustaining Breastfeeding in Hong Kong: Contextual Influences on New Mothers' Experiences. *Nurs Health Sci* 4 (4): 181-191.

Menopausia

- Barile, L. A. 1997. Theories of Menopause. Brief Comparative Synopsis. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 35 (2): 36-39.
- Carolan, M. 2000. Menopause: Irish Women's Voices. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 29 (4): 397-404.
- Diczfalusy, E. 1986. Menopause, Developing Countries and the 21st Century. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 134:45-57.
- Li, S., E. S. Carlson, D. Snyder y K. Holm. 1995. Perspectives on Menopause. *Clin Nurse Spec* 9 (3): 145-148.
- McMaster, J., M. Pitts y G. Poyah. 1997. The Menopausal Experiences of Women in a Developing Country: "There Is a Time for Everything: To Be a Teenager, a Mother and a Granny". *Women Health* 26 (4): 1-13.

Problemas gerontológicos, incluido Alzheimer-demencia

- Blay, S. L., H. Bickel y B. Cooper. 1991. Mental Illness in a Cross-National Perspective. Results from a Brazilian and a German Community Survey among the Elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 26 (6): 245-251.
- Cornman, J. C., S. M. Lynch, N. Goldman, M. Weinstein y H. S. Lin. 2004. Stability and Change in the Perceived Social Support of Older Taiwanese Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 59 (6): S350-S357.
- Dilworth Anderson, P., S. Thaker y J. M. Burke. 2005. Recruitment Strategies for Studying Dementia in Later Life among Diverse Cultural Groups. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 19 (4): 256-260.

- Eschbach, K., G. V. Ostir, K. V. Patel, K. S. Markides y J. S. Goodwin. 2004. Neighborhood Context and Mortality among Older Mexican Americans: Is There a Barrio Advantage? *Am J Public Health* 94 (10): 1807-1812.
- Farrag, A., H. M. Farwiz, E. H. Khedr, R. M. Mahfouz y S. M. Omran. 1998. Prevalence of Alzheimer's Disease and Other Dementing Disorders: Assiut-Upper Egypt Study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 9 (6): 323-328.
- Fountoulakis, K. N., M. Tsolaki, H. Paulopoulos y A. Kazis. 2000. Validation of the Epidemiological Dementia Index in Geriatric Outpatients. *Int Psychogeriatr* 12 (2): 195-208.
- Guerrero Jr., M. y P. L. Heller. 2003. Sociocultural Limits in Informed Consent in Dementia Research. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 17 Suppl 1: S26-S30.
- Hashizume, Y. 2000. Gender Issues and Japanese Family-Centered Caregiving for Frail Elderly Parents or Parents-in-Law in Modern Japan: From the Sociocultural and Historical Perspectives. *Public Health Nurs* 17 (1): 25-31.
- . 1998. Salient Factors that Influence the Meaning of Family Caregiving for Frail Elderly Parents in Japan from a Historical Perspective. *Sch Inq Nurs Pract* 12 (2): 123-134; discusión: 135-141.
- Henderson, J. N. y J. W. Traphagan. 2005. Cultural Factors in Dementia: Perspectives from the Anthropology of Aging. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 19 (4): 272-274.
- Henderson, K. A. y B. E. Ainsworth. 2003. A Synthesis of Perceptions about Physical Activity among Older African American and American Indian Women. *Am J Public Health* 93 (2): 313-317.
- . 2000. Sociocultural Perspectives on Physical Activity in the Lives of Older African American and American Indian Women: A Cross Cultural Activity Participation Study. *Women Health* 31 (1): 1-20.
- Ihezue, U. H. y E. Okpara. 1989. Psychiatric Disorders of Old Age in Enugu, Nigeria. Sociodemographic and Clinical Characteristics. *Acta Psychiatr Scand* 79 (4): 332-337.

- Landau, R. y H. Litwin. 2000. The Effects of Extreme Early Stress in Very Old Age. *J Trauma Stress* 13 (3): 473-487.
- Liu, H. C., J. L. Fuh, S. J. Wang, C. Y. Liu, E. B. Larson, K. N. Lin, H. C. Wang, P. Chou, Z. A. Wu, C. H. Lin, P. N. Wang y E. L. Teng. 1998. Prevalence and Subtypes of Dementia in a Rural Chinese Population. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 12 (3): 127-134.
- Melillo, K. D., E. Williamson, S. C. Houde, M. Futrell, C. Y. Read y M. Campasano. 2001. Perceptions of Older Latino Adults regarding Physical Fitness, Physical Activity, and Exercise. *J Gerontol Nurs* 27 (9): 38-46.
- Ohayon, M. M. 2004. Interactions between Sleep Normative Data and Sociocultural Characteristics in the Elderly. *J Psychosom Res* 56 (5): 479-586.
- Pawson, I. G. y G. Janes. 1982. Biocultural Risks in Longevity: Samoans in California. *Soc Sci Med* 16 (2): 183-190.
- Perkowski, L. C., C. A. Stroup Benham, K. S. Markides, M. J. Lichtenstein, R. J. Angel, J. M. Guralnik y J. S. Goodwin. 1998. Lower-Extremity Functioning in Older Mexican Americans and its Association with Medical Problems. *J Am Geriatr Soc* 46 (4): 411-418.
- Pollitt, P. A. 1996. Dementia in Old Age: An Anthropological Perspective. *Psychol Med* 26 (5): 1061-1074.
- Poveda, A. M. 2003. An Anthropological Perspective of Alzheimer Disease. *Geriatr Nurs* 24 (1): 26-31.
- Schiavenato, M. 1997. The Hispanic Elderly: Implications for Nursing Care. *J Gerontol Nurs* 23 (6): 10-15.
- Taietz, P. 1987. Sociocultural Integration of Older American Residents of Paris. *Gerontologist* 27 (4): 464-470.
- Van den Brink, C. L., M. Tjhuis, S. Kalmijn, N. S. Klazinga, A. Nissinen, S. Giampaoli, P. Kivinen, D. Kromhout y G. A. van den Bos. 2003. Self-Reported Disability and its Association with Performance-Based Limitation in Elderly Men: A Comparison of Three European Countries. *J Am Geriatr Soc* 51 (6): 782-788.

Violencia, incluidos homicidio y abuso infantil

- Barnes, S. Y. 1999. Theories of Spouse Abuse: Relevance to African Americans. *Issues Ment Health Nurs* 20 (4): 357-371.
- Choi, M. y J. Harwood. 2004. A Hypothesized Model of Korean Women's Responses to Abuse. *J Transcult Nurs* 15 (3): 207-216.
- Gudjonsson, G. H. y H. Petursson. 1990. Homicide in the Nordic Countries. *Acta Psychiatr Scand* 82 (1): 49-54.
- Hahm, H. C y N. B. Guterman. 2001. The Emerging Problem of Physical Child Abuse in South Korea. *Child Maltreat* 6 (2): 169-179.
- Haj-Yahia, M. M. 2000. Wife Abuse and Battering in the Sociocultural Context of Arab Society. *Fam Process* 39 (2): 237-255.
- y R. Shor. 1995. Child Maltreatment as Perceived by Arab Students of Social Science in the West Bank. *Child Abuse Negl* 19 (10): 1209-1219.
- Howard, D. E. 1996. Searching for Resilience among African-American Youth Exposed to Community Violence: Theoretical Issues. *J Adolesc Health* 18 (4): 254-262.
- Kantor, G. K., J. L. Jasinski y E. Aldarondo. 1994. Sociocultural Status and Incidence of Marital Violence in Hispanic Families. *Violence Vict* 9 (3): 207-222.
- Liang, B., L. Goodman, P. Tummala Narra y S. Weintraub. 2005. A Theoretical Framework for Understanding Help-Seeking Processes among Survivors of Intimate Partner Violence. *Am J Community Psychol* 36 (1-2): 71-84.
- Mantak, F. J. 1995. Creating an Alternative Framework for Preventing Rape: Applying Haddon's Injury Prevention Strategies. *J Public Health Policy* 16 (1): 13-28.
- Paulozzi, L. J., L. E. Saltzman, M. P. Thompson y P. Holmgreen. 2001. Surveillance for Homicide among Intimate Partners: United States, 1981-1998. *MMWR CDC Surveill Summ* 50 (3): 1-15.
- Petridou, E., A. Browne, E. Lichter, X. Dedoukou, D. Alexe y N. Dessypris. 2002. What Distinguishes Unintentional Injuries from Injuries Due to

- Intimate Partner Violence: A Study in Greek Ambulatory Care Settings. *Inj Prev* 8 (3): 197-201.
- Raja, M., A. Azzoni y L. Lubich. 1997. Aggressive and Violent Behavior in a Population of Psychiatric Inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32 (7): 428-434.
- Roer Strier, D. 2001. Reducing Risk for Children in Changing Cultural Contexts: Recommendations for Intervention and Training. *Child Abuse Negl* 25 (2): 231-248.
- Sethuraman, K., R. Lansdown y K. Sullivan. 2006. Women's Empowerment and Domestic Violence: The Role of Sociocultural Determinants in Maternal and Child Undernutrition in Tribal and Rural Communities in South India. *Food Nutr Bull* 27 (2): 128-143.
- Singh, H. S., W.W.Yiing, H. N. Nurani. 1996. Prevalence of Childhood Sexual Abuse among Malaysian Paramedical Students. *Child Abuse Negl* 20 (6): 487-492.
- Winston, A. S. y M. Peters. 2000. On the Presentation and Interpretation of International Homicide Data. *Psychol Rep* 86 (3 Pt 1): 865-871.
- Zunzunegui, M. V., J. M. Morales y V. Martínez. 1997. Maltrato infantil: factores socioeconómicos y estado de salud. *An Esp Pediatr* 47 (1): 33-41.

Problemas neurológicos

- Al-Lamki, Z. y C. Ohlin. 1991. A Community-Based Study of Childhood Handicap in Oman. *J Trop Pediatr* 38 (6): 314-316.
- Arborio, S., Y. Jaffre, G. Farnarier, O. Doumbo y J. P. Dozon. 1999. Kirikirimasién (epilepsia) en Mali: dimensiones etiológicas y nosológicas. *Med Trop (mars)* 59 (2): 176-180. (En francés).
- . y J. P. Dozon. 2000. Relevancia sociocultural de la epilepsia (kirikirimasién) en un área rural de Bambara (Mali). *Bull Soc Pathol Exot* 93 (4): 241-246. (En francés).
- BaHammam, A., E. AlFaris, S. Shaikh y A. Bin Saeed. 2006. Prevalence of Sleep Problems and Habits in a Sample of Saudi Primary School Children. *Ann Saudi Med* 26 (1): 7-13.

- Erkin, G., C. Aybay, M. Kurt, I. Keles, A. Cakci y S. Ozel. 2005. The Assessment of Functional Status in Turkish Children with Cerebral Palsy (A Preliminary Study). *Child Care Health Dev* 31 (6): 719-7125. Fe de erratas en: *Child Care Health Dev* 2006, 32 (1): 135.
- Farrag, A. K. y A. R. El-Behary. 1990. Specific Reading Disability in Egyptian Children. Clinical Picture, Diagnosis and Prognosis. *Neuroepidemiology* 9 (1): 50-56.
- Jain, S. 2005. Priority of Epilepsy Research in Asia. *Epilepsia* 46 Suppl 1:46-47.
- Li, R. H., Y. K. Wing, S. C. Ho y S. Y. Fong. 2002. Gender Differences in Insomnia: A Study in the Hong Kong Chinese Population. *J Psychosom Res* 53 (1): 601-609.
- Mitchell, W. G., L. M. Scheier y S. A. Baker. 2000. Adherence to Treatment in Children with Epilepsy: Who Follows "Doctor's Orders"? *Epilepsia* 41 (12): 1616-1625.
- . 1994. Psychosocial, Behavioral, and Medical Outcomes in Children with Epilepsy: A Developmental Risk Factor Model using Longitudinal Data. *Pediatrics* 94 (4 Pt 1): 471-477.
- Ndiaye, I. P., M. Ndiaye y D. Tap. 1983. Sociocultural Aspects of Epilepsy in Africa. *Prog Clin Biol Res* 124:345-351.
- Nubukpo, P., P. M. Preux, J. P. Clement, D. Houinato, M. Tuillas, C. Aubreton, A. Radji, E. K. Grunitzky, G. Avode y P. Tapie. 2003. Comparación entre actitudes socioculturales respecto a la epilepsia en Limousin (Francia), en Togo y en Benín (África). *Med Trop (mars)* 63 (2): 143-150. (En francés).
- Obi, J. O., N. A. Ejeheri y W. Alakija. 1994. Childhood Febrile Seizures (Benin City Experience). *Ann Trop Paediatr* 14 (3): 211-214.
- Ostrosky Solís, F., L. Quintanar y A. Ardila. 1989. Detection of Brain Damage: Neuropsychological Assessment in a Spanish Speaking Population. *Int J Neurosci* 49 (3-4): 141-149.
- Rona, R. J., L. Li, M. C. Gulliford y S. Chinn. 1998. Disturbed Sleep: Effects of Sociocultural Factors and Illness. *Arch Dis Child* 78 (1): 20-25.

Seneviratne, U., P. Rajapakse, R. Pathirana y T. Seetha. 2002. Knowledge, Attitude, and Practice of Epilepsy in Rural Sri Lanka. *Seizure* 11 (1): 40-43.

Shorvon, S. D. y P. J. Farmer. 1988. Epilepsy in Developing Countries: A Review of Epidemiological, Sociocultural, and Treatment Aspects. *Epilepsia* 29 Suppl 1: S36-S54.

Problemas congénitos

Aguiar, G. F. y W. A. Neves. 1991. Postmarital Residence and Within-Sex Genetic Diversity among the Urubu-Ka'apor Indians, Brazilian Amazon. *Hum Biol* 63 (4): 467-488.

Bennett, K. A. y F. S. Hulse. 1982. Shifting Patterns of Sex Dimorphism in Three Japanese Populations. *Ann Hum Biol.* 9 (5): 441-452.

Calderón, R., B. Morales, J. A. Peña y J. Delgado. 1995. Sex Linked versus Autosomal Inbreeding Coefficient in Close Consanguineous Marriages in the Basque Country and Castile (Spain): Genetic Implications. *J Biosoc Sci* 27 (4): 379-391.

Castro de Guerra, D., H. Arvelo, A. Rodríguez Larralde, F. M. Salzano. 1996. Genetic Study in Panaquire, a Venezuelan Population. *Hum Hered* 46 (6): 323-328.

King, H., P. Zimmet, P. Bennett, R. Taylor, L. R. Raper. 1984. Glucose Tolerance and Ancestral Genetic Admixture in Six Semitraditional Pacific Populations. *Genet Epidemiol* 1 (4): 315-328.

Síndromes de filiación cultural

Bartholomew, R. E. 1990. Ethnocentricity and the Social Construction of 'Mass Hysteria'. *Cult Med Psychiatry* 14 (4): 455-494.

Cheng, S. T. 1996. A Critical Review of Chinese Koro. *Cult Med Psychiatry*. 20 (1): 67-82.

Davis, D. L. y R. G. Whitten. 1988. Medical and Popular Traditions of Nerves. *Soc Sci Med* 26 (12): 1209-1221.

- Juntunen, A. 2005. Baridi: A Culture-Bound Syndrome among the Bena Peoples in Tanzania. *J Transcult Nurs* 16 (1): 15-22.
- Nations, M. 1992. The Child's Disease (Doença de criança): Popular Paradigm of Persistent Diarrhea? *Acta Paediatr Suppl* 381: 55-65.
- Nubukpo, P., J. P. Clement, E. K. Grunitzky, J. M. Leger y M. Dumas. 2005. Aspectos epidemiológicos, clínicos y etiológicos en los episodios de delirio agudo (EDA) en Togo: hallazgos en un estudio hospitalario. *Med Trop (mars)* 65 (2): 137-142. (En francés).
- Patel, V., E. Simunyu y F. Gwanzura. 1995. Kufungisisa (Thinking Too Much): A Shona Idiom for Non-Psychotic Mental Illness. *Cent Afr J Med* 41 (7): 209-215.
- Salgado de Snyder, V. N., M. J. Díaz Pérez y V. D. Ojeda. 2000. The Prevalence of Nervous and Associated Symptomatology among Inhabitants of Mexican Rural Communities. *Cult Med Psychiatry* 24 (4): 453-470.
- Tseng, W. S., K. M. Mo, J. Hsu, L. S. Li, L. W. Ou, G. Q. Chen, D. W. Jiang. 1988. A Sociocultural Study of Koro Epidemics in Guangdong, China. *Am J Psychiatry* 145 (12): 1538-1543.
- Westermeyer, J. 1989. A Case of Koro in a Refugee Family: Association with Depression and Folie a Deux. *J Clin Psychiatry* 50 (5): 181-183.

Dolor y manifestaciones subjetivas de enfermedad

- Abduljabbar, M., A. Ogunnanyi, S. al Balla, S. Alballa y A. al-Dalaan. 1996. Prevalence of Primary Headache Syndrome in Adults in the Qassim Region of Saudi Arabia. *Headache* 36 (6): 385-388.
- Al-Rajeh, S., O. Bademosi, H. Ismaii y A. Awada. 1990. Headache Syndromes in the Eastern Province of Saudi Arabia. *Headache* 30 (6): 359-362.
- Bastos, S. B., N. de Almeida Filho y V. S. Santana. 1993. Prevalencia del dolor de cabeza como síntoma en un área urbana de Salvador, Bahía. *Arq Neuropsiquiatr* 51 (3): 307-312. (En portugués).
- Cedraschi, C., E. Perrin y W. Fischer. 1997. Evaluating a Primary Prevention Program in a Multicultural Population: The Importance of Representations of Back Pain. *Arthritis Care Res* 10 (2): 111-120.

- Gran, J. T. 2003. The Epidemiology of Chronic Generalized Musculoskeletal Pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 17 (4): 547-561.
- Jongudomkarn, D., N. Aungsupakorn y L. Camfield. 2006. The Meanings of Pain: A Qualitative Study of the Perspectives of Children Living with Pain in North-Eastern Thailand. *Nurs Health Sci* 8 (3): 156-163.
- Klimidis, S., I. H. Minas y K. Yamamoto. 2001. Impact of Illness Scale: Reliability, Validity, and Cross-Cultural Utility. *Compr Psychiatry* 42 (5): 416-423.
- Maxwell, K., A. Streetly y D. Bevan. 1999. Experiences of Hospital Care and Treatment Seeking for Pain from Sickle Cell Disease: Qualitative Study. *BMJ* 318 (7198): 1585-1590.
- Sabbioni, M. E. y S. Eugster. 2001. Interactions of a History of Migration with the Course of Pain Disorder. *J Psychosom Res* 50 (5): 267-269.
- Skovron, M. L., M. Szpalski, M. Nordin, C. Melot y D. Cukier. 1994. Sociocultural Factors and Back Pain. A Population-Based Study in Belgian Adults. *Spine* 19 (2): 129-137.
- Valero, J., P. Palacios, A. Vázquez Barro, E. López Suso y D. Carpintero. 1995. Estudio de la prevalencia del dolor en el Hospital Juan Canalejo en La Coruña. *An Med Interna* 12 (12): 584-588.
- Weisenberg, M. y Z. Caspi. 1989. Cultural and Educational Influences on Pain of Childbirth. *J Pain Symptom Manage* 4 (1): 13-19.

Problemas traumatológicos

- Batra, A. K. 2003. Burn Mortality: Recent Trends and Sociocultural Determinants in Rural India. *Burns* 29 (3): 270-275.
- Boukind, E. H., N. Chafiki, S. Terrab, F. Alibou, N. Bahechar y N. O. Zerouali. 1995. Aetiology of Burn Injuries in Childhood in Casablanca, Morocco: Epidemiological Data and Preventive Aspects. *Burns* 21 (5): 349-351.
- Celis, A., Z. Gómez Lomelí y J. Armas. 2003. Tendencias de mortalidad por traumatismos y envenenamientos en adolescentes. México, 1979-1997. *Salud Pública Méx* 45 (Suppl 1): S8-S15.

- Ganesan, K., D. Pan, S. Teklehaimenot y K. Norris. 2005. Racial Differences in Institutionalization after Hip Fractures: California Hospital Discharge Data. *Ethn Dis* 15 (4 Suppl 5): S5-30-33.
- Glik, D., J. Kronenfeld y K. Jackson. 1991. Predictors of Risk Perceptions of Childhood Injury among Parents of Preschoolers. *Health Educ Q* 18 (3): 285-301.
- Inklaar, H. 1994. Soccer Injuries. I: Incidence and Severity. *Sports Med* 18 (1): 55-73.
- Rivara, F. P. 1982. Epidemiology of Childhood Injuries. I. Review of Current Research and Presentation of Conceptual Framework. *Am J Dis Child* 136 (5): 399-405.
- Tait, R. C., J. T. Chibnall, E. M. Andresen, N. M. Hadler. 2004. Management of Occupational Back Injuries: Differences among African Americans and Caucasians. *Pain* 112 (3): 389-396.
- Yeates, K. O., H. G. Taylor, S. E. Woodrome, S. L. Wade, T. Stancin y D. Drotar. 2002. Race as a Moderator of Parent and Family Outcomes following Pediatric Traumatic Brain Injury. *J Pediatr Psychol* 27 (4): 393-403.

Otras patologías

- Acedo, M. J. V. A. da Costa, N. C. Polimeno y C. S. Bertuzzo. 2002. Seguimiento del programa de hemoglobinopatías basado en donantes de sangre de Bragança Paulista, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 18 (6): 1799-1802. (En portugués).
- Castillo, R., J. Delgado, J. Quiralte, C. Blanco y T. Carrillo. 1996. Food Hypersensitivity among Adult Patients: Epidemiological and Clinical Aspects. *Allergol Immunopathol (Madr)* 24 (3): 93-97.
- Cayan, S., E. Akbay, M. Bozlu, B. Canpolat, D. Acar y E. Ulusoy. 2004. The Prevalence of Female Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors that May Impair Sexual Function in Turkish Women. *Urol Int* 72 (1): 52-57.
- Dahan, J. y S. Vannerem. 1985. La implicación sociocultural en la percepción oral: un intento de diagnóstico estereognóstico. *Orthod Fr* 56 (2): 381-397. (En francés).

- Diehl, A. K., T. J. Westwick, R. G. Badgett, N. J. Sugarek y K. H. Todd. 1993. Clinical and Sociocultural Determinants of Gallstone Treatment. *Am J Med Sci* 305 (6): 383-386.
- Diop, S., M. Cisse, A. O. Toure Fall, D. Thiam, K. Fall, M. Gadjji y L. Diakhate. 1999. Drepanocitosis homocigótica en Dakar: efecto del nivel de hemoglobina F y factores socioculturales y económicos. *Dakar Med* 44 (2): 171-174. (En francés).
- Dodge, B., T. G. Sandfort, W. L. Yarber y J. de Wit. 2005. Sexual Health among Male College Students in the United States and the Netherlands. *Am J Health Behav* 29 (2): 172-182.
- Eriksen, H. M., M. D. Marques, E. Bjertness y B. Moe. 1996. Dental Caries Determinants in an Adult Portuguese Population and a Comparison with Norwegian Adults. *Acta Odontol Scand* 54 (1): 49-54.
- García Moreno, J. y L. M. Solano Sainos. 2005. Aceptación y rechazo de la vasectomía entre varones rurales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 43 (3): 205-214.
- Garrett, J. E., J. Mulder y H. Wong Toi. 1989. Reasons for Racial Differences in A & E Attendance Rates for Asthma. *N Z Med J* 22; 102 (864): 121-124.
- Guerrant, R. L. 1986. Unresolved Problems and Future Considerations in Diarrheal Research. *Pediatr Infect Dis* 5 (1 Suppl): S155-S161.
- Iyun, B. F. y E. A. Oke. 2000. Ecological and Cultural Barriers to Treatment of Childhood Diarrhea in Riverine Areas of Ondo State, Nigeria. *Soc Sci Med* 50 (7-8): 953-964.
- Kandasami, P., H. Harunarashid y H. Kaur. 2002. Acute Pancreatitis in a Multi-Ethnic Population. *Singapore Med J* 43 (6): 284-288.
- Koumare, B., B. Seck, L. D'Almeida y J. Stephany. 1983. Varios hallazgos socioculturales relacionados con la impotencia sexual en Senegal. *Med Trop (mars)* 43 (2): 187-191. (En francés).
- Lam, L. W. y A. E. Mackenzie. 2002. Coping with a Child with Down Syndrome: The Experiences of Mothers in Hong Kong. *Qual Health Res* 12 (2): 223-237.

- Landoni, N., N. Chopita y A. Jmelnitzky. 1993. Esfinterotomía endoscópica. Complicaciones y seguimiento. *Acta Gastroenterol Latinoam* 23 (1): 27-31.
- . 1992. Esfinterotomía endoscópica. Complicaciones y seguimiento. *Acta Gastroenterol Latinoam* 22 (3): 155-159.
- Lara, M., H. Morgenstern, N. Duan, R. H. Brook. 1999. Elevated Asthma Morbidity in Puerto Rican Children: A Review of Possible Risk and Prognostic Factors. *West J Med* 170 (2): 75-84.
- Manson, H. 2006. The Role of the 'Lifestyle' Label and Negative Bias in the Allocation of Health Resources for Erectile Dysfunction Drugs: An Ethics-Based Appraisal. *Int J Impot Res* 18 (1): 98-103. Fe de erratas en: *Int J Impot Res* 2006, 18 (2): 221.
- Menchaca, F. J. 1973. Aspectos económicos, socioculturales y sanitarios de la diarrea aguda del niño. *Salud Pública Méx* 15 (3): 337-360.
- Nicholas, S. B., N. Tareen, A. Zadshir, D. Martins, D. Pan y K. C. Norris. 2005. Management of Early Chronic Kidney Disease in Indigenous Populations and Ethnic Minorities. *Kidney Int Suppl* (97): S78-S81.
- Nicolosi, A., D. B. Glasser, S. C. Kim, K. Marumo, E. O. Laumann; GSSAB Investigators' Group. 2005. Sexual Behaviour and Dysfunction and Help-Seeking Patterns in Adults Aged 40-80 Years in the Urban Population of Asian Countries. *BJU Int* 95 (4): 609-614.
- Norris, K. C. y L. Y. Agodoa. 2005. Unraveling the Racial Disparities Associated with Kidney Disease. *Kidney Int* 68 (3): 914-924.
- Padmadas, S. S., R. W. Stones y Z. Matthews. 2006. Dyspareunia and Urinary Sensory Symptoms in India: Population-Based Study. *J Sex Med* 3 (1): 114-120.
- Pflanz, M. 1971. Epidemiological and Sociocultural Factors in the Etiology of Duodenal Ulcer. *Adv Psychosom Med* 6: 121-151.
- Porsch Ozcurumez, M., W. Doppl, P. D. Hardt, H. Schnell Kretschmer, M. Tuncay, A. Akinci, Y. Bilgin y H. U. Klor. 2003. Impact of Migration on

- Helicobacter Pylori Seroprevalence in the Offspring of Turkish Immigrants in Germany. *Turk J Pediatr* 45 (3): 203-208.
- Rauh, V. A., G. R. Chew y R. S. Garfinkel. 2002. Deteriorated Housing Contributes to High Cockroach Allergen Levels in Inner-City Households. *Environ Health Perspect* 110 Suppl 2: 323-327. Fe de erratas en: *Environ Health. Perspect* 2002, 110 Suppl 3: 489.
- Ribeiro, A. M., R. R. Álvarez, H. Friedman, I. Campbell; Cooperative Group on Fogo Selvagem Research. 2005. The Profile of Fogo Selvagem (Endemic Pemphigus Foliaceus) at the University Hospital of Brasilia-Brazil. Epidemiological and Clinical Considerations. *Int J Dermatol* 44 (4): 293-298.
- Russo, A., M. Eboli, P. Pizzetti, G. Di Felice, F. Ravagnani, P. Spinelli A. M. Hotz, P. Notti, G. Maconi, S. Franceschi, D. Ferrari y L. Bertario. 1999. Determinants of Helicobacter Pylori Seroprevalence among Italian Blood Donors. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 11 (8): 867-873.
- Sarma, A. V., J. T. Wei, D. J. Jacobson, R. L. Dunn, R. O. Roberts, C. J. Girman, M. M. Lieber, K. A. Cooney, D. Schottenfeld, J. E. Montie, S. J. Jacobsen; Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status; Flint Men's Health Study. 2003. Comparison of Lower Urinary Tract Symptom Severity and Associated Bother between Community-Dwelling Black and White Men: The Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status and the Flint Men's Health Study. *Urology* 61 (6): 1086-1091.
- Simonetti, A., L. Sebastiani, S. Petti, F. P. Marino, A. Guglielmi y G. Paparo. 1992. La prevalencia de la caries dental en adolescentes (14 a 18 años). 2. Un estudio relativo a dos comunidades estudiantiles de diferentes clases socioculturales. *Ann Iq* 4 (1): 41-50. (En italiano).
- Storhaug, K. 1985. Caries Experience in Disabled Pre-School Children. *Acta Odontol Scand* 43 (4): 241-248.
- Szabo, L., C. Somogyi y M. Mate. 1985. Experience Based on 800,000 Newborn Screening Tests of the Budapest Phenylketonuria Centre. *Acta Paediatr Hung* 26 (2): 113-125.
- Tijmstra, T. 1981. How Successful are Surveys on the Relationship between Caries and Sociocultural Variables? *Community Dent Oral Epidemiol* 9 (5): 230-235.

- Tse, A. M., D. M. Palakiko y R. Texeira. 2005. Contrast of Pediatric Asthma Management Approaches in a Multicultural and Collectivistic Population. *J Asthma* 42 (8): 623-631.
- Von Mutius, E. 2004. Influences in Allergy: Epidemiology and the Environment. *J Allergy Clin Immunol* 113 (3): 373-379; prueba 380.
- Wilson, M. M. 2004. Urinary Incontinence: A Treatise on Gender, Sexuality, and Culture. *Clin Geriatr Med* 20 (3): 565-570, ix.

Muerte y mortalidad

- Anand, K., S. Kant, G. Kumar y S. K. Kapoor. 2000. "Development" is not Essential to Reduce Infant Mortality Rate in India: Experience from the Ballabgarh Project. *J Epidemiol Community Health* 54 (4): 247-253.
- Basu, A., R. Gupta, P. Bharati, B. Mukhopadhyay y S. K. Roy. 1985. Physical Environmental, Sociocultural and Ethnic Correlates of Human Biology in Some Populations of West Bengal, India and Neighboring Regions: Mortality Differentials. *Prog Clin Biol Res* 194: 345-365.
- Cheron, G., C. Rambaud, J. P. Bonnefont, C. Rouzioux, J. Lavaud, J. M. Saudubray y C. Nezelof. 1990. Síndrome de la muerte súbita infantil. *Ann Pediatr (París)* 37 (1): 9-12. (En francés).
- Dorsten, L. E., L. Hotchkiss y T. M. King. 1999. The Effect of Inbreeding on Early Childhood Mortality: Twelve Generations of an Amish Settlement. *Demography* 36 (2): 263-271.
- Hattori, K., M. A. McCubbin y D. N. Ishida. 2006. Concept Analysis of Good Death in the Japanese Community. *J Nurs Scholarsh* 38 (2): 165-170.
- Kemkes Grottenthaler, A. 2003. God, Faith, and Death: The Impact of Biological and Religious Correlates on Mortality. *Hum Biol* 75 (6): 897-915.
- Kyle, D., R. Sunderland, M. Stonehouse, C. Cummins y O. Ross. 1990. Ethnic Differences in Incidence of Sudden Infant Death Syndrome in Birmingham. *Arch Dis Child* 65 (8): 830-833.

Lu, T. H., C. R. Janes, M. C. Lee, M. C. Chou y T. P. Shih. 2002. High-Frequency Death Certifiers in Taiwan: A Sociocultural Product. *Soc Sci Med* 55 (9): 1663-1669.

Millán, T., F. Serani, N. A. Vargas y M. Solange Valenzuela. 1999. Características biológicas y sociales de niños fallecidos por neumonía en la Región Metropolitana de Chile, 1995. *Rev Panam Salud Pública* 6 (5): 333-341.

Pick, J. B. y E. W. Butler. 1998. Demographic, Social, and Economic Effects on Mexican Causes of Death in 1990. *Soc Biol* 45 (3-4): 151-171.

Shin, K. R., M. O. Cho y J. S. Kim. 2005. The Meaning of Death as Experienced By Elderly Women of a Korean Clan. *Qual Health Res* 15 (1): 5-18.

Salud ocupacional

D'Houtaud, A., L. Tabchi, R. Gueguen, P. Larcher y F. P. Debionne. 1983. Heterogeneidad de las características socioculturales en la categoría de los trabajadores manuales. *Cah Sociol Demogr Med* 23 (3): 225-250. (En francés).

Hoshuyama, T. 2003. El exceso de trabajo y sus efectos en la salud. Estado actual y perspectivas futuras considerando el Karoshi. *Sangyo Eiseigaku Zasshi* 45 (5): 187-193. (En japonés).

Musk, A. W., R. R. Monson, J. M. Peters y R. K. Peters. 1978. Mortality among Boston Firefighters, 1915-1975. *Br J Ind Med* 35 (2): 104-108.

Sordera y ceguera

Barnett, S. y P. Franks. 2002. Health Care Utilization and Adults Who Are Deaf: Relationship with Age at Onset of Deafness. *Health Serv Res* 37 (1): 105-120.

Fouad, D., A. Mousa y P. Courtright. 2004. Sociodemographic Characteristics Associated with Blindness in a Nile Delta Governorate of Egypt. *Br J Ophthalmol* 88 (5): 614-618.

Mason, D. y C. Ewoldt. 1996. Whole Language and Deaf Bilingual-Bicultural Education-Naturally! *Am Ann Deaf* 141 (4): 293-298.

Melese, M., W. Alemayehu, E. Friedlander y P. Courtright. 2004. Indirect Costs Associated with Accessing Eye Care Services as a Barrier to Service Use in Ethiopia. *Trop Med Int Health* 9 (3): 426-431.

Streppel, M., F. Richling, M. Walger, H. von Wedel y H. E. Eckel. 2000. Epidemiology of Hereditary Hearing Disorders in Childhood: A Retrospective Study in Germany with Special Regard to Ethnic Factors. *Scand Audiol* 29 (1): 3-9.

Woods, A. G., E. D. Peña y F. N. Martin. 2004. Exploring Possible Sociocultural Bias on the SCAN-C. *Am J Audiol* 13 (2): 173-184.

Contaminación, sedentarismo, estrés, fatiga

Brown, D. E. 1982. Physiological Stress and Culture Change in a Group of Filipino-Americans: A Preliminary Investigation. *Ann Hum Biol* 9(6): 553-563.

Egan, C. 1998. Points of View: Inuit Women's Perceptions of Pollution. *Int J Circumpolar Health* 57 Suppl 1: 550-554.

Igumnov, S. y V. Drozdovitch. 2000. The Intellectual Development, Mental and Behavioural Disorders in Children from Belarus Exposed in Utero following the Chernobyl Accident. *Eur Psychiatry* 15 (4): 244-253.

Lee, K. A., C. J. Portillo y H. Miramontes. 1999. The Fatigue Experience for Women with Human Immunodeficiency Virus. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 28 (2): 193-200.

Lindquist, C. H., K. D. Reynolds y M. I. Goran. 1999. Sociocultural Determinants of Physical Activity among Children. *Prev Med* 29 (4): 305-312.

Ruef, A. M., B.T. Litz y W. E. Schlenger. 2000. Hispanic Ethnicity and Risk for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 6 (3): 235-351.

Sargent, J. D., A. Bailey, P. Simon, M. Blake, M. A. Dalton. 1997. Census Tract Analysis of Lead Exposure in Rhode Island Children. *Environ Res* 74 (2): 159-168.

Seefeldt, V., R. M. Malina y M. A. Clark. 2002. Factors Affecting Levels of Physical Activity in Adults. *Sports Med* 32 (3): 143-168.

Thompson, J. L., P. Allen, L. Cunningham Sabo, D. A. Yazzie, M. Curtis y S. M. Davis. 2002. Environmental, Policy, and Cultural Factors Related to Physical Activity in Sedentary American Indian Women. *Women Health* 36 (2): 59-74.

Salud-enfermedad-atención referida a grupos étnicos

Arpanantikul, M. 2004. Midlife Experiences of Thai Women. *J Adv Nurs* 47 (1): 49-56.

Chin, S. Y. 1992. This, That, and the Other. Managing Illness in a First-Generation Korean-American Family. *West J Med* 157 (3): 305-309.

Ellingson, L. 2003. Women's Somatic Styles: Rethinking Breast Self-Examination Education. *Health Care Women Int* 24 (9): 759-772.

Guendelman, S., C. Malin, B. Herr Harthorn y P. N. Vargas. 2001. Orientations to Motherhood and Male Partner Support among Women in Mexico and Mexican-Origin Women in the United States. *Soc Sci Med* 52 (12): 1805-1813.

Mandara, M. U. 2004. Female Genital Mutilation in Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet* 84 (3): 291-298.

Omori, K., L. P. Greksa, P. Chomngandu, S. Noimoung y S. Sila. 1999. Morbidity and Mortality Patterns, Health Beliefs, and Health Risk Factors of Karen Highlanders of Northwest Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 30 (4): 789-803.

Thomas, S. P. y S. Atakan. 1993. Trait Anger, Anger Expression, Stress, and Health Status of American and Turkish Midlife Women. *Health Care Women Int* 14 (2): 129-143.

Vivian, C. y L. Dundes. 2004. The Crossroads of Culture and Health among the Roma (Gypsies). *J Nurs Scholarsh* 36 (1): 86-91.

Temas “no patológicos”

Asistencia médica, servicios de salud

- Bauer, H. M., M. A. Rodríguez, S. S. Quiroga y Y. G. Flores Ortiz. 2000. Barriers to Health Care for Abused Latina and Asian Immigrant Women. *J Health Care Poor Underserved* 11 (1): 33-44.
- Bossaert, L. L. 1993. The Complexity of Comparing Different EMS Systems: A Survey of EMS Systems in Europe. *Ann Emerg Med* 22 (1): 99-102.
- Buchanan, N. 1979. Self-Medication in a Developing Country. *S Afr Med J* 56 (15): 609-611.
- Coreil, J. 1983. Allocation of Family Resources for Health Care in Rural Haiti. *Soc Sci Med* 17 (11): 709-719.
- Emami, A., P. Benner y S. L. Ekman. 2001. A Sociocultural Health Model for Late-in-Life Immigrants. *J Transcult Nurs* 12 (1): 15-24.
- Epstein, R. M. y F. Borrell i Carrio. 2001. Pudor, honor, and autoridad: The Evolving Patient-Physician Relationship in Spain. *Patient Educ Couns* 45 (1): 51-57.
- Ewigman, B. y C. Kivlahan. 1987. A Medical Project in an African Village. *Fam Med* 19 (6): 426, 429, 473-474.
- Fassin, D. y C. Brousselle. 1991. Estudios sobre el acceso a la atención sanitaria en África. Problemas metodológicos. *Rev Epidemiol Sante Publique* 39 (1): 89-99. (En francés).
- García Romero, H., A. Cordera Pastor y J. Vargas Martínez. 1993. Diagnóstico situacional de las unidades médicas de Petróleos Mexicanos. *Salud Pública Méx* 35 (6): 556-562.
- Gordon, E. J. 2001. Patients' Decisions for Treatment of End-Stage Renal Disease and Their Implications for Access to Transplantation. *Soc Sci Med* 53 (8): 971-987.
- Harper, P. J. 1999. The Placebo Effect and the Hidden Benefits of Oral Medications. *Br J Nurs* 8 (9): 589-592.

- Joolae, S., A. Nikbakht Nasrabadi, Z. Parsa Yekta, V. Tschudin, I. Mansouri. 2006. An Iranian Perspective on Patients' Rights. *Nurs Ethics* 13 (5): 488-502.
- Kaplan, R. C., N. C. Bhalodkar, E. J. Brown Jr, J. White y D. L. Brown. 2004. Race, Ethnicity, and Sociocultural Characteristics Predict Noncompliance with Lipid-Lowering Medications. *Prev Med* 39 (6): 1249-1255.
- Koutis, A. D., A. Isacson, C. D. Lionis, L. H. Lindholm, K. Svenninger y M. Fioretos. 1993. Differences in the Diagnose Panorama in Primary Health Care in Dalby, Sweden and Spili, Crete. *Scand J Soc Med* 21 (1): 51-58.
- Lin, T.Y. y M. C. Lin. 1978. Service Delivery Issues in Asian-North American Communities. *Am J Psychiatry* 135 (4): 454-456.
- Mardiros, M. 1984. A View toward Hospitalization: The Mexican American Experience. *J Adv Nurs* 9 (5): 469-478.
- Mielcarek, M., T. Gooley, P. J. Martin, T. R. Chauncey, B. A. Young, R. Storb y B. Torok Storb. 2005. Effects of Race on Survival after Stem Cell Transplantation. *Biol Blood Marrow Transplant* 11 (3): 231-239.
- Phoxay, C., J. Okumura, Y. Nakamura y S. Wakai. 2001. Influence Of Women's Knowledge on Maternal Health Care Utilization in Southern Laos. *Asia Pac J Public Health* 13 (1): 13-19.
- Prabhakar, H. y R. Manoharan. 2005. The Tribal Health Initiative Model for Healthcare Delivery: A Clinical and Epidemiological Approach. *Natl Med J India* 18 (4): 197-204.
- Quesada, G. M. y P. L. Heller. 1977. Sociocultural Barriers to Medical Care among Mexican Americans in Texas: A Summary Report of Research Conducted by the Southwest Medical Sociology Ad Hoc Committee. *Med Care* 15 (5 SUPPL): 93-101.
- Reeve, M. E., N. E. Groce, J. A. Persing, S. N. Magge. 2004. An International Surgical Exchange Program for Children with Cleft Lip/Cleft Palate in Manaus, Brazil: Patient and Family Expectations of Outcome. *J Craniofac Surg* 15 (1): 170-174.

- Remennick, L. I. y R. A. Shtarkshall. 1997. Technology Versus Responsibility: Immigrant Physicians from the Former Soviet Union Reflect on Israeli Health Care. *J Health Soc Behav* 38 (3): 191-202.
- Stein, J. A., S. A. Fox y P. J. Murata. 1991. The Influence of Ethnicity, Socioeconomic Status, and Psychological Barriers on Use of Mammography. *J Health Soc Behav* 32 (2): 101-113.
- Thomas, C. J. 2002. The Context of Religiosity, Social Support and Health Locus of Control: Implications for the Health-Related Quality of Life of African-American Hemodialysis Patients. *J Health Soc Policy* 16 (1-2): 43-54.
- Ventres, W., M. Nichter, R. Reed y R. Frankel. 1993. Limitation of Medical Care: An Ethnographic Analysis. *J Clin Ethics* 4 (2): 134-145.
- Wenger, A. F. 1995. Cultural Context, Health and Health Care Decision Making. *J Transcult Nurs* 7 (1): 3-14.

Migrantes

- Bhattacharya, G. y S. L. Schoppelrey. 2004. Preimmigration Beliefs of Life Success, Postimmigration Experiences, and Acculturative Stress: South Asian Immigrants in the United States. *J Immigr Health* 6 (2): 83-92.
- Boman, B. y M. Edwards. 1984. The Indochinese Refugee: An Overview. *Aust N Z J Psychiatry* 18 (1): 40-52.
- Dreman, S. y E. Shinar E. 1996. "Aliya as a Challenge": An Innovative Workshop for the Sociocultural Integration of Immigrant Students. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 33 (1): 5-12.
- Dyck, I. 1989. The Immigrant Client: Issues in Developing Culturally Sensitive Practice. *Can J Occup Ther* 56 (5): 248-255.
- Eshel, Y. y M. Rosenthal Sokolov. 2000. Acculturation Attitudes and Sociocultural Adjustment of Sojourner Youth in Israel. *J Soc Psychol* 140 (6): 677-691.
- Evenson, K. R., O. L. Sarmiento, M. L. Macon, K. W. Tawney y A. S. Ammerman. 2002. Environmental, Policy, and Cultural Factors Related to Physical Activity among Latina Immigrants. *Women Health* 36 (2): 43-57.

- Garcés, I. C., I. C. Scarinci y L. Harrison. 2006. An Examination of Sociocultural Factors Associated with Health and Health Care Seeking among Latina Immigrants. *J Immigr Minor Health* 8 (4): 377-385.
- Guendelman, S., P. English y G. Chávez. 1995. Infants of Mexican Immigrants. Health Status of an Emerging Population. *Med Care* 33 (1): 41-52.
- Kahn, M. W. y C. Fua. 1995. Children of South Sea Island Immigrants to Australia: Factors Associated with Adjustment Problems. *Int J Soc Psychiatry* 41 (1): 55-73.
- Kosic A. 2002. Acculturation Attitudes, Need for Cognitive Closure, and Adaptation of Immigrants. *J Soc Psychol* 142 (2): 179-201.
- Leduc, N. y M. Proulx. 2004. Patterns of Health Services Utilization by Recent Immigrants. *J Immigr Health* 6 (1): 15-27.
- Norredam, M. L., A. S. Nielsen y A. Krasnik. 2006. Acceso a la atención médica para migrantes. *Ugeskr Laeger* 168 (36): 3008-3011. (En danés).
- Piplai, C. 1991. Demographic Study of one Sedentary and Two Migrant Populations of Eastern India. *Hum Biol* 63 (5): 697-710.
- Segal, U. A. y N. S. Mayadas. 2005. Assessment of Issues Facing Immigrant and Refugee Families. *Child Welfare* 84 (5): 563-583.
- Singh, G. K. y M. Siahpush. 2001. All-Cause and Cause-Specific Mortality of Immigrants and Native Born in the United States. *Am J Public Health* 91 (3): 392-399.
- Spring, M. A., P. J. Ross, N. L. Etkin y A. S. Deinard. 1995. Sociocultural Factors in the Use of Prenatal Care by Hmong Women, Minneapolis. *Am J Public Health* 85 (7): 1015-1017.
- Zielke Nadkarni, A. 1999. La comprensión de la salud, la enfermedad y la atención entre mujeres inmigrantes turcas. Un estudio empírico. *Pflege* 12 (5): 283-288. (En alemán).

Coping

- Caver, C. S., M. F. Scheier y J. K. Weintraub. 1989. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *J Pers Soc Psychol* 56 (2): 267-283.
- Chan, C. W., H. C. Hon, W. T. Chien y V. López. 2004. Social Support and Coping in Chinese Patients Undergoing Cancer Surgery. *Cancer Nurs.* 27 (3): 230-236.
- Fernander, A. F., R. E. Duran, P. G. Saab y N. Schneiderman. 2004. John Henry Active Coping, Education, and Blood Pressure among Urban Blacks. *J Natl Med Assoc* 96 (2): 246-255.
- Knight, B. G., M. Silverstein, T. J. McCallum y L. S. Fox. 2000. A Sociocultural Stress and Coping Model for Mental Health Outcomes among African American Caregivers in Southern California. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 55 (3): P142-P150.
- Prelow, H. M. J. Y. Tein, M. W. Roosa y J. Wood J. 2000. Do Coping Styles Differ across Sociocultural Groups? The Role of Measurement Equivalence in Making This Judgment. *Am J Community Psychol* 28 (2): 225-244.

Otros temas

- Kaaya, S. F., A. J. Flisher, J. K. Mbwambo, H. Schaalma, L. E. Aaro y K. I. Klepp. 2002. A Review of Studies of Sexual Behaviour of School Students in Sub-Saharan Africa. *Scand J Public Health* 30 (2): 148-160.
- Mock, J., T. Nguyen, K. H. Nguyen, N. Bui Tong y S. J. McPhee. 2006. Processes and Capacity-Building Benefits of Lay Health Worker Outreach Focused on Preventing Cervical Cancer among Vietnamese. *Health Promot Pract* Jul; 7 (3 Suppl): 223S-232S.
- Torres, J. B. 1998. Masculinity and Gender Roles among Puerto Rican Men: Machismo on the U.S. Mainland. *Am J Orthopsychiatry* 68 (1): 16-26.

Adolescentes

- Agyepong, I. A., E. K. Wellington y M. A. Abbey. 1997. A Comparative Study of Clinical and Sociocultural Aspects of Anaemia among Adolescent Girls in Rural Ghana. *Acta Trop* 65 (3): 123-138.

- Berry, G. L. 2000. Multicultural Media Portrayals and the Changing Demographic Landscape: The Psychosocial Impact of Television Representations on the Adolescent of Color. *J Adolesc Health* 27 (2 Suppl): 57-60.
- Beunen, G. P., J. Lefevre, R. M. Philippaerts, K. Delvaux, M. Thomis, A. L. Claessens, B. Vanreusel, R. Lysens, B. Vanden Eynde, R. Renson. 2004. Adolescent Correlates of Adult Physical Activity: A 26-Year Follow-Up. *Med Sci Sports Exerc* 36 (11): 1930-1936.
- Bhattacharya, G. 2002. Drug Abuse Risks for Acculturating Immigrant Adolescents: Case Study of Asian Indians in the United States. *Health Soc Work* 27 (3): 175-183.
- Brooks, T. L., E. R. Woods, J. R. Knight y L. A. Shrier. 2003. Body Modification and Substance Use in Adolescents: Is There a Link? *J Adolesc Health* 32 (1): 44-49.
- Gofin, R., M. Avitzour, Z. Haklai y N. Jellin. 2000. Intentional Injuries among the Young: Presentation to Emergency Rooms, Hospitalization, and Death in Israel. *J Adolesc Health* 27 (6): 434-442.
- Graham, P. M. y S. I. Weigarden. 1989. Victims of Gun Shootings. A Retrospective Study of 36 Spinal Cord Injured Adolescents. *J Adolesc Health Care* 10 (6): 534-536.
- Keery, H., H. Shroff, J. K. Thompson, E. Wertheim y L. Smolak. 2004. The Sociocultural Internalization of Appearance Questionnaire – Adolescents (SIAQ-A): Psychometric Analysis and Normative Data for Three Countries. *Eat Weight Disord* 9 (1): 56-61.
- Muñoz, J. A. 1986. Countertransference and its Implementation in the Treatment of a Hispanic Adolescent Boy. *Psychiatry* 49 (2): 169-179.
- Pabon, E. 1998. Hispanic Adolescent Delinquency and the Family: A Discussion of Sociocultural Influences. *Adolescence* 33 (132): 941-955.
- Patricio, Z. M., M. S. Borenstein e I. Elsen. 1991. Entendiendo las preguntas sobre salud y enfermedad de adolescentes de las Azores-sexualidad y reproducción. *Rev Gaucha Enferm* 12 (2): 11-18. (En portugués).

- Salabarría Peña, Y., P.T. Trout, J. K. Gill, D. E. Morisky, A. A. Muralles y V. J. Ebin. 2001. Effects of Acculturation and Psychosocial Factors in Latino Adolescents' TB-Related Behaviors. *Ethn Dis* 11 (4): 661-675.
- Schmidt, C. W. 1999. Poisoning Young Minds. *Environ Health Perspect* 107 (6): A302-A307.
- Smith, D., M. Roofe, J. Ehiri, S. Campbell Forrester, C. Jolly y P. Jolly. 2003. Sociocultural Contexts of Adolescent Sexual Behavior in Rural Hanover, Jamaica. *J Adolesc Health* 33 (1): 41-48.
- Steffen, T., S. Codoni, I. I. Gutzwiller y U. Ackermann Liebrich. 1992. Competencia de lenguaje en adolescentes de 14 años de edad en relación con su origen sociocultural: resultados de un estudio logopédico en el marco del estudio del jardín de niños de Basilea. *Soz Präventivmed* 37 (6): 276-283. (En alemán).
- White, M. J., J. Snyder y F. T. Lira. 1978. Some Sociocultural Determinants of Academic Performance among Behaviorally Disturbed Adolescents. *J Genet Psychol* 133 (1st Half): 145-146.
- Zeidner, M. y M. P. Safir. 1989. Sex, Ethnic, and Social Differences in Test Anxiety among Israeli Adolescents. *J Genet Psychol* 150 (2): 175-185.

Agentes y cuidadores

- Craman, A. M. 1992. Nursing within the International Community: A Visionary Experience. *Perspect Psychiatr Care* 28 (1): 20-23.
- Davis Floyd, R. 2001. La partera profesional: Articulating Identity and Cultural Space for a New Kind of Midwife in Mexico. *Med Anthropol* 20 (2-3): 185-243.
- Kim, J. S. 2001. Daughters-in-Law in Korean Caregiving Families. *J Adv Nurs* 36 (3): 399-408.
- y E. H. Lee. 2003. Cultural and Noncultural Predictors of Health Outcomes in Korean Daughter and Daughter-in-Law Caregivers. *Public Health Nurs* 20 (2): 111-119.

- Lurie, N. y J. Yergan. 1990. Teaching Residents to Care for Vulnerable Populations in the Outpatient Setting. *J Gen Intern Med* 5 (1 Suppl): S26-S34.
- Nasrabadi, A. N., J. G. Lipson y A. Emami. 2004. Professional Nursing in Iran: An Overview of Its Historical and Sociocultural Framework. *J Prof Nurs* 20 (6): 396-402.
- Pang, S. M., A. Sawada, E. Konishi, D. P. Olsen, P. L. Yu, M. F. Chan y N. Mayumi. 2003. A Comparative Study of Chinese, American and Japanese Nurses' Perceptions of Ethical Role Responsibilities. *Nurs Ethics* 10 (3): 295-311.
- Petit de Mange, E. 1998. The Story of Rabbia, a Dying Person. *Holist Nurs Pract* 13 (1): 76-81.
- Pham, H. H., L. Simonson, D. M. Elnicki, L. P. Fried, A. H. Goroll y E. B. Bass. 2004. Training U.S. Medical Students to Care for the Chronically Ill. *Acad Med* 79 (1): 32-40.
- Ruiz, P. y J. Langrod. 1976. The Role of Folk Healers in Community Mental Health Services. *Community Ment Health J* 12 (4): 392-398.
- Shambley Ebron, D. Z. y J. S. Boyle. 2004. New Paradigms for Transcultural Nursing: Frameworks for Studying African American Women. *J Transcult Nurs* 15 (1): 11-17.
- Weekes, D. P. 1997. Commentary: Sociocultural Considerations. *Oncol Nurs Forum* 24 (3): 452.

Desigualdad y racismo

- Anónimo. 1990. Black-White Disparities in Health Care. *JAMA* 263 (17): 2344-2346.
- Betancourt, J. R., A. R. Green, J. E. Carrillo y O. Ananeh Firempong 2nd. 2003. Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Rep* 118 (4): 293-302.

- Davey Smith, G., J. D. Neaton, D. Wentworth, R. Stamler y J. Stamler. 1998. Mortality Differences between Black and White Men in the USA: Contribution of Income and Other Risk Factors among Men Screened for the MRFIT. MRFIT Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Lancet* (marzo) 28; 351 (9107): 934-939.
- Kelleher, C., A. Timoney, S. Friel y D. McKeown. 2002. Indicators of Deprivation, Voting Patterns, and Health Status at Area Level in the Republic of Ireland. *J Epidemiol Community Health* 56 (1): 36-44.
- Siddhu, C. M. y B. C. Srivastava. 1970. Health Status of Infants and Preschool Children in Different Sociocultural Groups. *Indian J Public Health* 14 (1): 39-48.
- Williams, D. R. y P. B. Jackson. 2005. Social Sources of Racial Disparities in Health. *Health Aff (Millwood)* 24 (2): 325-334.

Niños y educación, aprendizaje, crecimiento y desarrollo

- Aicardi, J. 1998. The Etiology of Developmental Delay. *Semin Pediatr Neurol* 5 (1): 15-20.
- Gauvain, M. y S. M. Pérez. 2005. Parent-Child Participation in Planning Children's Activities outside of School in European American and Latino Families. *Child Dev* (marzo-abril); 76 (2): 371-383.
- Jorgenson, C. B., R. B. Stone y J. L. Opella. 1985. The Univariate and Multivariate Relationships among Environmental, Sociocultural, Biological, and Developmental Variables and the Identification of Learning Disabled Children. *Int J Neurosci* 26 (3-4): 283-288.
- Keller, H., R. Yovsi, J. Borke, J. Kartner, H. Jensen y Z. Papaligoura. 2004. Developmental Consequences of Early Parenting Experiences: Self-Recognition and Self-Regulation in Three Cultural Communities. *Child Dev* 75 (6): 1745-1760.
- Manterola, A., A. Avendaño, C. Valenzuela, L. Figueroa, L. Pacheco, M. Kartzow y M. Fernández. 1981. Prevalencia y características biológicas, socioculturales y psicológicas de niños con inadecuado rendimiento

escolar (evaluación de 3er grado, 1975). Parte I: Diseño experimental. *Rev Chil Pediatr* 52 (1):90-98.

Mariage, T. V., D. J. Paxton Buursma y E. C. Bouck. 2004. Interanimation: Repositioning Possibilities in Educational Contexts. *J Learn Disabil* 37 (6): 534-549.

Olade, R. A. 1984. Evaluation of the Denver Developmental Screening Test as Applied to African Children. *Nurs Res* 33 (4): 204-207.

Historia, religión, investigación

Alarcón, G. S. 2002. A Reply to Comments on Sociocultural Issues in Clinical Research: Unraveling the Tuskegee Syphilis Study. *Arthritis Rheum* 47 (6): 691.

Als, C., Y. Stussi, U. Boschung, U. Trohler, J. H. Waber. 2002. Visible Signs of Illness from the 14th to the 20th Century: Systematic Review of Portraits. *BMJ* 21; 325 (7378): 1499. Fe de erratas en: *BMJ* 2003, 326 (7382): 212. *BMJ* 2003, 326 (7391): 699.

Brandt, A. M. 1991. Emerging Themes in the History of Medicine. *Milbank Q* 69 (2): 199-214.

Griffith, E. E. 1983. The Significance of Ritual in a Church-Based Healing Model. *Am J Psychiatry* 140 (5): 568-572.

Gumerman, G. J., A. C. Swedlund, J. S. Dean y J. M. Epstein. 2003. The Evolution of Social Behavior in the Prehistoric American Southwest. *Artif Life* 9 (4): 435-444.

Hodge, F. S., S. Weinmann e Y. Roubideaux. 2000. Recruitment of American Indians and Alaska Natives into Clinical Trials. *Ann Epidemiol* 10 (8 Suppl): S41-S48.

Mukhopadhyay, B., R. Gupta y S. K. Bhattacharya. 1996. Haematological Traits, Religion and Rural/Urban Residence among the Lepchas of Kalimpong Subdivision, Darjeeling District, West Bengal (India). *Anthropol Anz* 54 (1): 35-43.

Ramírez, A. G. 2003. Consumer-Provider Communication Research with Special Populations. *Patient Educ Couns* 50 (1): 51-54.

Otros temas

Boehnlein, J. K., M. N. Schaefer y J. D. Bloom. 2005. Cultural Considerations in the Criminal Law: The Sentencing Process. *J Am Acad Psychiatry Law* 33 (3): 335-341.

Gaffuri, E. y G. Costa. 1986. Applied Aspects of Chronoergohygiene. *Chronobiologia* 13 (1): 39-51.

Gayle, J. A. 1987. Health as the Universal Language. International Students as Teaching Resources. *Health Educ* 18 (2): 29.

Green, R. J. 2000. "Lesbians, Gay Men, and Their Parents": A Critique of LaSala and the Prevailing Clinical "Wisdom". *Fam Process* 39 (2): 257-266.

Papp, P. y E. Imber Black. 1996. Family Themes: Transmission and Transformation. *Fam Process* 35 (1): 5-20.

Patel, D. R., B. Stier y E. F. Luckstead. 2002. Major International Sport Profiles. *Pediatr Clin North Am* 49 (4): 769-792, VII.

Ricci, J. A., N. W. Jerome, I. Sirageldin, H. Aly, W. Moussa, O. Galal, G. G. Harrison y A. Kirksey. 1996. The Significance of Children's Age in Estimating the Effect of Maternal Time Use on Children's Well-Being. *Soc Sci Med* 42 (5): 651-659.

Salvat, M., M. Vigo, H. Macbeth y J. Bertranpetit. 1997. Seasonality of Marriages in Spanish and French Parishes in the Cerdanya Valley, Eastern Pyrenees. *J Biosoc Sci* 29 (1): 51-62.

Shell Duncan, B. y M. Wimmer. 1999. Premarital Childbearing in Northwest Kenya: Challenging the Concept of Illegitimacy. *Soc Biol* 46 (1-2): 47-61.

Smith, G. G. y M. Celano. 2000. Revenge of the Mutant Cockroach: Culturally Adapted Storytelling in the Treatment of a Low-Income African American Boy. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* May; 6 (2): 220-227.

Referencias generales

- Anderson, N. B. 1995. Behavioral and Sociocultural Perspectives on Ethnicity and Health: Introduction to the Special Issue. *Health Psychol* 14 (7): 589-591.
- Anónimo. 1997. Biocultural Perspectives on Women's Health. *Environ Health Perspect* 105 (4): 369-370.
- Alberts, J. F., R. Sanderman, I. Gerstenbluth, W. J. van den Heuvel. 1998. Sociocultural Variations in Help-Seeking Behavior for Everyday Symptoms and Chronic Disorders. *Health Policy* 44 (1): 57-72.
- Cravener, P. 1992. Establishing Therapeutic Alliance across Cultural Barriers. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 30 (12): 10-14.
- Crews, D. E. y J. R. Bindon. 1991. Ethnicity as a Taxonomic Tool in Biomedical and Biosocial Research. *Ethn Dis* 1 (1): 42-49.
- Dawkins, K. 1996. The Interaction of Ethnicity, Sociocultural Factors, and Gender in Clinical Psychopharmacology. *Psychopharmacol Bull* 32 (2): 283-239.
- De Figueiredo, J. M. 1983. The Law of Sociocultural Demoralization. *Soc Psychiatry* 18 (2): 73-78.
- Dixon, J. y N. Welch. 2000. Researching the Rural-Metropolitan Health Differential Using the "Social Determinants of Health". *Aust J Rural Health* 8 (5): 254-260.
- Dressler, W. W., F. E. Viteri, A. Chávez, G. A. Grell, J. E. Dos Santos. 1991. Comparative Research in Social Epidemiology: Measurement Issues. *Ethn Dis* 1 (4): 379-393.
- González Chévez, L. y P. Hersch Martínez. 1993. La construcción de un perfil epidemiológico sociocultural en una comunidad rural. *Salud Pública Méx* 35 (4): 393-402.
- Hooper, B. 1997. The Relationship between Pretheoretical Assumptions and Clinical Reasoning. *Am J Occup Ther* 51 (5): 328-338.
- Janssens, P. G. 1985. Research: The Prerequisite for Innovative Strategies and Technologies. *Rev Infect Dis* 7 Suppl 2: S289-S294.

- Jiménez, D. 1993. Estilo de vida: instrumento en programas de promoción de salud. *Rev Med Chil* 121 (5): 574-580.
- Johnson, K. W., N. B. Anderson, E. Bastida, B. J. Kramer, D. Williams y M. Wong. 1995. Macrosocial and Environmental Influences on Minority Health. *Health Psychol* 14 (7): 601-612.
- Kolstad, A. 1992. Children's Symptoms and Items of Behaviour. An Epidemiological Study of Sociocultural Aetiology. *Acta Paedopsychiatr* 55 (2): 77-82.
- Martens, P. y M. Huynen. 2003. A Future without Health? Health Dimension in Global Scenario Studies. *Bull World Health Organ* 81 (12): 896-901.
- McGraw, S. A., J. B. McKinlay, S. A. Crawford, L. A. Costa y D. L. Cohen. 1992. Health Survey Methods with Minority Populations: Some Lessons from Recent Experience. *Ethn Dis* 2 (3): 273-287.
- Montgomery, L. E. y O. Carter Pokras. 1993. Health Status by Social Class and/or Minority Status: Implications for Environmental Equity Research. *Toxicol Ind Health* 9 (5): 729-773.
- Ness, R. B. y L. H. Kuller. 1997. Women's Health as a Paradigm for Understanding Factors that Mediate Disease. *J Womens Health* 6 (3): 329-336.
- Reed, D., D. McGee y K. Yano. 1984. Psychosocial Processes and General Susceptibility to Chronic Disease. *Am J Epidemiol* 119 (3): 356-370.
- Schwab, J. J., R. A. Bell, G. J. Warheit, R. B. Schwab y N. D. Traven. 1978-1979. Some Epidemiologic Aspects of Psychosomatic Medicine. *Int J Psychiatry Med* 9 (2): 147-158.
- Seeman, T. E. y E. Crimmins. 2001. Social Environment Effects on Health and Aging: Integrating Epidemiologic and Demographic Approaches and Perspectives. *Ann NY Acad Sci* 954: 88-117.
- Williams, D. R. 1997. Race and Health: Basic Questions, Emerging Directions. *Ann Epidemiol* 7 (5): 322-333.
- Yusoff, K. 1994. Sociocultural Influences on Disease Perception. *Med J Malaysia* 49 (3): 197-198.