

**EL EFECTO DE LA CULTURA SOBRE LAS ATRIBUCIONES
CAUSALES Y CONVICCIONES DE CONTROL
EN CUANTO AL CÁNCER Y AL INFARTO DE MIOCARDIO.
Una comparación transcultural con personas sanas en Alemania y España.**

Isaac Bermejo Bragado
Instituto de Psicología Médica.
Universidad de Münster.
Alemania.

RESUMEN

En un estudio transcultural comparativo entre alemanes y españoles (108 sujetos por grupo; muestras paralelas en sexo, formación escolar y edad) se examinaron diferencias culturales en los conceptos del cáncer y del infarto de miocardio. Los resultados muestran diferencias entre españoles y alemanes tanto en los conceptos causales como de control. Los españoles muestran en ambos conceptos una orientación más externa que los alemanes, mientras que los alemanes mostraron conceptos causales y de control más amplios. La comparación de ambas enfermedades mostró que en ambos grupos predomina un concepto psicosocial de las enfermedades, aunque más acentuado en el caso del infarto de miocardio (aspectos principales: comportamiento y actitud propia así como aspectos familiares, sociales y médicos). De estos resultados se deducen consecuencias para una asistencia médica y psicológica así como para campañas de prevención en una sociedad multicultural.

Palabras claves: Comparación transcultural, personas sanas, psicología de la salud, atribuciones causales, convicciones de control, cáncer, infarto de miocardio

ABSTRACT

In a transcultural comparative study 2 cultural groups were included: Germans and Spaniards (108 persons in each group, the groups matched according to sex, education and age). Main aim of the study was the investigation of cultural differences with respect to the attributions to cancer and myocardial infarction. The results show some significant differences between Spaniards and Germans: Spaniards report more external attributions and control beliefs. Regarding the special concepts of cancer and myocardial infarction in both cultural groups a psycho-social concept of illness is dominant for both diseases, but more pronounced for myocardial infarction (main causes: unfavourable habits and attitudes as well as familiar, social and medical aspects). Consequences for the medical supply and prevention of a multicultural society were discussed from these results.

Keywords: Transcultural comparison, health psychology, causal attribution, beliefs of control, cancer, myocardial infarction

INTRODUCCION

Estudios en el campo de la Psicología Médica han podido demostrar en los últimos años que los conceptos de personas no expertas (i.e. "teorías subjetivas"; véase Kruglanski et al., 1985) sobre enfermedades y sus causas, su desarrollo, así como sobre la eficacia del tratamiento y la prevención, influyen sustancialmente no sólo sobre la complacencia de enfermos en el tratamiento sino también en los hábitos de salud de personas sanas (vgl. Blumhagen, 1980; Faller, 1990a; Sloan y Gruman, 1983; Schwarzer, 1992). Estas teorías subjetivas son determinadas esencialmente por el entorno social y cultural (Hui y Triandis, 1983; Muthny et al., 1993; Vernon et al., 1992; Zimmermann, 1984). Aparentemente existen diferencias transculturales con influencia sobre la utilización y la efectividad de los tratamientos médicos, así como sobre la satisfacción con el tratamiento y el cumplimiento de las prescripciones médicas (*compliance*). Estos aspectos recalcan la importancia de estudios comparativos transculturales en el marco de análisis sobre el sistema de salud de cualquier sociedad multicultural y sobre aspectos de salud comunitaria (vgl. a. Bermejo y Muthny, 1994; Costa y López, 1989; Thomas, 1993).

Especialmente la etnología, acentuando la importancia de aspectos específicos de culturas (aspectos "émicos"; Triandis y Marín, 1983) para la investigación, especificación y explicación de aspectos humanos, abrió una nueva perspectiva al estudio de las teorías subjetivas (Pfleiderer y Bichmann, 1985; véase también Kleinman's "explanatory model of illness", 1980).

La relación entre la teoría subjetiva y los hábitos concretos ha de comprenderse como un proceso recíproco. A consecuencia todos los modelos actuales sobre el comportamiento humano (p.ej. "Protection Motivation Theorie"; Rogers, 1983; "Modelo procesual social-cognitivo de hábitos de salud"; Schwarzer, 1992), parten de la idea de que la teoría subjetiva no determina directamente el comportamiento, sino que debe ser entendida como producto de un proceso complejo de decisión, que desemboca en un proceso de intención. Este proceso de intención es la base del comportamiento concreto que depende por otra parte también de factores cognitivos (p.ej. reflexiones sobre utilidad-costes), aspectos económicos y del entorno social (p.ej. costes materiales, apoyo social) así como de hábitos automatizados (p.ej. costumbres, estilo de vida) (vease Bengel, 1993; Schwarzer, 1992). Teniendo en cuenta estos aspectos hay que considerar el comportamiento preventivo como resultado de una constelación específica de cogniciones y emociones sobre la salud, que dependen por otra parte de aspectos sociales y culturales (vease también Dornheim, 1983; Sontag, 1981).

Como elementos principales de las teorías subjetivas se discuten actualmente, de acuerdo con la mayoría de los autores, las atribuciones causales y convicciones de control (vease Filipp, 1990; Schwarzer, 1992). Las teorías psicológicas de la atribución tratan el "cómo" y el "por qué" las personas buscan explicaciones para los acontecimientos de su alrededor, es decir cómo las personas forman sus ideas sobre relaciones causales de la vida cotidiana y cómo estas ideas influyen en su comportamiento (vease Heider, 1985; Rotter, 1966).

Las teorías psicológicas de la atribución parten de la idea que todas las personas manifiestan -igual que un científico- un fuerte deseo interno de entender, predecir y controlar los acontecimientos de su alrededor (véase Fiske y Taylor, 1984; Faller, 1990b). Varios estudios en el marco de la Psicología General y la Psicología Social demuestran claramente que las atribuciones -tanto causales como de controlabilidad- son las dimensiones elementales de los procesos mentales de clasificación y procesamiento (Beutel 1988; Filipp 1990; Hasenbring 1990).

La mayoría de los trabajos empíricos y teóricos que estudian las atribuciones en el marco de enfermedades crónicas, presentan como objeto de investigación a personas enfermas, mientras que sólo existen pocos estudios que traten los conceptos, ideas y actitudes de personas sanas con respecto a enfermedades crónicas o bien a enfermos (véase Bermejo y Muthny, 1994; Lerch y Kramer, 1995; Sloan y Gruman, 1983; Verres, 1986).

El estudio aquí presentado tiene como principal objetivo el análisis de los conceptos subjetivos de personas sanas sobre las causas y las posibilidades de control en cuanto al cáncer y al infarto de miocardio, en relación con el entorno social y cultural. Estas dos enfermedades se eligieron como objeto de análisis por ser las causas principales de muerte en los países industrializados (Bayés, 1991; Schwarzer, 1992). Las estadísticas muestran que aproximadamente el 25% de las muertes son consecuencia de enferme-

dades cancerígenas y en aproximadamente el 50% de las muertes la causa es un infarto de miocardio (vease Instituto Nacional de Estadística, 1993; Schara, 1990; Statistisches Bundesamt, 1991).

La extensión del objeto de análisis a diferentes culturas se basa en los resultados de estudios sobre la influencia de características culturales sobre aspectos de salud psíquica y física y los problemas que llevan consigo, así como en trabajos sobre el afrontamiento (*coping*) y la superación de acontecimientos molestos (Albrecht, 1976; Hull, 1979; Muthny et al., 1993; Özelsel, 1990; Pfeiffer, 1994). En estos estudios se ha demostrado claramente la existencia de diferencias culturales en cuanto a los conceptos subjetivos y a actitudes ante las enfermedades, que aparentemente influyen sobre la utilización y la eficacia de la asistencia médica.

En el presente estudio se considera especialmente la pregunta hasta qué punto existen diferencias entre alemanes y españoles con respecto a las teorías subjetivas sobre salud y enfermedad, concretamente en cuanto a las causas y las posibilidades de control del cáncer y del infarto de miocardio. Con este estudio comparativo transcultural se pretende obtener información útil para una planificación y realización más adecuadas y centradas de programas de prevención y de salud comunitaria, de tratamientos, así como de rehabilitación terciaria médica y psicosocial.

Las preguntas claves de este estudio son las siguientes:

1. ¿ Qué conceptos subjetivos existen sobre las causas y posibilidades de control del cáncer y del infarto ? ¿ Existen diferencias entre estas enfermedades ?
2. ¿ Existen diferencias transculturales en los conceptos subjetivos y la actitud de personas sanas ante el cáncer y el infarto de miocardio ?

METODO

Sujetos y procedimiento

El estudio se basa en dos muestras aleatorias de personas sanas (i.e. sin enfermedades crónicas somáticas o psíquicas): un grupo de alemanes y un grupo de españoles.

Para obtener una muestra aleatoria amplia en cuanto a las clases sociales y conseguir el mayor anonimato posible se eligió el **procedimiento** siguiente:

El reparto de los cuestionarios se efectuó a través de "mediadores" (asistentes sociales, médicos, psicólogos etc.) que recibieron del autor sobres cerrados con encuestas para repartirlos entre personas de su entorno profesional y social. Estos sobres contenían además de la encuesta una carta de envío en la que se explicaba extensamente el objetivo y el procedimiento, así como un sobre con franqueo pagado dirigido al autor. Para reducir posibles distorsiones selectivas de la muestra aleatoria se buscaron específicamente mediadores de diferentes clases sociales y se usó a continuación la

técnica "matched sampling" para obtener muestras paralelas en los aspectos sociodemográficos edad, formación escolar y edad. Estos tres criterios se pueden considerar, basándose tanto en preconsideraciones teóricas como empíricas, como determinantes elementales de actitudes y conceptos subjetivos. Los resultados presentados en este estudio se refieren a una muestra aleatoria formada por dos grupos paralelos con 108 personas por grupo (véase Tab. 1).

Tabla 1.- Características sociodemográficas de ambos grupos (alemanes y españoles)

		Alemanes	Españoles
Edad (años)	valor medio	50,5	50,7
	desviación estándar	12,4	12,9
	variación	23-77	16-75
Sexo	varón	51*	51
	mujer	49	49
Estado civil	soltero/a	6	15
	casado/a	80	82
	prometido/a	6	1
	divorciado/a	6	2
Formación escolar	escuela primaria	52	49
	bachillerato elemental	19	11
	bachillerato superior	29	40

(N = 216; 108 personas por grupo; muestras paralelas en sexo, formación escolar y edad); * porcentaje

En lo que respecta al sexo existe una relación equilibrada entre mujeres y varones. En ambos grupos el 51% eran varones y el 49% mujeres. La edad media es en ambos grupos de aproximadamente 51 años con una amplia variación y una desviación estándar y marco de edad similares. Con respecto al criterio "formación escolar" se clasificaron a los sujetos en tres grupos: escuela primaria, bachillerato elemental y bachillerato superior. En este caso los porcentajes fueron también similares. En cuanto al estado civil la mayoría (más del 80%) de los sujetos estaban casados, mientras que el porcentaje en las otras categorías era bajo. Esta variable, al igual que las demás variables sociodemográficas (p.ej. situación laboral, domicilio), no mostró en los análisis empíricos ninguna influencia significativa o diferencias entre los grupos.

Instrumento

Como instrumento se usó un cuestionario elaborado para un estudio con alemanes, cuya validez y fiabilidad ha sido comprobada en varios estudios (véase Lerch y Kramer,

1995). Este cuestionario estaba formado por instrumentos estandarizados y utilizados con éxito en otros estudios (p.ej. Lista de causas (PUK) de Muthny (en prensa), “*Multi-dimensional Health Locus of Control Scale*” (MHLC) de Wallston et al. (1978)) y preguntas específicas para este estudio

Las partes principales de este instrumento son:

- experiencias con casos de cancer o infarto de miocardio en la familia y entre conocidos,
- evaluación individual de posibles causas de la enfermedad (“atribuciones causales”),
- evaluación de la gravedad/peligrosidad de enfermedades cancerígenas y del infarto de miocardio así como de sus posibilidades de tratamiento y de prevención,
- ideas sobre factores que influyen en el desarrollo de la enfermedad,
- apoyos necesarios para enfermos de cancer o de infarto de miocardio,
- evaluación del estado actual de salud tanto somático como psíquico y
- “teorías subjetivas de enfermedad” (conceptos subjetivos) en cuanto a las denominadas “convicciones de control”

RESULTADOS

Atribuciones causales

Con respecto a las principales causas atribuidas al *cáncer*, se puede estimar que ambos grupos están de acuerdo en que la “contaminación ambiental” (76% alemanes; 56% españoles) es la principal causa para el cáncer (tabla 2). Mientras que el grupo alemán considera también aspectos de la vida personal del paciente (p.ej. conducta, costumbres, conceptos) como otras causas importantes, nombra el grupo español la “predisposición corporal, herencia” en segundo plano, causa considerada de poca importancia por los alemanes. El grupo de los españoles, por su parte, atribuye poca importancia a los “aspectos de la forma de vivir” como causa del cáncer. En general se puede deducir de estos resultados que los alemanes muestran un concepto causal más amplio que los españoles.

Este resultado también se puede extraer en la valoración de causas para el *infarto de miocardio*. Los alemanes suponen 4 causas principales para el infarto de miocardio (“estrés y acoso de la vida”, “problemas de trabajo”, “conducta inadecuada”, “costumbres desfavorables”), mientras que para los españoles prácticamente sólo existe una causa principal (“estrés y acoso de la vida”). Los alemanes atribuyen más importancia a causas personales mientras que los españoles valoran más los factores externos de

estrés. No obstante, ambos grupos están de acuerdo en que las causas del infarto de miocardio son principalmente aspectos psico-sociales (hábitos y estrés).

Tabla 2.- Atribuciones causales más valoradas

atribucion. causales ¹	Porcentajes*			
	Alemanes	%	Espanoles	%
Cáncer	1. Contaminación ambiental	76	1. Contaminación ambiental	56
	2. Conducta inadecuada de la vida	57	2. Predisposición corporal, herencia	43
	3. Costumbres desfavorables en la forma de vivir	48	3. Costumbres desfavorables en la forma de vivir	41
	4. Problemas mentales del paciente mismo	46	4. Modo inadecuado de tratar con la enfermedad	37
	5. Conceptos inadecuados de la vida	43	5. Conceptos inadecuados de la vida	30
	6. Problemas de trabajo	42	6. Estrés y acoso de la vida cotidiana	26
	6. Problemas conyugales y familiares	42	7. Conducta inadecuada de la vida	25
	8. Modo inadecuado de tratar con la enfermedad	37	8. El destino	24
	9. Predisposición corporal, herencia	36	9. Problemas de trabajo	22
	10. Estrés y acoso de la vida cotidiana	35	10. Faltas y negligencias de los médicos	19
Infarto de miocardio	1. Estrés y acoso de la vida cotidiana	90	1. Estrés y acoso de la vida cotidiana	83
	2. Problemas de trabajo	87	2. Problemas de trabajo	62
	3. Conducta inadecuada de la vida	82	3. Costumbres desfavorables en la forma de vivir	61
	4. Costumbres desfavorables en la forma de vivir	80	4. Conceptos inadecuados de la vida	51
	5. Problemas conyugales y familiares	65	5. Conducta inadecuada de la vida	46
	6. Problemas mentales del paciente mismo	57	6. Modo inadecuado de tratar con la enfermedad	44
	7. Conceptos inadecuados de la vida	55	7. Contaminación ambiental	43
	7. Alta exigencia a si mismo/ambición del propio paciente	55	8. Predisposición corporal, herencia	42
	9. Falta de facultades para tratar con problemas y crisis	51	9. Alta exigencia a si mismo/ambición del propio paciente	40
	10. Modo inadecuado de tratar con la enfermedad	50	10. Problemas conyugales y familiares	39

(N: 216; 108 personas por grupo; muestras paralelas en sexo, formación escolar y edad). * Valores 4 y 5 en una escala de estimación (Rating: 1: "ninguno" a 5: "mucho"). 1): Los 10 ítems con mayor estimación de 20 ítems presentados (PUK, atribución personal de causas para una enfermedad; Muthny, en prensa).

Como se puede ver en la tabla 3, existen varias diferencias en las atribuciones causales entre alemanes y españoles, tanto con respecto al cáncer como al infarto de miocardio. En cuanto al cáncer puede apreciarse que los alemanes tienen un concepto más amplio y tienden a atribuir importancia a causas más diversas, principalmente aspectos psicosociales, mientras que los españoles atribuyen más importancia a aspectos "externos", i.e. factores que no están bajo control individual (p.ej. "herencia" y "enfermedades y/o accidentes anteriores"). Estas diferencias también se pueden observar respecto al infarto de miocardio, para el cual los alemanes atribuyen las causas a aspectos psicosociales mientras que los españoles señalan principalmente aspectos externos. Aparte de esta diferencia en la atribución entre alemanes (aspectos internos) y españoles (aspectos externos) se puede ver también en este análisis que los alemanes muestran un concepto causal más amplio que los españoles.

Tabla 3.- Diferencias en las atribuciones causales entre alemanes y españoles en cuanto al cáncer y al infarto de miocardio¹⁾

Atribuciones causales*	Comparación entre los grupos					
	Cáncer					
	Alemanes		Españoles		p	DS
v.m.	s	v.m.	s			
1. Predisposición corporal, herencia	3.08	1.11	3.47	1.20	.02	2>1
3. Costumbres desfavorables en la forma de vivir	3.49	1.16	3.42	1.14	n.s.	ninguna
5. Problemas de trabajo	3.17	1.20	2.58	1.31	.001	1>2
6. Problemas conyugales y familiares	3.20	1.23	1.98	1.08	.00001	1>2
10 Influencias de otras personas por grupo	1.81	0.96	1.48	0.72	.008	1>2
11. Contaminación ambiental	4.04	0.93	3.67	1.12	.01	1>2
13. Enfermedades/accidentes anteriores	2.30	1.02	2.62	0.96	.03	2>1
14. Pérdida de seres queridos	2.66	1.28	1.90	1.03	.00001	1>2
15. Astros, rayos terrestres, venas de agua	2.15	1.23	1.87	1.19	n.s.	ninguna
16. Falta de facultades para tratar con problemas y crisis	2.82	1.14	2.17	1.04	.0001	1>2
17. Problemas mentales del paciente mismo	3.30	1.22	1.98	1.02	.00001	1>2
18. Conducta inadecuada de la vida	3.58	1.12	2.87	1.10	.00001	1>2
19. Incapacidad de imponerse	2.45	1.15	1.90	1.00	.0006	1>2
	Infarto de miocardio					
1. Predisposición corporal, herencia	2.84	1.17	3.17	1.27	.05	2>1
3. Costumbres desfavorables en la forma de vivir	4.25	0.83	3.89	1.04	.008	1>2
5. Problemas de trabajo	4.43	0.71	4.06	1.01	.03	1>2
6. Problemas conyugales y familiares	3.86	0.98	3.23	1.20	.0001	1>2
10 Influencias de otras personas por grupo	2.08	1.04	1.89	0.94	n.s.	ninguna

11. Contaminación ambiental	2.61	1.04	3.33	1.26	.00001	2>1
13. Enfermedades/accidentes anteriores	2.39	0.97	2.84	0.99	.002	2>1
14. Pérdida de seres queridos	3.21	1.11	3.05	1.19	n.s.	ninguna
15. Astros, rayos terrestres, venas de agua	2.04	1.24	1.65	0.94	.02	1>2
16. Falta de facultades para tratar con problemas y crisis	3.59	1.01	3.11	1.16	.002	1>2
17. Problemas mentales del paciente mismo	3.65	1.02	2.67	1.17	.00001	1>2
18. Conducta inadecuada de la vida	4.24	0.86	3.52	1.06	.00001	1>2
19. Incapacidad de imponerse	3.03	0.95	2.57	1.20	.004	1>2

(N: 216; 108 personas por grupo; muestras paralelas en sexo, formación escolar y edad). ¹⁾ Análisis de variancia unifactorial; programa: SPSS/PC+ "ONEWAY". v.m.: valor medio; s: desviación estándar (Rating: 1: "ninguno" a 5: "mucho"). * Diferencias significantes según el test F, de 20 ítems presentados (PUK; atribución personal de causas para una enfermedad; Muthny, en prensa)

La diferencia en ambos grupos entre los conceptos causales del cáncer y del infarto de miocardio se aprecia más claramente en el caso de las *atribuciones causales globales*. Como se puede ver en la tabla 4, el grupo alemán da más importancia a una acción conjunta de causas psíquicas y corporales como determinante de ambas enfermedades que a causas psíquicas o corporales por sí solas. El grupo español sin embargo muestra conceptos distintos, aunque tiende más bien a considerar causas corporales para ambas enfermedades. Mientras que para el cáncer las causas corporales son claramente las más apuntadas por los españoles no existe una causa global clara en el caso de un infarto de miocardio, aunque predomina la idea de una acción conjunta.

Causas únicamente psíquicas muestran tanto para alemanes como para españoles una importancia mínima. Las diferencias entre los grupos (prueba Chi-cuadrado) sólomente son significativas en cuanto al cáncer ($p \geq .00001$), mientras que las diferencias en cuanto al infarto de miocardio no son significativas.

Tabla 4.- Diferencias en la estimación de atribuciones causales globales entre alemanes y españoles

Causa global		Grupos			
		Alemanes		Españoles	
		N	%	N	%
Cáncer	psíquica	10	10	3	3
	corporal	20	19	67	66
	acción conjunta	75	71	31	31
Infarto de miocardio	psíquica	6	5	4	4
	corporal	22	21	33	33
	acción conjunta	78	74	63	63

(N = 216; 108 personas por grupo; muestras paralelas en sexo, formación escolar y edad)

La diferencia entre los conceptos subjetivos causales de las enfermedades se puede observar en la tabla siguiente (tabla 5). Los españoles muestran una diferencia mayor entre los conceptos de las enfermedades, en comparación con los alemanes, aunque se puede ver que ambos grupos atribuyen a la mayoría de las causas más importancia para el infarto de miocardio que para el cáncer. Ambos grupos sin embargo consideran a la "contaminación ambiental" como una causa más importante del cáncer. Los españoles juzgan además la "predisposición corporal, herencia" como causa más importante para el cáncer que para el infarto de miocardio, mientras que los alemanes le asignan más importancia al "azar/casualidad" en el caso del cáncer.

Tabla 5.- Diferencias en las atribuciones causales entre cáncer e infarto de miocardio¹⁾

Atribuciones causales*	Comparación de las enfermedades					
	Alemanes			Españoles		
	DS	T-test	p	DS	T-test	p
Predisposición corporal, herencia	ninguna	1.85	n.s.	CA>CI	2.05	.04
Conceptos inadecuados de la vida	ninguna	-1.94	n.s.	IC>CA	-6.41	.0001
Costumbres desfavorables en la forma de vivir	IC>CA	-7.37	.0001	IC>CA	-4.52	.0001
Modo inadecuado de tratar la enfermedad	IC>CA	-3.68	.0001	IC>CA	-2.61	.01
Problemas de trabajo	IC>CA	-10.02	.0001	IC>CA	-11.00	.0001
Problemas conyugales y familiares	IC>CA	-5.60	.0001	IC>CA	-9.18	.0001
Azar/casualidad	CA>CI	2.28	.02	ninguna	-0.35	n.s.
Faltas y negligencias de los médicos	ninguna	1.77	n.s.	IC>CA	-2.60	.01
Influencias de otras personas por grupo	IC>CA	-3.21	.002	IC>CA	-4.64	.0001
Contaminación ambiental	CA>CI	12.22	.0001	CA>CI	3.32	.001
Estrés y acoso de la vida cotidiana	IC>CA	-12.95	.0001	IC>CA	-10.76	.0001
Enfermedades/accidentes anteriores	ninguna	-1.28	n.s.	IC>CA	-2.31	.02
Pérdida de seres queridos	IC>CA	-4.61	.0001	IC>CA	-7.63	.0001
Falta de facultades para tratar con problemas y crisis	IC>CA	-6.45	.0001	IC>CA	-9.02	.0001
Problemas mentales del paciente mismo	IC>CA	-2.77	.007	IC>CA	-5.78	.0001
Conducta inadecuada de la vida	IC>CA	-6.77	.0001	IC>CA	-5.37	.0001
Incapacidad de imponerse	IC>CA	-5.26	.0001	IC>CA	-5.92	.0001
Alta exigencia a si mismo/ambición del propio paciente	IC>CA	-10.49	.0001	IC>CA	-8.27	.0001

(N: 216; 108 personas por grupo paralelizadas según sexo, formación escolar y edad). 1) T-test para muestras dependientes; programa: SPSS/PC+ "T-TEST/PAIRS". * Ítems con diferencias significativas de 20 ítems presentados (PUK; atribución personal de causas para una enfermedad; Muthny, en prensa). IC: infarto de miocardio; CA: cáncer.

Convicciones de control

En la tabla 6 se muestran las valoraciones de ambos grupos con respecto a posibles factores que influyen sobre el desarrollo de una enfermedad cancerígena o un infarto de miocardio (convicciones de control). Como se puede ver, el grupo español valora en general para ambas enfermedades más a aspectos médicos que el grupo alemán, mientras que estos le dan más importancia a hábitos personales. Al igual que en el concepto causal los alemanes muestran en el caso de las convicciones de control un concepto más amplio que los españoles.

Con respecto al *cáncer* los españoles designan como principales factores de control los "avances de la medicina" y el "esfuerzo/interés de los médicos", seguidos del "apoyo familiar" y la "capacidad de los médicos". Por parte de los alemanes, los factores de control principales son más bien aspectos personales ("apoyo de la familia", "concepción propia de la vida", "comportamiento propio") mientras que los factores médicos muestran menos importancia.

Esta diferencia entre factores médicos en el caso de los españoles y de factores personales en el caso de los alemanes, se presenta más claramente en cuanto al *infarto de miocardio*. Mientras que los alemanes consideran claramente los aspectos personales (comportamiento y concepción propia, apoyo familiar) como factores principales de control, señalan los españoles también aquí aspectos médicos (avances de la medicina, esfuerzo/apoyo de los médicos)

Tabla 6.- Convicciones de control¹⁾

	Porcentaje*			
	alemanes	%	españoles	%
cáncer	1. Apoyo de la familia/cónyuge	73	1. Avances de la medicina	68
	2. Concepción propia de la vida	69	2. Esfuerzo/interés de los médicos	56
	3. Avances de la medicina	68	3. Apoyo de la familia/cónyuge	48
	4. Comportamiento propio	67	4. Capacidad de los médicos	47
	5. Esfuerzo/interés de los médicos	60	5. Comportamiento propio	39
	6. Apoyo de amigos y conocidos	50	6. Apoyo de amigos y conocidos	36
	7. Capacidad de los médicos	46	7. Predestinación	27
	8. Predestinación	20	8. Concepción propia de la vida	25
	9. Azar/casualidad	9	9. Azar/casualidad	12
infarto de miocardio	1. Comportamiento propio	89	1. Avances de la medicina	73
	2. Concepción propia de la vida	83	2. Esfuerzo/interés de los médicos	67
	3. Apoyo de la familia/cónyuge	81	3. Apoyo de la familia/cónyuge	63
	4. Esfuerzo/interés de los médicos	68	4. Comportamiento propio	62
	4. Avances de la medicina	68	5. Capacidad de los médicos	59
	6. Capacidad de los médicos	67	6. Apoyo de amigos y conocidos	46
	7. Apoyo de amigos y conocidos	55	7. Concepción propia de la vida	40
	8. Predestinación	11	8. Predestinación	23
	9. Azar/casualidad	7	9. Azar/casualidad	11

1) orden de preferencia de los ítems según su porcentaje de estimación (EKO; convicciones de control en cuanto a enfermedades; Muthny en prensa). * Valores 4 y 5 en una escala de estimación (Rating: 1: "ninguno" a 5: "mucho")

Como se puede ver en la tabla 7 estas diferencias entre alemanes y españoles se pueden demostrar también estadísticamente mediante un análisis de varianza. En cuanto al cáncer, los alemanes dan más importancia que los españoles a aspectos personales y sociales como factores de control, mientras que para el infarto de miocardio sólo existen diferencias significativas en los aspectos personales, que también en este caso son más valorados por los alemanes.

Tabla 7.- Diferencias en las convicciones de control entre alemanes y españoles¹⁾

Convicciones de control*	Comparación entre los grupos					
	Cáncer					
	Alemanes		Españoles		p	DS
v.m.	s	v.m.	s			
3. Concepción propia vida	4.00	0.98	2.96	1.15	.00001	1>2
4. Modo inadecuado de tratar con la enfermedad	3.91	1.01	3.33	1.20	.0003	1>2
5. Apoyo de la familia/conyuge	4.02	.098	3.53	1.30	.003	1>2
6. Apoyo de amigos y conocidos	3.48	1.16	3.13	1.27	.04	1>2
	Infarto de miocardio					
3. Concepción propia vida	4.29	0.72	3.34	1.18	.00001	1>2
4. Modo inadecuado de tratar con la enfermedad	4.43	0.65	3.85	0.99	.00001	1>2
5. Apoyo de la familia/conyuge	4.14	0.84	3.89	1.04	n.s.	ninguna
6. Apoyo de amigos y conocidos	3.57	1.12	3.48	1.11	n.s.	ninguna

(N: 216; 108 personas por grupo; muestras paralelas en sexo, formación escolar y edad). ¹⁾ Análisis de varianza unifactorial; programa: SPSS/PC+ "ONEWAY". v.m.: valor medio; s: desviación estándar (Rating: 1: "ninguno" a 5: "mucho"). * Diferencias significantes según el test F, de 9 ítems presentados (EKO; convicciones de control en cuanto a enfermedades; Muthny, en prensa)

La diferencia en las convicciones de control entre ambos grupos se muestra más claramente y estadísticamente significativa en cuanto a las convicciones generales de control de la salud (medidas mediante el instrumento "Multidimensional-Health-Locus-of-Control" (MHLC); Wallston et al. 1978) (tabla 8). Aunque ambos grupos coinciden en que la principal convicción de control es interna y la menos valorada la "externa-fatalista", se pueden percibir diferencias significativas en cuanto a las convicciones externas, que son más valoradas por los españoles que por los alemanes, tanto en respecto a otras personas (*external-powerful-others*) como al azár (*external-chance*)

Tabla 8.- Diferencias culturales en las convicciones generales de control de la salud (MHLC)¹⁾

Escala del MHLC	Grupos				p	DS*
	alemanes		españoles			
	v.m.	s	v.m.	s		
Internal	4,22	.73	4,05	.77	n.s.	ninguna
External-Powerful Others	3,17	.84	3,70	.85	.0001	2 > 1
External-Chance	2,91	.92	3,19	.99	.04	2 > 1

(N: 216; 108 personas por grupo; muestras paralelas en sexo, formación escolar y edad). 1) Análisis de varianza unifactorial; programa: SPSS/PC+ "ONEWAY"; MHLC: Multidimensional-Health-Locus-of-Control (Wallston et al. 1978). v.m.: valor medio; s: desviación estándar (Rating: 1: "apruebo absolutamente" a 6: "rechazo absolutamente"). * Diferencias significativas según el test F

En cuanto a *diferencias entre los conceptos subjetivos de control para ambas enfermedades* se puede ver en la tabla 9 que los españoles muestran, igual que en los conceptos causales, conceptos más diferenciados que los alemanes. El grupo español diferencia prácticamente en todos los factores de control entre una enfermedad cancerígena y un infarto de miocardio, dándole a casi todos los factores más importancia para el infarto de miocardio, excepto al factor "predestinación". Este factor también es más valorado para el cáncer por el grupo alemán, mientras que a los factores personales les atribuyen más importancia para el infarto de miocardio.

Tabla 9.- Diferencias en las convicciones de control entre cáncer e infarto de miocardio¹⁾

Convicciones de control*	Comparación de las enfermedades					
	Alemanes			Españoles		
	DS	T-test	p	DS	T-test	p
Capacidad de los médicos	IC>CA	-4.02	.0001	IC>CA	-3.32	.001
Concepción propia de la vida	IC>CA	-3.13	.002	IC>CA	-4.11	.0001
Comportamiento propio	IC>CA	-5.23	.0001	IC>CA	-5.70	.0001
Apoyo de la familia/cónyuge	ninguna	-1.63	n.s.	IC>CA	-4.59	.0001
Apoyo de amigos y conocidos	ninguna	-1.29	n.s.	IC>CA	-4.17	.0001
Esfuerzo/interés de los médicos	ninguna	-2.02	n.s.	IC>CA	-2.84	.005
Predestinación	CA>CI	2.94	.004	ninguna	1.75	n.s.
Avances de la medicina	ninguna	0.24	n.s.	IC>CA	-3.34	.001

(N: 216; 108 personas por grupo; muestras paralelas en sexo, formación escolar y edad). 1) T-test para muestras dependientes; programa: SPSS/PC+ "T-TEST/PAIRS". * Ítems con diferencias significativas de 9 ítems presentados (EKO; convicciones de control en cuanto a enfermedades; Muthny, en prensa). IC: infarto de miocardio; CA: cáncer.

DISCUSION

En un estudio comparativo transcultural se analizaron las atribuciones causales así como las convicciones de control en cuanto al cáncer y al infarto de miocardio, en dos grupos culturales (alemanes y españoles). El objetivo principal de ese estudio fue el registro de conceptos subjetivos de personas sanas sobre ambas enfermedades, así como la influencia de aspectos sociales y culturales sobre estos conceptos. Para ello se utilizó un cuestionario, elaborado para estudios anteriores en Alemania, donde se mostró válido y fiable (véase Lerch y Kramer 1995), y el cual se adaptó para España. El principal objetivo fue obtener información relevante y práctica para mejorar el planificación y la realización de medidas de tratamiento y prevención.

El grupo analizado en este estudio estaba compuesto de dos muestras paralelas (*matched samples*; 108 personas por grupo) en cuanto al sexo, formación escolar y edad. La relación entre varones y mujeres fue en ambos grupos 51:49% y la media de edad fue de 51 años e idéntica para ambos grupos. Esta alta media de edad fue intencionada para poder comparar los resultados con los de personas enfermas. Tampoco en las otras variables sociodemográficas se encontraron diferencias significativas, por lo que se puede deducir que se alcanzó el objetivo de paralelización.

En cuanto a las atribuciones causales para un infarto de miocardio dominó en ambos grupos un concepto psicosocial de estrés, lo que concuerda con el conocimiento científico actual. Los alemanes mostraron sin embargo el concepto más amplio con cuatro causas principales (estrés y acoso de la vida, problemas de trabajo, conducta inadecuada de la vida y costumbres desfavorables), valorado por más del 80% de las personas como muy importante. Los españoles sin embargo mostraron más bien un concepto unicausal, con el factor "estrés y acoso de la vida" como principal causa, valorada por el 83% como muy importante. Diferencias significativas se pudieron observar en la mayoría de las 20 causas presentadas, valorando los alemanes más los problemas familiares e intrapsíquicos como causa de un infarto de miocardio. La dominancia de un modelo de estrés en el concepto causal encontrada en este estudio coincide con los resultados de otros trabajos tanto con personas sanas como con enfermos (véase. Faller, 1990a; Sloan y Gruman, 1983).

La diferencia encontrada en estudios anteriores entre un modelo "externo" de estrés dominante en enfermos y un modelo "personal" de estrés dominante en personas sanas (Myrtek, 1985; Sloan y Gruman, 1983), sólo se pudo confirmar en este estudio para el grupo alemán, mientras que los españoles mostraron un concepto causal más bien externo.

En cuanto al concepto causal del cáncer, predominó en ambos grupos como factor principal la "contaminación ambiental" (76% alemanes; 56% españoles). Sin embargo se pudieron observar diferencias en otras causas importantes. Mientras que los alemanes señalaron como otras causas importantes aspectos internos, el grupo español

señaló aspectos externos. Estas diferencias culturales se pueden entender mejor considerando la cultura española como representante de una "cultura colectivista", que se orienta más en las estructuras y los valores familiares y sociales, mientras que Alemania representa más bien una "cultura individualista", para la cual el principal punto de orientación es la persona misma y sus valores individuales (véase Triandis, 1990; Trommsdorf, 1989). Esta mayor orientación hacia el grupo y la sociedad puede servir como explicación para la tendencia de atribución externa encontrada en el grupo español. En cuanto a las atribuciones causales globales mostraron los alemanes para ambas enfermedades un concepto de combinación de causas psíquicas y corporales, mientras que los españoles prefirieron un concepto corporal.

También en la comparación de los conceptos causales de ambas enfermedades se mostraron diferencias culturales. Los españoles mostraron conceptos más diferenciados que los alemanes. Especialmente valoraron los aspectos externos (p.ej. accidentes anteriores, faltas de los médicos) como más importantes para un infarto, aunque en general las diferencias fueron en ambos grupos similares, dándole tanto alemanas como españoles más importancia a las causas presentadas para un infarto.

El estilo atributivo más bien externo de los españoles que se pudo apreciar en las atribuciones causales, se muestra más claramente en las **convicciones de control**. Este estilo existe tanto en las convicciones generales de control como en las convicciones de control específicas para cáncer e infarto de miocardio. Los alemanes muestran en ambas enfermedades principalmente convicciones de control personales, mientras que los españoles valoran más los aspectos externos de control.

En el caso de un infarto de miocardio el factor principal para la mayoría de los alemanes es el comportamiento propio (89%), seguido de la "concepción propia de la vida" y del "apoyo familiar". Los españoles nombran claramente los "avances de la medicina" y el "esfuerzo de los médicos" como los factores de control principales, seguidos de la "concepción propia de la vida" y del "comportamiento propio". Esta diferencia cultural en cuanto a la dimensión "interna-externa" se puede observar también en las convicciones de control en cuanto al cáncer. Los españoles muestran también aquí convicciones de control externas, especialmente con respeto a aspectos médicos, mientras que los alemanes valoran más al apoyo familiar y factores de hábitos personales. Estas diferencias en el rango se pueden corroborar mediante los análisis de las diferencias en los promedios, en los que se pudo observar que los alemanes le dan más importancia que los españoles a factores de complejos habituales personales de comportamiento para ambas enfermedades, y a aspectos de apoyo familiar y social en cuanto al infarto de miocardio. Las diferentes convicciones de control se mostraron más clara y significativamente en el análisis de las convicciones generales de control en cuanto a enfermedades (*Health-Locus-of-Control*), valorando los españoles con más importancia que los alemanes tanto al factor "*External-Powerful-Others*" como al factor "*External-Chance*". Interesante e importante es también el gran valor que ambos

grupos le atribuyen al apoyo familiar. Este resultado muestra que la importancia que la ciencia actual atribuye al apoyo social para el afrontamiento psicológico de enfermedades graves, ha cuajado en la población.

La comparación de ambas enfermedades en cuanto a las convicciones de control mostro principalmente diferencias con respecto a una mayor valoración de aspectos psicosociales y médicos para un infarto de miocardio, lo cual sugiere que esta enfermedad es considerada como mejor controlable. Al igual que en los conceptos causales, también en el concepto de control se mostraron los españoles más diferenciados en sus conceptos, concediendo más importancia al apoyo familiar y social en el caso de un infarto de miocardio.

Los resultados de este estudio corroboran claramente la importancia que tienen los factores sociales y culturales para la planificación y realización de programas psicológicos y médicos de salud, así como para el tratamiento y la prevención terciaria de enfermedades graves. Según los resultados de este estudio se puede deducir que el modelo biomédico causal y de control ha cuajado especialmente en la población alemana, lo que significa que ahora se necesitan más bien conceptos de prevención diferenciados en cuanto a grupos de riesgo, poniendo el mayor ímpetu en iniciativas específicas para modular el comportamiento habitual de las personas. La orientación interna de los alemanes se debería usar para resaltar más las ventajas y los aspectos positivos de hábitos sanos para cada uno, en lugar de insistir en los aspectos negativos de algunos hábitos, como se ha hecho hasta el momento y se sigue haciendo en las campañas de promoción de salud para motivar cambios en los hábitos personales.

En el caso de los españoles sería más eficaz seguir una doble estrategia. Antes de promover cambios en los hábitos de comportamiento, hay que aumentar el nivel informativo en cuanto a los conocimientos médico-científicos actuales. En estas campañas se pueden elaborar conceptos específicos de información sobre la base de la actitud "colectivista" y de la mayor confianza que los españoles manifiestan ante los médicos (véase Bermejo y Muthny 1994). Tanto para españoles como para alemanes es importante que se establezcan conceptos personales e individuales para transmitir la información y promover hábitos saludables.

Los resultados de este estudio muestran la importancia que debe concederse a aspectos culturales en los análisis y discusiones científicas sobre actitudes y hábitos de personas, así como en cuanto a la prevención y el tratamiento de enfermedades graves. La consideración de estos aspectos culturales puede sugerir puntos de partida para plantear medidas más específicas para subgrupos y promover la conciencia y la actitud sobre la salud de un modo más adecuado en una sociedad multicultural.

REFERENCIAS

- Albrecht G. Auswirkungen der Entwurzelung und der Arbeitslosigkeit bei ausländischen Arbeitnehmern und ihren Familien. In: A. Boroffka. y W.M. Pfeiffer (Hrsg.): *Fragen der transkulturellen Psychiatrie in Europa (Referate und Arbeitspapiere anlässlich eines Symposiums in Kiel vom 5.4. -8.4.1976)*, 24-36.
- Bayés R. *Psicología oncológica: Prevención y terapéutica psicológicas del cancer*. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
- Bengel J. *Gesundheit, Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, 1993.
- Bermejo I y Muthny FA. Krankheitsverständnis und Kontrollüberzeugungen Gesunder zu Krebs und Herzinfarkt - eine transkulturelle Vergleichsstudie mit Deutschen und Spaniern. *Z Med Psychol*, 1994, 3: 119-130.
- Beutel M. *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim: Verlag Chemie, 1988.
- Blumhagen D.: Hyper-Tension: A folk illness with a medical name. *Cult Med Psychiatry*, 1980, 4, 197-227.
- Costa M y López E. *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca, 1989.
- Faller H. *Subjektive Krankheitstheorien und Krankheitsverarbeitung bei Herzinfarkt-rehabilitanden*. Frankfurt/M: Peter Lang, 1990a.
- Faller H. Subjektive Krankheitstheorie. Coping und Abwehr-konzeptuelle Überlegungen und empirische Befunde. En: FA Muthny, (Hrsg.). *Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Befunde und empirische Ergebnisse*. Berlin: Springer, 1990b, 131-142.
- Filipp SH. Subjektive Theorien als Forschungsgegenstand. En: R Schwarzer, (Hrsg). *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Ein Lehrbuch. Hogrefe, 1990, 247-262.
- Fiske ST y Taylor SE. *Social cognition*. Reading. Mass: Addison-Wesleg, 1984.
- Hasenbring M. Zum Stellenwert subjektiver Theorien im Copingkonzept. En: FA Muthny, (Hrsg.). *Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Befunde und empirische Ergebnisse*. Berlin: Springer, 1990, 78-87.
- Heider F. *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley, 1958.
- Hui CH y Triandis HC. Multistrategy approach to cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1983, 14, 65-83.
- Hull D. Migration, Adaptation an Illness: A review. *Soc Sci Med*, 1979, 13, 25-36

- Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkley: University of California Press, 1980.
- Kruglanski AW, Balwin MD y Towson SMJ. Die Theorie der Laienepistemologie. En: D Frey y M Irlc, (Hrsg.). *Theorien der Sozialpsychologie, Bd. III: Motivations- und Informationsverarbeitungstheorien*. Bern, Stuttgart: Hans-Huber-Verlag, 1985, 293-314.
- Lerch J y Kramer P. *Laientheorien und Krankheitverständnis Gesunder zu Krebs und Herzinfarkt. Empirische Ergebnisse und ihre Konsequenzen für Prävention und Rehabilitation*. Münster: Lit-Verlag, 1995.
- Muthny FA. Persönlich erlebte Ursachen für die Erkrankung (PUK) und erkrankungsbezogene Kontrollüberzeugungen (EKO). Weinheim: Beltz, (en prensa).
- Muthny FA, Bermejo I y Heckl U. Verarbeitungswege und Bewältigungs-kompetenzen im interkulturellen Vergleich. En: W Jaede y A Portera, (Hrsg.). *Begegnung mit dem Fremden: Interkulturelle Beratung, Therapie und Pädagogik in der Praxis*. Köln: GwG-Verlag, 1993, 147-173.
- Myrtek M. Streß und Typ-A-Verhalten, Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit? Eine kritische Bestandsaufnahme. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 1985, 35: 54-61.
- Özelsel MM. *Gesundheit und Migration. Eine psychologisch-empirische Untersuchung an Deutschen sowie Türken in Deutschland und in der Türkei*. München: Profil, 1990.
- Pfeiffer WM. *Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. 2. neu bearb. und erw.* Stuttgart: Aufl., Thieme, 1994.
- Pfleiderer B y Bichmann W. *Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethno-medizin*. Berlin: Reimer, 1985.
- Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. En: JT Cacioppo y DR Petty, (Eds.). *Social psychophysiology*. New York: Guilford, 1983, 153-176.
- Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographies*, 1966, 80.
- Schwarzer R. *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe, 1992.
- Sloan RP y Gruman JC. Beliefs about cancer, heart disease and their victims. *Psychol Rep*, 1983, 52: 415-424.
- Thomas A, (Hrsg.). *Kulturvergleichende Psychologie. Eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe, 1993.

Triandis HC. Cross-cultural studies of individualism and collectivism. En: Ber-
man JJ, (ed.). *Nebraska Symposium on Motivation (Vol. 37)*. Lincoln y London:
University of Nebraska, 1990.

Triandis HC y Marín G. Etic plus emic versus pseudoetic: A list of basic assump-
tions of contemporary cross-cultural psychology. *Journal of Cross-Cultural Psy-
chology*, 1983, 14S: 489-500

Trommsdorff G. Sozialisation und Werthaltungen im Kulturvergleich. En:
Trommsdorff G, (Hrsg.). *Sozialisation im Kulturvergleich*. Stuttgart: Ferdinand
Enke Verlag, 1989, 97-121.

Vernon SW, Vogel VG, Halabi S, Jackson GL, Lundy RO y Peters GN. Breast
cancer screening behaviors and attitudes in three racial/ethnic groups. *Cancer*,
1992, 69: 165-174.

Verres R. *Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vor-
sorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von
Krebserkrankungen*. Berlin: Springer-Verlag, 1986.

Wallston KA, Wallston BS y DeVellis R. Development of the Multidimensional
Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 1978, 6:
161-170.

Zimmermann E. Krankheit und Kranksein aus soziokultureller Sicht. Ein Beitrag
zur Medizin der Migration. En: E Schröder y DH Friebem, (Hrsg.). *George Deve-
reux zum 75. Geburtstag. Eine Festschrift (Curare Sonderband 2/1984)*.
Braunschweig: Vieweg y Sohn, 1984, 88-96.