

## PERCEPCION DE LA ENFERMEDAD MENTAL A TRAVES DE HISTORIETAS

Guillermina Natera,<sup>1</sup> Margarita Casco,<sup>1</sup> Laura González<sup>1</sup>  
y Juan Newell<sup>1</sup>

### Introducción

En los últimos 40 años comenzó la investigación sobre las percepciones y actitudes ante la enfermedad mental (1, 2) y, más recientemente, se han realizado gran número de estudios transculturales en América, Africa y Asia (3, 4). En América Latina este tipo de estudios es escaso (5-7); en México sólo se ha publicado una investigación transcultural entre una provincia y un poblado de Texas (8). Asimismo, las poblaciones de estudio han sido distintas y han abarcado tanto a profesionales de la medicina (9-12), a pacientes (13, 14) y a la población general (15-23). También han variado las técnicas que se utilizaron: cuestionarios, entrevistas, escalas de opiniones y de actitudes, y empleo de historietas. Este último es el instrumento más utilizado en la actualidad, desde que se aplicó por primera vez para la medición del cambio de actitudes en el tiempo (24).

El conocimiento de las percepciones y actitudes ante la enfermedad mental es importante, pues orienta sobre las medidas que se deben tomar para la prevención y el tratamiento comunitario. De manera general se puede decir que en Occidente la percepción de la comunidad respecto a la enfermedad mental ha pasado por dos eta-

pas: antes del decenio de 1960 denotaba pesimismo, existía más negación que tolerancia, se rechazaba y se temía al enfermo mental y, por otro lado, se desconfiaba del especialista y se desconocían sus funciones, por lo que casi siempre se acudía al médico general (1). Los resultados de estudios posteriores son dispares. Unos demuestran un cambio de actitud: se empieza a aceptar al enfermo mental y se identifica a la enfermedad mental como a cualquier otra. Este cambio se atribuye al impulso de la medicina comunitaria y a los programas educativos. Sin embargo, otros investigadores lamentan que el público se haya formado una imagen de la enfermedad mental muy parcializada que se inserta solo dentro del modelo médico y que haya perdido de vista el aspecto psicosocial; opinan que difundir la idea de que la enfermedad mental es como cualquier otra supone una concepción moralista que no toma en cuenta los aspectos precipitantes cotidianos de la enfermedad, tales como la pobreza, el desempleo, el aislamiento, el ruido, etc. (16, 25).

Este estudio se llevó a cabo de noviembre de 1981 a mayo de 1982 y forma parte de una investigación más amplia que se realiza para conocer la representación social de la enfermedad mental en un sector de la ciudad de México. En él se compara la percepción de los trastornos mentales en dos comunidades de diferente nivel socioeconómico mediante el empleo de historietas y cuestionarios.

<sup>1</sup> Instituto Mexicano de Psiquiatría, Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Dirección postal: Antiguo Camino a Xochimilco 101, 14370 México, D.F., México.

## Materiales y métodos

Se utilizó la técnica del informante, que ya se aplicó en México y otros países para el estudio del alcoholismo (26, 27). Consiste en seleccionar al azar miembros de la comunidad para que informen acerca de la percepción de algún problema que exista dentro de su grupo de pertenencia. Con los informantes se integran equipos que se reúnen durante unas tres horas para responder un cuestionario según el consenso del grupo. El moderador del grupo anota las respuestas de los integrantes; el investigador sólo está presente para resolver dudas y asegurar la participación de todos. Los informantes se seleccionan sobre la base de criterios demográficos tales como sexo, edad y ocupación.

En esta investigación se eligieron dos comunidades ubicadas en el sur del Distrito Federal: una de bajos recursos económicos con características de marginalidad y otra de altos recursos. La primera comunidad comenzó a formarse en 1953 con emigrantes del campo que se posesionaron de las tierras; según datos censales suministrados por la delegación política y el mapa de la zona, en 1980 tenía una población de 44 000 habitantes distribuidos en 171 manzanas. En los últimos seis años se le proporcionó servicios de luz, agua, pavimentación, etc. Sin embargo, aún existen muchas casas de láminas de asbesto, otras que no tienen agua potable, y varias familias con problemas de tenencia de la tierra. Respecto a servicios asistenciales tiene un centro de salud, centros comunitarios y consultorios privados. La comunidad de altos recursos económicos está totalmente urbanizada y cuenta con servicios públicos de alta calidad, áreas verdes y un sistema de seguridad policíaco riguroso. Se trata de una colonia totalmente residencial que se creó alrededor de 1960; en 1982 tenía unos 2 000 habitantes distribuidos en 35 manzanas. En el cuadro 1 se muestran algunas características socioeconómicas de las dos comunidades.

**CUADRO 1—Características socioeconómicas de las comunidades estudiadas, México, 1981-1982.**

	Comunidad de bajos recursos económicos (n = 103)	Comunidad de altos recursos económicos (n = 28)
<i>Escolaridad</i>		
13 a 16 años de estudios	14%	53%
17 a 20 años de estudios	1%	7%
<i>Actividad</i>		
Estudiante	31%	28%
Tareas del hogar	24%	21%
Técnico, empleado, comerciante	39%	—
Profesional	3%	50%
No se registró	3%	—
<i>Ingreso (Mex\$)<sup>a</sup></i>		
< 5 000	29%	—
6 000 a 10 000	33%	—
11 000 a 20 000	23%	4%
> 20 000	8%	90%
No se registró	7%	6%

<sup>a</sup> En 1981 la paridad US\$-Mex\$ era de Mex\$ 24 por US\$.

Para la selección de las muestras se enumeraron las manzanas de cada comunidad y se eligió al azar un número de ellas proporcional al tamaño de la comunidad. Se entrevistó al jefe de manzana<sup>2</sup> seleccionada y se le pidió que formara un grupo con seis miembros de su misma manzana según criterios de sexo y edad establecidos, ya que se diseñaron tres tipos de muestras: únicamente hombres, únicamente mujeres y mixtos; solo se incluyó a la población mayor de 15 años. La muestra representativa de la comunidad de escasos recursos estuvo compuesta por 103 personas de las que 55 eran hombres y 48 mujeres, con una edad promedio de 20 a 29 años para los hombres y 30 a 39 para las mujeres. Por su parte, la muestra correspondiente a la comunidad de altos re-

<sup>2</sup> En México, cargo público. Es elegido cada dos años por los habitantes de la manzana y debe ser mayor de 18 años.

cursos se integró con 28 sujetos de los cuales 16 eran hombres de 20 a 29 años y 12 mujeres de 40 a 49 años de edad promedio.

Sobre la base de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades se elaboraron siete historietas que describían casos hipotéticos de las siguientes enfermedades: debilidad mental, esquizofrenia, depresión, paranoia, histeria, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo. Después del relato de cada historieta se hicieron preguntas sobre la información, el pronóstico, la actividad que pueden realizar los enfermos, la causa y el tratamiento de cada una de las enfermedades (Anexo). También se incluyeron dos cuestionarios, uno para conocer la información que reciben a través de los medios de comunicación y otro sobre aspectos generales relacionados con la salud. Se probaron el contenido y el lenguaje de las historietas y cuestionarios para asegurar que las preguntas satisficieran el objetivo del estudio; las modificaciones que se hicieron fueron mínimas.

Para realizar la investigación se visitó varias veces a los principales líderes de ambas comunidades con el fin de explicarles el objetivo del estudio y buscar su apoyo para que la comunidad cooperara. Todas las entrevistas estuvieron a cargo de psicólogos y, por lo general, se llevaron a cabo durante las noches o fines de semana; cada reunión tuvo una duración aproximada de tres horas y media. Para ingresar a la comunidad de altos recursos se presentaron varios obstáculos, ya que los jefes de manzana eran personas que tenían múltiples ocupaciones que dificultaban su entrevista y, además, manifestaron resistencia a comunicarse con los vecinos para integrar los grupos porque no los conocían o temían ser rechazados; algunos se negaron a participar debido a que en ese momento recibían algún tipo de tratamiento psicológico. Por estos motivos solo se pudieron formar cinco de los 8 a 10 grupos que se pensaba integrar.

## Resultados

La actitud de los participantes en las reuniones de grupo fue bastante diferente en ambas comunidades. En la de escasos recursos económicos se referían con mayor libertad a sus propios problemas, sobre todo en el caso de la debilidad mental y del alcoholismo. Asimismo, conocían mejor su comunidad y, por consiguiente, podían hablar mucho más sobre lo que pasaba en su propia manzana. En la comunidad de altos recursos hablaban en forma impersonal y existía mayor desconocimiento de lo que sucedía en la colonia.

Es conveniente señalar que entre la población joven y la adulta se manifestaron actitudes distintas para contestar las preguntas, en especial en la comunidad de escasos recursos: los grupos de jóvenes continuamente cuestionaban al investigador acerca de lo que se entiende por enfermedad mental, hacían referencia a la connotación ideológica del término e indicaban que es un concepto muy difícil de precisar. Estas discusiones fueron muy poco frecuentes en la comunidad de altos recursos, donde sus integrantes percibían menos un trasfondo ideológico en los cuestionarios y opinaban más sobre la forma en que estaba hecha la pregunta.

### *Identificación de casos y percepción de la enfermedad*

En la comunidad de escasos recursos económicos los informantes percibieron que de 40 a 50% de la población adulta padecía el alcoholismo. Después del alcoholismo, las enfermedades más graves reconocidas en orden de importancia fueron depresión, debilidad mental (sobre todo en los niños), esquizofrenia y trastorno obsesivo-compulsivo; asimismo opinaron que la mayor parte de los habitantes de la comunidad tenían rasgos de depresión. En la comunidad de recursos económicos elevados la depresión y el alcoholismo

fueron las enfermedades más importantes, seguidas por la paranoia, la histeria y la esquizofrenia y, por último, la debilidad mental y la neurosis obsesivo-compulsiva. Los informantes comentaron que la mayor parte de los habitantes de la comunidad demostraban rasgos paranoides, ya que la colonia tenía abundantes controles de seguridad y cada casa contaba, además, con un sistema de seguridad moderno.

Se establecieron cinco categorías para cada una de las enfermedades, a saber, información, pronóstico, actividad del enfermo, causa y tratamiento. Las respuestas del cuestionario adjunto a las historietas se calificaron con un puntaje de 0 a 2 según el grado de desconocimiento acerca de cada categoría (cuadro 2). Posteriormente se obtuvo el promedio para cada categoría y se calcularon porcentajes para elaborar las gráficas de la figura 1. Se aplicó  $\chi^2$  para evaluar las diferencias, que solo se mencionan cuando fueron significativas.<sup>3</sup>

*Información.* Indica el nivel de conocimiento de la enfermedad. En ambas comunidades existía información acerca de cada una de las enfermedades estudiadas. La debilidad mental e histeria presentaron mayor diferencia; sin embargo esta no fue estadísticamente significativa. La historietas que reveló más conocimientos por parte de ambas comunidades fue la de alcoholismo; asimismo, fue una de las enfermedades de la que se identificó mayor número de casos. La histeria y el trastorno obsesivo-compulsivo no fueron consideradas como enfermedades, a pesar de que se reconocieron sus síntomas. Se manifestó rechazo a estas perturbaciones mediante la opinión de que las personas que las padecen tratan de llamar la atención, son egoístas, a complejadas y les falta cariño; como no hacen daño, no se les teme. Al

**CUADRO 2—Escala de calificación para las respuestas a las categorías de las siete historietas en dos comunidades, México, 1981-1982.**

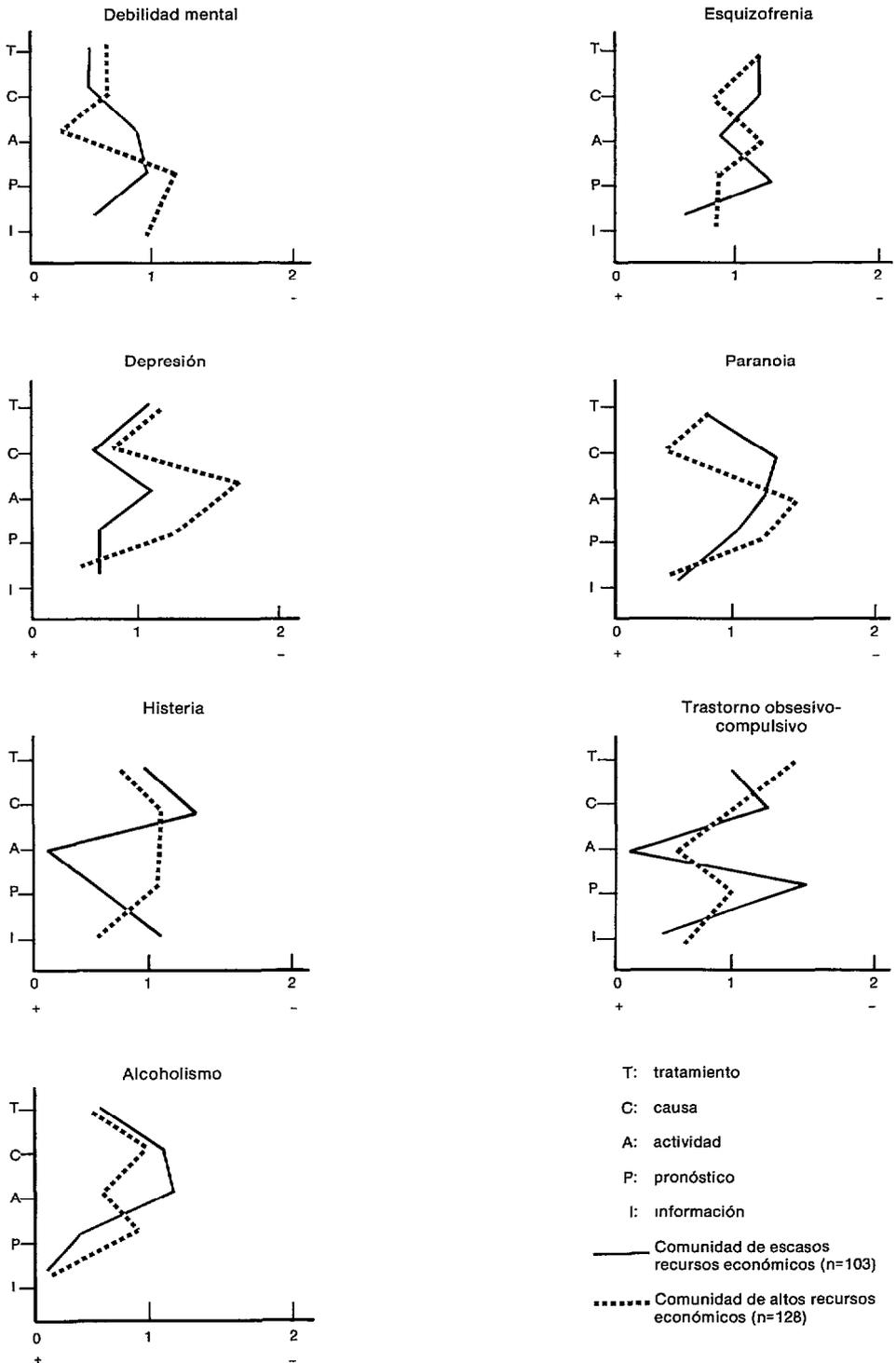
Categoría	Calificación		
	0	1	2
Información	Buena	Regular	Se desconoce
Pronóstico	Mejorará	Seguirá igual	Empeorará
Actividad del enfermo	Posible con restricciones reales	Es posible con restricciones	Imposible
Causa	Real	Real y mágica	Mágica, religiosa o equivocada
Tratamiento	Medicina especializada	Médico general	Curandero No se requiere

obsesivo-compulsivo se lo describió como una persona que busca la perfección y, por miedo al fracaso, desarrolla este tipo de conductas, pero estas fueron consideradas buenas cualidades en las dos comunidades. Por otra parte, en ambas comunidades se percibió al paranoico como uno de los enfermos más violentos, por consiguiente se le teme, igual que al alcohólico y al drogadicto. En la comunidad de bajo nivel socioeconómico la esquizofrenia se asoció con el "loco" inofensivo que deambula por las calles, pero también con la persona en situación de crisis violentas debidas al consumo excesivo de alcohol o drogas. En la comunidad de alto nivel socioeconómico se identificó al esquizofrénico, se lo asoció con el hippie o con el intelectual, y se expresaron juicios moralistas. Incluso en algunos grupos se la negó como enfermedad y se manifestó que la historietas se refería a conductas extravagantes que el sujeto puede cambiar con la edad.

*Pronóstico.* Trata de la predicción de la recuperación. En esta categoría fue donde se encontraron mayores diferencias significativas entre las respuestas de ambas comunidades ( $\chi^2 = 9,77$ ;  $p \geq 0,01$ ). En la

<sup>3</sup>  $\chi^2$  se obtuvo de la frecuencia de respuestas que se registraron en las celdillas correspondientes a 0, 1 y 2 para cada categoría, por enfermedad.

**FIGURA 1—Percepción de la enfermedad y del enfermo mental a través de siete historietas en dos comunidades de diferente nivel socioeconómico, México, 1981-1982.**



comunidad de escasos recursos se manifestó mayor tendencia a pensar que el paciente seguiría igual no obstante el tratamiento, excepto el enfermo de depresión. En la comunidad de altos recursos el pronóstico fue todavía más negativo, ya que los informantes opinaron que el enfermo empeoraría, a excepción de la esquizofrenia que, al percibirse como una conducta voluntaria, puede cambiar cuando el paciente lo quiera. El alcoholismo tuvo mejor pronóstico en ambas comunidades. Por otra parte los participantes opinaron que el paranoico, el alcohólico y el esquizofrénico corren el riesgo de convertirse en delincuentes si no reciben atención.

*Actividad.* Se refiere a la posibilidad de que la persona enferma asista a la escuela o trabajo. En la comunidad de altos recursos se encontró mayor tendencia a manifestar que el enfermo mental no puede trabajar o estudiar, principalmente aquellos que sufren depresión y paranoia. En cambio, en la comunidad de bajos recursos la tendencia se orientó a pensar que el débil mental, el alcohólico, el esquizofrénico, el paranoico y el histérico pueden estudiar o trabajar, ya que la satisfacción de sus necesidades económicas así lo requiere. En ambas comunidades los informantes expresaron que el obsesivo-compulsivo, por sus mismos rasgos, es el más capacitado para realizar un trabajo.

*Causa.* La respuesta fue poco específica en ambas comunidades y por lo general fue una opinión estereotipada. Se adjudicaron muchas causas a la enfermedad: factores genéticos o hereditarios, familiares y sociales. No se encontraron respuestas de tipo mágico, aunque en la comunidad de bajos recursos se señaló que en el pasado se pensaba que los trastornos mentales eran producto del mal de ojo o de la brujería. En esta comunidad se insistió en que las malas relaciones familiares y la falta de afecto eran las principales causas de enfermedad. Asimismo se hizo hincapié en los problemas socioeconómicos

tales como falta de ingresos y de trabajo, necesidades no satisfechas, problemas legales de tenencia de la tierra, y carencia de actividades sociales, sobre todo para la depresión y el alcoholismo. En el caso de la debilidad mental se adujeron causas físicas tales como traumatismos sufridos durante el embarazo o el parto. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p \geq 0,05$ ) respecto a la idea que se tiene sobre la causa de la paranoia. En la comunidad de escasos recursos los participantes opinaron que se debe a factores externos como la publicidad, porque manipula a la gente y fomenta la desconfianza, y también al alcoholismo; en la comunidad de altos recursos manifestaron que la ocasionan tanto factores externos como internos. En general en esta comunidad la causa de la enfermedad se relacionó más con factores psicológicos que con aspectos de otra naturaleza tales como los sociales.

*Tratamiento.* En ambas comunidades fue común la opinión de que la debilidad mental, la paranoia y el alcoholismo deben ser tratados por un especialista ya sea médico, psiquiatra, psicólogo o psicoanalista. Los enfermos de paranoia, esquizofrenia y alcoholismo deberían hospitalizarse porque son las personas más violentas, sobre todo en situación de crisis. En ambas comunidades los informantes coincidieron en que el tratamiento especializado que imparte alcohólicos anónimos es el más adecuado para el alcohólico. En la población de bajos recursos económicos la ayuda de la familia se consideró un aspecto importante en el tratamiento de todas las enfermedades. Para la debilidad mental se juzgó conveniente que el tratamiento se imparta en escuelas especiales, porque ocasiona menos conflicto en el niño y este recibe más ayuda. En la comunidad de altos recursos fue más común la opinión de que los enfermos de depresión deben recibir tratamiento psiquiátrico.

Por otra parte, respecto a la informa-

ción que reciben sobre la enfermedad mental a través de los diferentes medios de comunicación, la comunidad de escasos recursos económicos se refirió a varios programas que se transmiten por radio y televisión sobre aspectos relacionados con la salud, principalmente aspectos psicológicos tales como las relaciones familiares y el trato con los hijos. En la comunidad de altos recursos los periódicos y libros que se leen y los programas que se ven por televisión no se refieren a la salud; es posible que el conocimiento que tienen sus integrantes proceda de su cultura general, escolaridad o contacto con profesionales del ramo.

## Conclusiones

No se observaron diferencias muy marcadas en la percepción de la enfermedad mental en ambas comunidades. Esta es similar a la concepción dominante de la enfermedad mental dentro del modelo médico occidental vigente. Los resultados solo indican la existencia de mayor o menor conocimiento dentro de la misma concepción. Este hallazgo merece destacarse porque en la comunidad de bajos recursos económicos el 80% de la población proviene del campo, donde los trastornos mentales tienen explicaciones mágicas o religiosas, y también una terapia más relacionada con la herbolaria o acciones para neutralizar la causa que los originó. Esto puede ser un indicador de la efectividad de los medios de comunicación y del trabajo comunitario que se realiza. Faltaría corroborar si tal percepción ha inducido a las personas a desarrollar conductas diferentes que mejoren su salud.

Las diferencias de clases sociales se manifestaron principalmente al señalar la causa de las enfermedades, ya que la comunidad de escasos recursos hizo mayor hincapié en los problemas económicos, la alimentación y los conflictos legales de tenencia de la tierra. En general los inte-

grantes de la comunidad de altos recursos pusieron más obstáculos o demostraron mayor incapacidad para integrar al enfermo mental a una actividad. Una posible explicación es que los habitantes de la comunidad de altos recursos no necesitan trabajar, mientras que los de la comunidad de bajos recursos, como ellos lo mencionaron, deben trabajar para satisfacer sus necesidades.

En ambas comunidades los informantes opinaron que las enfermedades más graves son las que se caracterizan por conductas violentas como el alcoholismo, la paranoia y la esquizofrenia. Por otra parte llama la atención el concepto que expresaron del buen trabajador, ya que este es aquel que hace su trabajo de una manera perfecta y ordenada. El alcoholismo se manifestó como la enfermedad más importante, de la que se identificó mayor número de casos y para la que se conocía mejor quién podría ayudarlos. Sin embargo, en la comunidad de escasos recursos el alcohólico fue el que presentó mayores dificultades para realizar alguna actividad, posiblemente porque en esa comunidad la imagen del alcohólico es la de una persona con mayor deterioro y que consume más alcohol que en la comunidad de altos recursos.

Respecto al método, se puede concluir que permitió obtener información muy amplia. Surgieron algunos obstáculos para su aplicación en la comunidad de recursos elevados, primero porque sus integrantes tenían temor al rechazo y a compartir con personas desconocidas, ya que a pesar de que eran vecinos no se conocían. Esto podría indicar que la concepción que tienen no es respecto a su colonia sino del grupo social al que pertenecen. En la comunidad de escasos recursos no se presentó este problema, pues hay mayor comunicación entre sus habitantes. Por último, en todos los grupos que se formaron en ambas comunidades se manifestó mucho interés por el tema, hecho que amerita tareas comunitarias futuras.

## Resumen

Para conocer la función de la enfermedad mental en México, de noviembre de 1981 a mayo de 1982 se realizó una investigación por medio de la técnica del informante en dos comunidades de diferente nivel socioeconómico, una de altos recursos (n = 28) y otra con características de marginalidad (n = 103) localizadas en el sur del Distrito Federal. Se utilizaron siete historietas con un cuestionario general. Las historietas describían casos hipotéticos de las siguientes enfermedades: debilidad mental, esquizofrenia, depresión, paranoia, histeria, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo. En relación con cada una de las enfermedades se analizaron cinco categorías: información, causa, actividad del enfermo, pronóstico y tratamiento. En la comunidad de escasos recursos se encontró una asociación más fuerte de la enfermedad mental con factores sociales; sin embargo, la percepción general de la enfermedad mental fue muy

semejante en ambas comunidades y correspondió al modelo médico vigente. A pesar de que los integrantes de la comunidad de escasos recursos procede en su mayoría de zonas rurales donde se acude a la herbolaria, al curanderismo o a la brujería, parecería que los medios de comunicación y el trabajo comunitario han contribuido a formar esta nueva percepción de la enfermedad mental. La actitud que se manifestó en las dos comunidades ante el enfermo mental dependió de la agresividad de su conducta y del peligro que presentara para la comunidad. En ambas comunidades se identificaron la histeria y el trastorno obsesivo-compulsivo, pero no se consideraron enfermedades porque quienes las padecen son inofensivos, por el contrario, sus rasgos se describieron como cualidades buenas para el trabajo y el estudio. El alcoholismo se consideró la enfermedad más grave y común en ambas comunidades y se identificó con la esquizofrenia por sus características de agresividad. ■

## REFERENCIAS

1. Rabkin, J. Opinions about mental illness: A review of the literature. *Psychol Bull* 77(3):153-171, 1972.
2. Steffani, D. Actitudes hacia la enfermedad mental. *Rev Psicol Gen Apl* (Buenos Aires) 31(139):211-234, 1976.
3. Wig, N., Suleiman, R., Routledge, R., Srinivasa, M., Ladredo-Ignacio, H., Ibrahim, H. y Harding, T. Community reactions to mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 61:111-126, 1980.
4. Erinoshio, O. y Ayonrinde, A. A comparative study of opinion and knowledge about mental illness in different societies. *Psychiatry* 41:403-410, 1978.
5. Colombo, E. R. Variables socioculturales en la enfermedad mental. *Psiquiatr Soc* 1:94-115, 1967.
6. León, C. A. y Macklin, M. Opiniones comunitarias sobre la enfermedad mental y su tratamiento en Cali, Colombia. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 17:385-395, 1971.
7. Steffani, D. Escala de actitudes hacia la enfermedad mental. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 23:202-207, 1977.
8. Heller, L. P., Chalfat, P. H., Worley, R. M. C., Quesada, M. y Bradfield, D. C. Socioeconomic class classification of abnormal behavioral and perceptions of mental health care: A cross-cultural comparison. *Br J Med Psychol* 53:343-348, 1980.
9. Cohen, J. y Struening, J. R. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *J Abnorm Psychol* 64:349-360, 1962.
10. Ellsworth, R. B. A behavioral study of staff attitudes toward mental illness. *J Abnorm Psychol* 70(3):194-200, 1965.

11. Murray, R. L. Attitudes of professional non-psychiatric nurses toward mental illness. *J Psychiatr Nurs* 7(3):117-123, 1969.
12. Spiegel, D. y Keith-Spiegel, P. Opinions of mental illness among nursing personnel in a large mental hospital. *J Clin Psychol* 25(4):451-452, 1969.
13. Manis, M., Houst, P. y Blake, J. Beliefs about mental illness as a function of psychiatric status and psychiatric hospitalization. *J Abnorm Psychol* 67(3):197-306, 1963.
14. Insua, A. M. Actitud hacia el enfermo mental en grupos sociales con diferente nivel de instrucción. *Psicol Med* 3:319-329, 1974.
15. Hollinshead, A. B. y Redlich, F. C. *Social Class and Mental Illness: A Community Study*. New York, John Wiley and Sons Inc., 1958.
16. Phillips, D. L. Rejection of the mentally ill: The influence of behavior and sex. *Am Sociol Rev* 29:679-687, 1964.
17. Nunnally, J. The communication of mental health information: A comparison of the opinions of experts and the public with mass media presentations. *Behav Sci* 2:222-230, 1957.
18. Clark, A. W. y Binks, N. M. Relations of age and education to attitudes toward mental illness. *Psychol Rep* 19:649-650, 1966.
19. Lemkau, P. V. y Crocetti, G. M. An urban population's opinion and knowledge about mental illness. *Am J Psychiatr* 118:692-700, 1962.
20. Dohrenwend, B. y Chin-Shon, F. Social status and attitudes toward psychological disorder: The problem of tolerance of deviance. *Am Soc Rev* 32(3):417-433, 1967.
21. Bentz, W. K. y Edgerton, J. W. Concensus on attitude toward mental illness in a rural community. *Arch Gen Psychiatr* 22:468-473, 1970.
22. Loman, L. Rejection of the mentally ill: An experiment in labeling. *Social Q* 17:555-560, 1976.
23. Coie, J. D., Costanzo, P. y Cox, B. G. Behavioral determinants of mental illness concerns: A comparison of community subcultures. *Am J Community Psychol* 85:537-555, 1980.
24. Star, S. The public's ideas about mental illness. Chicago (IL), University of Chicago, 1955. (Mimeografiado.)
25. Sarbin, T. R. y Mancuso, J. Fracture of a moral enterprise: Attitudes of the public toward mental illness. *J Consult Clin Psychol* 35:159-173, 1970.
26. Natera, G. El método del informante para conocer los hábitos del consumo de alcohol en una zona semirural (análisis metodológico). *Rev Enseñanza Invest Psicol (Mexico)* 7(1):91-101, 1981.
27. Smart, R. G., Natera, G. y Almendares Bonilla, J. Ensayo de un nuevo método para estudiar el consumo de alcohol y sus problemas en tres países de las Américas. *Bol Of Sanit Panam* 91(6):499-511, 1981.

### Perception of mental illness through short stories (Summary)

To understand the function of mental illness in Mexico, an informant survey was conducted from November 1981 to May 1982 in two communities of different socioeconomic level, one of high-income earners ( $n = 28$ ) and another at the poverty level ( $n = 103$ ), both located in the southern part of the Federal District. Seven short stories were used with a general questionnaire. The stories described hypothetical cases of the following diseases: feeble-mindedness, schizophrenia, depression, paranoia, hysteria, obsessive-compulsive disorder, and alcoholism. Each disease was considered in relation to five categories: information, cause, occupation of the patient,

prognosis, and treatment. In the low-income community a closer association was found between mental disease and social factors; however, the general perception of mental illness was very similar in both communities and was concordant with the current medical model. Although most of the people in the low-income community had come there from rural areas, where the custom is to consult the herbalist, the faith healer or the witch, the mass media and work in the community appear to have contributed to the development of this new perception of mental illness. The attitude expressed in the two communities to the mentally ill person depended on the aggressiveness

of his conduct and the extent of the danger he represented to the community. Hysteria and obsessive-compulsive disorder were identified in both communities, but were not regarded as illnesses because the victims were harmless; indeed, the characteristics of these illnesses were

rated as good qualities for work and study. Alcoholism was seen as the most serious illness and the most common one in both communities and, because of the aggressiveness involved, was identified with schizophrenia.

### **Percepção da doença mental através de historietas (Resumo)**

Para conhecer a função da doença mental no México, de novembro de 1981 a maio de 1982 realizou-se uma pesquisa utilizando a técnica do informante em duas comunidades de diferente nível sócio-econômico, uma de altos recursos (n = 28) e outra com características de marginalidade (n = 103) localizadas no sul do Distrito Federal. Utilizaram-se sete historietas com um questionário geral. As historietas descreviam casos hipotéticos das seguintes doenças: debilidade mental, esquizofrenia, depressão, paranóia, histeria, distúrbio obsessivo-compulsivo e alcoolismo. Em relação a cada uma das doenças analisaram-se cinco categorias: informação, causa, atividade do doente, prognóstico e tratamento. Na comunidade de escassos recursos verificou-se uma associação mais forte da doença mental com fatores sociais; porém, a percepção geral da doença mental foi muito semelhante em ambas as comunidades e correspondeu ao mo-

delo médico vigente. Apesar de os integrantes da comunidade de escassos recursos procederem em sua maioria de zonas rurais onde se recorre a ervas, curandeirismo ou bruxaria, parece que os meios de comunicação e o trabalho comunitário contribuíram para formar essa nova percepção da doença mental. A atitude que se manifestou nas duas comunidades ante a doente mental dependeu da agressividade de sua conduta e do perigo que representa para a comunidade. Em ambas as comunidades identificaram-se a histeria e o distúrbio obsessivo-compulsivo, mas não foram considerados doenças porque os pacientes são inofensivos; pelo contrário, suas características foram descritas como qualidades boas para o trabalho e o estudo. O alcoolismo foi considerado a doença mais grave e comum em ambas as comunidades e identificado com a esquizofrenia por suas características de agressividade.

### **Perception de la maladie mentale par le biais d'historiettes (Résumé)**

Pour identifier le rôle de la maladie mentale au Mexique, de novembre 1981 à mai 1982, une enquête a été effectuée dans deux communautés de niveaux socio-économiques différents, une communauté riche (n = 28) et une autre de caractéristiques marginales (n = 103) situées dans le sud du District fédéral. On a utilisé sept historiettes avec un questionnaire général. Les historiettes décrivaient des cas imaginaires des maladies suivantes : débilité mentale, schizophrénie, dépression, paranoïa, hystérie, bouleversement obsessivo-compulsif et alcoolisme. Pour chacune de ces maladies on a analysé cinq catégories : information,

causes, activité du malade, pronostic et traitement. Dans la communauté pauvre, on a constaté une association plus étroite de la maladie mentale avec les facteurs sociaux; toutefois, la perception générale de la maladie mentale a été très semblable dans les deux communautés et correspondait au modèle médical en vigueur. Bien que les membres de la communauté pauvre proviennent pour la plupart de zones rurales où l'on a recours aux herbes, aux guérisseurs ou aux sorciers, il semble que les moyens de communication et le travail communautaire aient contribué à donner une nouvelle perception de la maladie mentale. L'atti-

tude observée dans les deux communautés face au malade mental dépendait de l'agressivité de la conduite de celui-ci et du danger qu'il représentait pour la communauté. Dans les deux communautés ont été identifiés l'hystérie et le bouleversement obsessivo-compulsif, mais ils n'ont pas été considérés comme maladies car les personnes qui en sont atteintes sont inof-

fensives, et ont été décrites, au contraire, comme possédant de bonnes qualités pour le travail et l'étude. L'alcoolisme a été considéré comme la maladie la plus grave et la plus courante dans les deux communautés, et la schizophrénie a été mentionnée pour ses caractéristiques d'agressivité.

## ANEXO

### Historietas

#### *Debilidad mental*

A este niño le costó mucho trabajo aprender a caminar y a hablar y lo hizo mucho más tarde que la mayoría de los niños de su edad; aunque ya aprendió, sus movimientos son lentos y torpes y por lo general le tienen que ayudar a vestirse y a comer. En la escuela no lo han querido aceptar porque aparte de que es muy lento no entiende las órdenes sencillas que se le dan, se le tiene que explicar muchas veces y detalladamente. Casi siempre juega solo ya que le es difícil hacerlo con niños de su edad porque se aburren con él.

#### *Esquizofrenia*

Ahora les voy a describir a una persona que actúa de manera extraña y que le cuesta trabajo comprender a los demás. Generalmente anda vagando por las calles, habla de cosas tontas o sin sentido para los demás, aunque por lo común se le ve hablando solo o haciendo movimientos muy repetitivos como muecas. Siempre parece estar en su propio mundo. Se puede pasear sin hablar durante mucho tiempo y sin fijarse en nada de lo que pasa a su alrededor. Su apariencia es muy descuidada y a veces sucia.

#### *Depresión*

Esta persona siempre está muy triste, con la cabeza baja y deseos de llorar porque la vida no vale la pena. A veces prefiere no moverse y quedarse en la cama, incluso ahí llega a orinar y defecar. Siempre está pensando en que se va a morir. También se queja o se lamenta de que es muy mala, aunque en realidad no le haga daño a nadie. Casi siempre piensa que la única solución para sus problemas es la muerte.

#### *Paranoia*

Esta persona es muy desconfiada, piensa que la gente habla de ella y planea cosas malas en su contra; por ejemplo, si al salir de su casa ve que alguien pasa caminando, piensa que esa persona la está espionando; cuando oye platicar en voz baja asegura que hablan de ella o que la persiguen. Se le oye decir que es una persona diferente de la que en realidad es, por ejemplo, dice que es un rey, Napoleón, un enviado especial de Dios, etc. También dice que escucha y ve cosas que los demás no ven ni oyen, que esas voces lo amenazan o maldicen, y hace cosas que no

quería hacer pero que esas voces le ordenaron.

### *Histeria*

Ahora les voy a describir a otra persona que siempre quiere llamar la atención. Platica todo con exageración, como si estuviera actuando, grita, llora y hasta puede llegar a desmayarse para que los demás la miren. Generalmente es una persona adulta que se viste en forma llamativa y quiere aparecer más joven de lo que es; también se pone muchos adornos de todos colores y tamaños. A veces le sucede que no puede mover una parte de su cuerpo o que no puede ver momentáneamente; esto se le pasa de repente. Continuamente amenaza a los familiares y amigos con que se va a suicidar.

### *Trastorno obsesivocompulsivo*

Esta persona llama la atención porque es muy ordenada y meticulosa para hacer sus cosas. Todo lo que hace lo repite muchas veces para tratar de que quede perfecto; sin embargo, casi siempre desbarata lo que hace porque le encuentra un error que, a veces, nadie percibe. Por esto es muy difícil de tratar y tiene muy pocos amigos. Hace cosas muy repetitivas, como lavarse exageradamente algunas partes del cuerpo, por ejemplo las manos, aunque las tenga limpias. Cuando va por la calle siente la necesidad de pisar varias veces las rayas o de tocar todos los postes, sin poder llegar a donde va por detenerse y hacer esto repetidas veces.

### *Alcoholismo*

Ahora les voy a describir a una persona que cuando bebe una copa de cerveza u otra bebida alcohólica no puede dejar de tomar y, aunque los demás le digan que ya no beba o se empiece a sentir mal, sigue bebiendo hasta caerse o quedarse dormida. Al día siguiente no recuerda qué hizo o se siente tan mal que no puede ir a trabajar hasta que se toma otra copa. A veces esa persona hace cosas que no haría si no hubiera bebido, como pelearse con los hijos, los hermanos, el esposo o la esposa. Otras veces tiene accidentes por haber bebido mucho. Incluso se le debe llevar al médico por los dolores tan fuertes que siente en el hígado.

## **Questionario general**

1. ¿Qué otras características tiene la persona de la historia que acabamos de leer?
2. ¿Qué le pasa a esta persona?
3. ¿Por qué está así?
4. ¿Qué pasará con esta persona en el futuro?
5. ¿Consideran que esta persona requiere de ayuda?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_
6. Entre las personas que ustedes conocen con estas características, ¿saben si algunas trabajan? \_\_\_\_\_ ¿Estudian? \_\_\_\_\_  
¿No hacen nada? \_\_\_\_\_  
¿De qué sexo son? \_\_\_\_\_ ¿Qué edad tienen aproximadamente? \_\_\_\_\_
7. ¿Algunas viven dentro de la zona que les voy a mostrar en este mapa? \_\_\_\_\_
8. ¿Qué aconsejan que se haga con una persona así? \_\_\_\_\_