

Percepción de un Grupo de Profesionistas hacia la Imagen que la Comunidad tiene de la Enfermedad Mental: Comparación entre Ambas Poblaciones¹

Margarita Casco*
Guillermina Natera**

Summary

Investigation in Latin America on the perception of mental illness is very scarce, and in Mexico almost inexistent. However, it is very important in order to plan health politics and give advice to the community. Also for understanding the concept of illness and health.

We compare herein the opinions of the community on mental health, and the perception of the professionals working in the community, regarding the beliefs of the community in mental health.

For this purpose, we used a sample of the general population of low income at the South of Mexico City. This community was established 30 years ago and is formed by migrants from rural and urban zones of the Republic. We also selected a group of professionals working in educational and health institutions in the community.

The sample was chosen by means of selecting homes at random, and from each home we selected at random one of its members having more than 15 years of age. We then asked this person to answer the questionnaires of the various instruments.

From a population of 44,000 inhabitants, one hundred and three informants were chosen. They were divided into 18 groups.

From 170 professionals working in the zone, 26 informants were chosen. They were distributed among 5 groups.

The professionals included in the sample were physicians, psychiatrists, social workers, psychologists and teachers. Nurses and administrative personal were also included.

We used the method called Informant's Technique, which consists in gathering approximately 6 persons in a group. They have to answer the questions in consensus, as we are not interested in their individual opinion, but in knowing how the community perceives their problems. The investigator coordinates the group. Everybody must give their opinion. If a consensus cannot be reached, the differences are written down. Each group worked two and a half hours.

The instruments used were 7 cases of the following pathologies: mental retard, schizophrenia, depression, paranoia, hysteria, obsession-compulsion and alcoholism.

After reading each case, the group had to answer a questionnaire which included: Identification of the pathology, its prognosis, activity which the patient may be able to carry out, causality of the pathology and type treatment needed. We also gave them a questionnaire on attitudes (AMI) towards

authoritarianism, benevolence, social restrictions and community ideology. This instrument was answered individually, and showed the attitude of each group. The results showed significant statistic differences in the way the community perceives mental illness and the way the professional believes the community perceives it. This was more significant in mental illness, paranoia and schizophrenia. Alcoholism was the best identified pathology in both groups. It was also reported as being the most common problem.

The community clearly expressed the multicausality of pathologies and never mentioned any magic-religious causes for illness, as was expected, while professionals insisted that this was the belief of the community. This incongruence between the results of the investigation and the opinion of the professionals is outstanding.

No significant differences were found in both groups regarding attitudes toward mental illness. Negative attitudes, as authoritarianism and social restriction were rather neutral. Positive attitudes, as benevolence and community ideology, were more definite.

Resumen

El objetivo de este artículo es conocer la idea que tienen los profesionistas de salud y educación, acerca de la manera cómo la comunidad percibe la enfermedad mental, y si esta idea coincide o no con la manera como la comunidad la percibe realmente.

El estudio se llevó a cabo en la población general de una comunidad de bajos recursos económicos al sur del D.F. (N = 103), y con los profesionistas del área de salud y educación que trabajan en esa misma comunidad (N = 26). Se aplicó la técnica del informante y se utilizaron siete descripciones de casos hipotéticos de enfermedad mental: debilidad mental, esquizofrenia, depresión, paranoia, histeria, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo. Se les proporcionó un cuestionario acerca de las viñetas, las cuales se analizaron de acuerdo a cinco categorías: grado de identificación de la patología; tipo de actividad posible; causalidad de la patología; posible pronóstico y tipo de ayuda requerida.

A partir de los resultados, se observó que los profesionistas perciben de manera diferente el conocimiento que tiene la comunidad acerca de la enfermedad mental, del que realmente tienen. Estas diferencias son más notables en las patologías de debilidad mental, paranoia y esquizofrenia y coinciden más en el alcoholismo.

Introducción

Es importante conocer la manera cómo percibe la comunidad la enfermedad mental, pero también resulta de interés saber cómo cree el personal médico y paramédico que atiende a dicha comunidad, que aqueja la percibe, pues esta problemática está matizada de mitos, falsas creencias, etc.; además de que hasta muy recientemente se ha empezado a divulgar información

*Investigadora del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

**Investigadora Titular, Jefe del Proyecto. Jefe del Depto. de Inv. Psicosociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco, 101, Col. S. Lorenzo Huipulco, 14370 México. D.F.

(1) En un trabajo anterior se comparó la percepción de la enfermedad mental entre dos comunidades de diferente nivel socioeconómico, siguiendo el mismo método. Ver: Natera et al, "Percepción de la enfermedad mental a través de historias", Bol. Of Sanit. Panam 98 (4), 1985.

al respecto.

En los últimos años se han hecho estudios acerca de la manera como se percibe la enfermedad mental. Originalmente la psiquiatría inició los estudios acerca de la actitud de los médicos y de los pacientes hacia esta enfermedad, así como de la manera como la perciben ambos grupos. Más tarde, también los profesionistas de las ciencias sociales, como la sociología, la psicología social, la antropología y la psiquiatría social, tuvieron interés en conocer la manera como la percibía la comunidad en general. Entre los estudios más sobresalientes se encuentran los de Hollingshead y Redlich (1958) (1), Star (1955) (2), Nunnally (1957) (3), Lemkau y Crocetti (1962) (4), Phillips (1964) (5) y Dohrenwend y Chin-Shon (1967) (6), en los Estados Unidos; los de Cummings (1957) (7) y Taylor (1979) (8) en Canadá; y en otros países, los de Wig (1980) (9) y Erinosh (1978) (10), etc. En los países de América Latina es más escasa la investigación sobre este tema, pero entre los que se han llevado a cabo sobresalen los de Insua (1974) (11), León y Maclin (1971) (12) y Steffani (1977) (13), (1984) (14).

Algunos estudios han tenido por objeto conocer la actitud de los profesionistas de salud mental. Star (2), a través de una encuesta de opiniones sobre el trastorno mental, encontró una falta de percepción, y discrepancias entre la imagen del público y la del psiquiatra respecto al enfermo mental.

Cohen y Struening (1962) (15), Bentick (1967) (16) y Murray (1969) (17) midieron las actitudes del personal que laboraba en un hospital de enfermos mentales, y encontraron que las actitudes de los grupos ocupacionales del área de salud mental se diferenciaban de las de los grupos de médicos generales y enfermeras, por presentar estos últimos una actitud desfavorable.

Se han realizado otros estudios acerca de la manera como percibe el profesional al enfermo mental y la manera como percibe el paciente la conducta de los profesionales. Ellsworth (1965) (18) concluye que el éxito de la labor del profesionista en salud mental depende de la actitud de éste hacia los pacientes.

En algunos estudios acerca de la actitud de la comunidad hacia la enfermedad mental, realizados después de los años 60, se evidencia un cambio importante con respecto a lo registrado en los años anteriores. Se observa una actitud de mayor aceptación hacia el enfermo mental, debido quizás a que los problemas psicosociales se consideran como parte de la etiología y por aceptar que todos estamos expuestos a contraerla.

En este trabajo, que se realizó en una zona del sur del D.F. se busca saber cómo creen los profesionistas de la salud y de la educación que la comunidad percibe la enfermedad mental, y si coinciden o no con la manera como realmente la percibe la misma comunidad.

Este tipo de información permite orientar los servicios de salud en el área de prevención y tratamiento, además de favorecer el funcionamiento más adecuado de los programas de salud, cuya efectividad, según se ha visto, depende del conocimiento que tengan los profesionistas acerca de la manera como percibe la comunidad los problemas de salud mental.

En México sólo se ha publicado un estudio acerca de

este tema. Sus autores reportan que no existen diferencias significativas entre las clases sociales sobre la definición de conducta anormal. No obstante, reportan que la clase media está más inclinada a sugerir un tratamiento profesional para las personas de conducta paranoide, y para las que padecen síndrome de abstinencia o problemas de drogadicción y alcoholismo, mientras que las clases trabajadoras consideran que el alcoholismo no requiere de atención profesional, lo que significa que en este grupo se tiene una mayor tolerancia hacia el alcoholismo (Heller y cols; 1980) (19).

Instrumentos

Se utilizó el cuestionario de actitudes (AMI) de M. Dear y M. Taylor (1979), compuesto de cuatro escalas que miden: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología comunitaria hacia la salud; y siete viñetas elaboradas de acuerdo a las descripciones del ICD-9 (1979) sobre la patología del retraso mental, la esquizofrenia, la depresión, la paranoia, la histeria, la obsesión-compulsión y el alcoholismo. Se aplicó un cuestionario después de cada viñeta para medir el conocimiento acerca de la patología, la causalidad, el pronóstico, la actividad que podría llevar a cabo el enfermo y el tipo de tratamiento requerido. También se les aplicó un cuestionario sobre los medios de comunicación, y otros sobre la salud en general. En este trabajo se reportan los resultados de las viñetas y algunas tendencias actitudinales obtenidas por medio del cuestionario AMI.

Muestra

Se eligió una comunidad de bajos recursos económicos en el sur del D.F. (40 000 habitantes), en proceso de urbanización, y un grupo de profesionistas que prestaban sus servicios en instituciones educativas y de atención para la salud de esta misma comunidad.

La selección de la muestra de la comunidad se hizo de la siguiente manera: en un mapa se enumeraron las manzanas del barrio y al azar, con inicio aleatorio, se obtuvo una muestra de 15 manzanas de tamaño irregular, de un total de 171. Al jefe de cada manzana se le pidió que seleccionara al azar, en un mapa de hogares de su manzana, a un miembro mayor de 15 años para integrar un grupo de 6 personas. Se le dijo el tipo de grupo que debería integrar, el cual podía ser: de ambos sexos, únicamente de hombres, únicamente de mujeres, o de jóvenes estudiantes de 16 a 20 años.

Se integraron 103 informantes distribuidos en 18 grupos, uno por cada manzana, y 3 grupos de estudiantes que habitaban en diferentes manzanas.

En la comunidad labora aproximadamente un total de 170 profesionistas de la salud y de la educación. De ellos se eligió una muestra de 26 informantes distribuidos de la siguiente manera: 1) un grupo del Departamento de Salud Mental de un centro de salud de la SSA (un psiquiatra, una trabajadora social y varios psicólogos); 2) un grupo del DIF (maestras y trabajadoras sociales); 3) un grupo del Centro Comunitario de la SSA (un médico general y varias enfermeras); 4)

un grupo del Centro Femenil del DDF (una trabajadora social, un médico general, varios maestros y un administrador) y 5) un grupo de maestros de una secundaria.

Las características demográficas de la muestra se presentan en el cuadro 1. El análisis de los resultados se hizo comparando los resultados globales del total de los grupos.

CUADRO 1
CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS DE LAS MUESTRAS

	Profesionales N = 26	Comunidad N = 103
Edad		
15 - 29 años	61 %	45.6 %
30 - 39 "	23 %	24.2 %
40 - 49 "	11.5 %	11.6 %
+ de 50 "	7.6 %	21.3 %
Sexo		
Masculino	11.5 %	52 %
Femenino	88.4 %	48.6 %
Escolaridad		
- de 8 años*	3.8 %	46.6 %
9 a 12 años	15.3 %	34.9 %
13 a 16 años	50 %	14.5 %
17 ó + años	30.7 %	1.9 %
Ingreso**		
- de 5 000*	3.8 %	29.9 %
6 000 - 10 000	11.5 %	33 %
11 000 - 20 000	19.2 %	23.3 %
+ de 21 000	65.3 %	7.7 %

* Empleada administrativa de una institución de atención social para la mujer de la comunidad.

** En 1981 el salario mínimo era de \$6,300.00 mensuales.

Método

Con respecto al método, se utilizó la Técnica del Informante (Natera, G, 1981) que consiste en reunir a un grupo de 6 personas, seleccionadas de acuerdo con criterios de sexo y edad, para que respondan a los instrumentos. Los grupos eran coordinados por un investigador que actuaba como moderador del grupo y lo motivaba para que todos opinaran acerca de la problemática de la comunidad, además de llevar un registro, tanto del consenso del grupo, como de las discrepancias. La reunión no debía durar más de 3 horas.

Los instrumentos se aplicaron de la siguiente manera: antes de iniciar la reunión grupal se les pidió que contestaran en forma individual el cuestionario de actitudes AMI, en lo que tardaron media hora como promedio. Posteriormente se aplicaron las siete viñetas y un cuestionario que se discutió en grupo. Las preguntas fueron las mismas para ambas poblaciones, pero en el caso de los profesionistas se les pedía que opinaran cómo creían que la comunidad percibía la patología. Por ejemplo: "En su opinión, ¿qué cree que piensa la comunidad acerca de lo que le pasa a esta persona? (anexo). Después se registraba el consenso, y si éste no era posible se anotaban las discrepancias. En promedio, tardaron 2 horas en contestar este cuestionario, lo que sumado a la media hora que tardaron en el anterior, hizo un total de 2 horas y media.

Resultados

A continuación presentamos la comparación que se hizo entre las respuestas que dieron los profesionistas acerca de la manera como suponen que la población general percibe la enfermedad mental, y la opinión que tiene la comunidad acerca del enfermo mental. Se clasificaron las respuestas en las 5 categorías estudiadas en las viñetas: identificación, pronóstico, posible actividad, causalidad, y tratamiento para los enfermos mentales.

Cuadro 2
DEFINICIÓN DE CALIFICACION POR CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

	0	1	2
IDENTIFICACION	Buena	Regular	Se desconoce
PRONOSTICO	Mejorará	Estará igual	Empeorará
ACTIVIDAD	Posible con muchas restricciones reales	Es posible	Imposible
CAUSALIDAD	Causas reales	Causas reales y mágicas	Mágicas religiosas o equivocadas
FUENTE DE AYUDA POSIBLE	Especialista	Médico general	Curandero No se requiere No es necesario

La evaluación de cada respuesta se hizo con la siguiente escala 0, 1, y 2, en la que 0 (cero) significa una buena apreciación, según la clasificación del ICD-9, y 2 (dos) una apreciación errónea*. Así, se analizaron las cinco categorías establecidas para cada una de las siete patologías estudiadas (ver cuadro 2). Para evaluar las diferencias entre las dos poblaciones estudiadas se utilizó la prueba de X^2 (Chi²).

1. Identificación

Significa el grado de conocimiento que se tiene acerca de la enfermedad mental básicamente en lo que se refiere a la identificación de la patología con su denominación técnica y sus características conductuales.

Al comparar los promedios de las calificaciones obtenidas en todas las viñetas en la categoría de identificación, se encontraron diferencias significativas en el grado de identificación ($p \geq .001$) entre lo que reporta la comunidad como rasgos de enfermedad mental y la manera como creen los profesionistas que la comunidad la percibe. Mientras que la comunidad obtuvo porcentajes más altos, es decir, que describieron en forma adecuada la mayor parte de las patologías, los profesionistas opinaron que la comunidad no podía identificar las patologías, y que su explicación de la enfermedad mental era más bien "mágico-religiosa". Esta diferencia fue más notable respecto a la debilidad mental, la paranoia y la esquizofrenia (X^2 , sig .001). Probablemente esto se deba a que aunque la comunidad reportó que estas enfermedades son comunes en la población, para estos problemas no suelen acudir para tratamiento a las instalaciones de la zona, sino a hospitales más especializados.

*El procedimiento para esta evaluación fue semejante al utilizado por Wig y cols., en su estudio sobre la opinión acerca de la enfermedad mental (9).

Unicamente el conocimiento acerca de las características del alcoholismo coincidió entre ambas poblaciones. Es decir, ambas poblaciones identificaban claramente el aspecto conductual, psicológico y físico de estos enfermos. Esto es explicable debido a que es el problema de salud más serio al que se enfrenta la población general, por consiguiente, sus rasgos y síntomas son más evidentes e identificables, además de que es frecuente pensar que el alcoholismo es un "mal necesario" entre los hombres.

Cabe señalar que la comunidad sí identifica con precisión la depresión, además de mencionar que tiene diferentes grados, incluso utilizan bien el término. Indican que es algo común entre ellos, pero que darle importancia significaría dejar de trabajar, cosa que no pueden permitirse. Sin embargo, los profesionistas reportaron que la comunidad apenas la identificaba. Esto se debió, probablemente, a que la gente no acude a consulta por este motivo.

Llamó la atención el hecho de que a la histeria y a la obsesión-compulsión no las consideran como patologías, a menos de que sean muy severas. Por otro lado, sí identificaron algunos rasgos generales, pero los calificaron como positivos, sobre todo cuando se trataba de la obsesión-compulsión, a la cual atribuyen cualidades para desempeñar un trabajo en forma exitosa. También fue uno de los puntos en los que las diferencias entre la percepción de la población y la opinión de los profesionistas fueron menos extremas. Esto se debe en parte a que los profesionistas opinan que la comunidad no puede señalar rasgos o características como algo patológico. Es en este punto donde consideran que hay más confusión entre los límites de salud y enfermedad, situación que en parte coincide con lo que expresó la comunidad, aunque ésta sí llegó a precisar características propias de esta patología cuando se manifiesta más severamente.

2. Pronóstico

Se refiere a la posibilidad de recuperación del enfermo mental. En general, la comunidad dice que los enfermos mentales tienen pocas posibilidades de recuperarse, excepto en lo que se refiere a la debilidad mental, pues señalan que ésta se puede mejorar con un tratamiento adecuado.

Los profesionistas, por su parte, opinan que la comunidad ignora lo que es enfermedad mental por lo que creen que la comunidad piensa que sí se pueden recuperar los enfermos mentales, e incluso, respecto a la debilidad mental, opinaron que la comunidad niega este problema, pues considera como inútiles a los débiles mentales. La diferencia fue significativa al $p \geq .001$.

Los profesionistas coinciden con la comunidad cuando piensan que ésta opina que las enfermedades de peor pronóstico son el alcoholismo y la depresión profunda. Incluso llegaron a expresarse de la misma manera al considerar que "un depresivo severo puede llegar a morir", y que "el alcohólico se destruirá a sí mismo y a su familia". Aunque la comunidad percibe con una ligera posibilidad de recuperación al paranoico,

en los casos severos incluso opinó: "éste desembocará en la locura". Respecto al histérico y al obsesivo-compulsivo, cree que pueden continuar siendo iguales sin afectar su desenvolvimiento social.

3. Actividad

Se refiere a la capacidad de desarrollar alguna actividad, ya sea de estudio y/o trabajo.

Con respecto a la opinión de si podrían realizar alguna actividad las personas que padecen de deficiencia mental, esquizofrenia, depresión y alcoholismo, la opinión de la comunidad coincidió con lo que creen los profesionistas que ésta piensa. Es decir, consideran muy limitadas para realizar cualquier tarea a las personas que padecen estas patologías, a menos que reciban tratamiento, y afirman que un tratamiento adecuado los ayudaría a realizar algunas actividades.

Respecto a la histeria y a la obsesión-compulsión, la comunidad considera que estos enfermos tienen capacidad para desarrollar exitosamente cualquier actividad. Esto concuerda con lo que ya habíamos mencionado, que estas manifestaciones no son consideradas como patológicas. Sin embargo, la mayor parte de la comunidad expresó que son personas que por sus características: la extrema exigencia, su continuo disgusto porque las cosas no salen como ellos quisieran, su poca tolerancia a los errores, provoca rechazo y son poco tolerados por la población general. Aunque opinaron que estas características los llevan a ser "eficientes". En este sentido los profesionistas sí percibieron la opinión que reportó la comunidad.

Respecto a los paranoicos, la comunidad opina que sí son capaces de desarrollar algunas actividades, aunque éstas no deben ser del tipo de empleos fijos o calificados, ya que sólo mientras no se sientan observados o agredidos pueden realizar su trabajo, mientras que los profesionistas creen que la comunidad más bien tiende a considerarlos como incapaces (con una connotación despectiva) para desarrollar alguna actividad. La diferencia fue significativa al $p \geq .001$.

4. Causalidad

Esta se refiere a si la comunidad puede identificar causas reales o posibles de las patologías estudiadas.

En general, los profesionistas opinan que la comunidad atribuye a la enfermedad causas mágico-religiosas; o bien que sólo reporta causas parciales o muy generales de las enfermedades estudiadas debido a su falta de cultura. Además, por proceder de zonas campesinas, ignora la problemática de la enfermedad mental. Sin embargo, la percepción que tiene la población general no coincide con esta visión de los profesionistas. Por lo menos en cuatro de las patologías reportaron causas psicológicas y/o físicas (como traumas, lesiones, maltrato, problemas de educación, falta de afecto, etc.) en la etiología de los problemas de salud mental. Por ejemplo, la comunidad menciona que las causas del retraso mental son de tipo orgánico, como los problemas durante el embarazo y en el parto, o un traumatismo a edad temprana, causas que por lo general se atribuyeron

a falta de responsabilidad y de estimulación de los padres. Según los profesionistas, la comunidad atribuye la debilidad mental a que el niño es flojo, consentido o bien a que le han hecho "mal de ojo". En cuanto a la depresión, los profesionistas opinan que la comunidad da respuestas vagas, como "está traumatado", "no quiere salir de su tristeza para que lo compadezcan", etc. Sin embargo, lo que opina la comunidad es que esto se debe a problemas familiares, a dificultades económicas en general, y a que son "personas débiles", y lo atribuyen básicamente a sus carencias culturales, económicas y afectivas.

En las viñetas de esquizofrenia y paranoia la percepción de la comunidad se acerca más a la opinión de los profesionistas. Las causas que reporta la comunidad son muy generales, como los traumatismos y la publicidad, que sienten que les distorsiona su personalidad. Opinan que la paranoia los hace que imiten a personas que representan "omnipotencia", mientras que el alcoholismo, la drogadicción y los conflictos familiares son más bien los causantes de la esquizofrenia, llegando, incluso, a identificar a un alcohólico violento como "el loco". En muy pocas ocasiones se mencionaron aspectos mágicos.

En la viñeta de obsesión-compulsión se observaron diferencias extremas entre la percepción de la causalidad que atribuye la comunidad, como son: los familiares, la extrema rigidez de los padres, poco interés de éstos y falta de afecto, etc.; con la percepción de los profesionistas, los cuales refieren que la comunidad explica que el obsesivo-compulsivo "es así por tener exceso de tiempo libre, por lo que puede repetir y perfeccionar las cosas".

5. Tipo de tratamiento requerido

Es el tipo de tratamiento que consideran apropiado para los problemas de salud mental, y se refiere al tratamiento requerido para cada una de las patologías mencionadas.

Es interesante observar que, en general, es adecuado el nivel de conocimiento de la comunidad acerca de los diferentes tipos de ayuda que ofrecen los especialistas de salud, aunque esto no necesariamente significa que ellos mismos recurran a los servicios de Salud Mental.

Otro aspecto que la comunidad considera como parte importante para la recuperación y el buen funcionamiento del tratamiento, es la ayuda de los padres que, al parecer, es lo que más recomiendan los centros comunitarios y las escuelas. Sin embargo, como ellos manifestaron, "no saben cómo hacerlo".

Hay una diferencia significativa en el ($p \geq .001$), en lo que respecta a la deficiencia mental, pues mientras que los profesionistas opinan que la comunidad recurriría al médico general, la población considera a las escuelas de educación especial y a los padres de familia como aquellos que podrían dar la atención idónea para este tipo de problemas.

Por lo que respecta a la paranoia y a la esquizofrenia, los profesionistas opinan que cuando se presenta este problema, la población pide ayuda al curandero o al sacerdote, mientras que los de la comunidad ni siquiera

los mencionan, sino que consideran al psicólogo y al hospital psiquiátrico como los indicados para solucionar este tipo de problemas. En la viñeta de depresión, la diferencia radica en que la comunidad indica que aunque se apoyaría también en el psicólogo, lo haría principalmente en los padres y en la fuerza de voluntad del mismo paciente, mientras que los profesionistas creen que recurriría al curandero, al sacerdote y, en casos muy extremos, al hospital psiquiátrico. Al igual que en la viñeta de depresión, en la de esquizofrenia no hay mucha diferencia, pero sí una variabilidad considerable que consiste en que la comunidad opina que el tipo de ayuda adecuada para el esquizofrénico son los padres del paciente y el hospital psiquiátrico, a diferencia de lo que opinan los profesionistas, quienes consideran que cuando la comunidad recurre al hospital psiquiátrico, no es para que se recupere el enfermo, sino como una medida restrictiva.

En las viñetas de histeria y obsesión-compulsión se registró una leve diferencia, que radica en que la comunidad opina que a pesar de no considerarlas como problemas, las personas con estas características deben tener el apoyo de los padres en el aspecto afectivo; mientras que los profesionistas indican que la comunidad no recomendaría ningún tipo de orientación ni de apoyo.

Por lo que se refiere al alcoholismo, tanto los profesionistas como la comunidad recomiendan a A.A., a los médicos generales y la ayuda familiar, como el tratamiento idóneo. Sin embargo, fue común escuchar en la comunidad, que el tratamiento del alcoholismo es difícil debido a la "sustancia" que poseen algunas bebidas alcohólicas, y a la cual se le atribuye la dependencia que crea y el no poder dejar de beber. Esto significa su total desconocimiento acerca de cuáles son los componentes de las bebidas alcohólicas y las características que originan su dependencia.

Actitudes

Al comparar las respuestas de ambos grupos en el cuestionario AMI, encontramos las siguientes diferencias en el análisis de medias, aplicado a través de la prueba de Scheffe, del SPSS (cuadro 3).

Las actitudes negativas, el autoritarismo y la restricción social tendieron a estar por debajo de la media estadística en ambas poblaciones, lo que significa que tienen una tendencia contraria a estas actitudes, aunque en autoritarismo la comunidad fue más bien neutral.

En las actitudes positivas, como son la benevolencia y la ideología comunitaria, las calificaciones estuvieron por encima de la media, lo que favorece estas actitudes.

Cuadro 3
RESPUESTAS DE LA COMUNIDAD Y DE LOS PROFESIONISTAS AL CUESTIONARIO DE ACTITUDES (AMI)

Escalas	Profesionistas X	Comunidad X	Diferencia Significativa*
Autoritarismo	2.5	3.0	$p < .05$
Benevolencia	4.1	3.9	N.S.
Restricción Social	2.1	2.3	N.S.
Ideología-Com.	4.1	3.9	N.S.

*Análisis de Medias (Prueba de Scheffe).

Como se observa, la aceptación del enfermo mental es semejante en ambas poblaciones; sin embargo, era de esperarse que la actitud de los profesionistas fuera más definida.

Por otra parte, parecen congruentes las actitudes reportadas por la comunidad estudiada, con lo registrado en el cuestionario de viñetas, además de que sí reflejan una comprensión hacia las patologías y manifiestan una actitud de aceptación hacia el enfermo mental.

Conclusiones

Como se observa, existen diferencias entre ambos grupos estudiados, tanto acerca de algunas patologías como de algunas categorías, principalmente acerca de la debilidad mental y de las categorías de identificación, causalidad y tratamiento.

En la comunidad hubo un mayor número de calificaciones cercanas a cero (54%), es decir, su aproximación a la información general sobre la enfermedad mental es correcta de acuerdo a la clasificación de las definiciones de enfermedad mental. La comunidad explica la causalidad de la enfermedad mental desde una perspectiva multicausal, ya que menciona lo orgánico, lo familiar y lo socioeconómico como precipitantes de los problemas mentales, mientras que los profesionistas más bien dan respuestas diferentes, llegando hasta negar que la comunidad tenga algún conocimiento acerca de la psicología. Estas discrepancias podrían deberse a que las respuestas de los profesionistas se guían más por su contacto con la población general, lo que les permite conocer más de cerca su conducta real o, por el contrario, porque la desconocen y emiten juicios estereotipados acerca de lo que debería pensar una comunidad semiurbana y culturalmente atrasada. Ya otros autores han reportado también esta visión estereo-

tipada de los profesionistas hacia la comunidad (2) (17).

Independientemente de que como señalan los profesionistas, la comunidad le confiera a la enfermedad mental una causalidad mágico-religiosa, y por consiguiente, acuda a un curandero para su rehabilitación, lo que no se puede negar es que la comunidad posee la información adecuada. Sin embargo, no sabemos si en verdad la actitud de la población general es congruente con su conducta, pues pudiera ser que las respuestas que dieron al cuestionario se debieran a su deseo de satisfacer al investigador, dándole respuestas teóricas que conocen a través de los medios de difusión y que, generalmente, corresponden a la concepción que domina dentro del sistema de salud, que es semejante a la manifestada en las viñetas.

Las patologías más comunes en la comunidad fueron el alcoholismo y la debilidad mental, para lo cual pidieron que se llevaran a cabo acciones de prevención. Incluso, se le pidió al investigador que los orientara tanto acerca de la forma de prevenirlas como de tratarlas.

Cabe señalar que la comunidad se siente con mayor responsabilidad ante las enfermedades de la infancia, lo que explica que ante la debilidad mental, que se le atribuye principalmente a los niños, tenga necesidad de obtener más información y se preocupe más por la manera de evitarla. Finalmente, sólo queda por sugerir que se establezca más comunicación entre los profesionistas y la comunidad; que aquéllos traten de comprenderla en su momento actual, aprovechando la información y la actitud favorable de ésta. Por otro lado, se debe ayudar a la comunidad para que su conducta sea congruente con sus opiniones, y proporcionar mayor información acerca de la manera como pueden contribuir los padres de familia a mejorar sus relaciones con sus hijos ya que esto fue lo que más solicitaron.

REFERENCIAS

1. HOLLINGSHEAD A B, REDLICH F C: *Social Class and Mental Illness: A Community Study*. John Wiley and Sons Inc. Nueva York, 1958.
2. STAR S A: The public's ideas about mental illness. University of Chicago, 1955 (Mimeography).
3. NUNNALLY J: The communication of mental health information: A comparison of the opinions of experts and the public with mass media presentation. *Behavioral Science* 2: 222-230, 1957.
4. LEMKAU P V, CROCKETT Y M: An urban population opinion and knowledge about mental illness. *American Journal of Psychiatry* 118: 692-700, 1962.
5. PHILLIPS D L: Rejection of the mentally ill: The influence of behavior and sex. *American Sociological Review* 679-687, 1964.
6. DOHRENWEND B, CHIN-SHON F: Social status and attitudes toward psychological disorder: the problem of tolerance of deviance. *American Sociological Review* 32 (3): 417-433, 1967.
7. CUMMING R, CUMMING J: *Closed Ranks: An Experimental in Mental Health*. Cambridge, Harvard University Press, 1957.
8. DEAR M, TAYLOR M: Community Attitudes Toward Neighbourhood Public Facilities: A Study of Mental Health Services in Metropolitan Toronto. Dept. of Geography. McMaster-University, Hamilton, Ontario L85 4K1.
9. WIG N, SULEIMAN M A: Community reactions to mental disorders. *Acta Psychiat* 61: 111-123, 1980.
10. ERINOSHO O, AYONRIDE A: A comparative study of opinion and knowledge about mental illness in different societies. *Psychiatry* (41): 403-410, 1978.
11. INSUA A M: Actitud hacia el enfermo mental de grupos sociales con diferente nivel de instrucción. *Psicología Médica* 3: 319-329, 1974.
12. LEON C A, MICLIN M: Opiniones comunitarias sobre la enfermedad mental y su tratamiento en Cali, Colombia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 17 (6): 385-395, 1971.

13. STEFFANI D: Escala de actitudes hacia la enfermedad mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 23: 202-207, 1977.
14. STEFFANI D: Influencia del nivel socioeconómico sobre las actitudes hacia la enfermedad mental. *Salud Mental* 7 (3): 25-28, 1984.
15. COHEN J, STRUENING JR: Opinions about mental illness in the personal of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 64: 349-360, 1962.
16. BENTICK C: Opinions about mental illness held by patients and relatives. *Family Process* 6: 193-207, 1967.
17. MURRAY R L: Attitudes of professional nonpsychiatric nurses toward mental illness. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Service* 7 (3): 117-123, 1969.
18. ELLSWORTH R B: A behavioral study of staff attitudes toward mental illness. *Journal of Abnormal Psychology* 70 (3): 194-200, 1965.
19. HELLER P L, CHALFANT H P, RIVERA W C H, QUEZADA M, BRADFIELD D C: Socio-economic class, classification of "abnormal" behavior and perceptions of mental health care: A cross cultural comparison. *British Journal of Medical Psychology* 53: 342-348, 1980.
20. NATERA G: El método del informante para conocer los hábitos de consumo de alcohol en una zona semirural: Análisis metodológico. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología* 7 (1): 91-101, 1981.

Anexo 1

Retraso Mental

Este es un niño al cual le costó mucho trabajo aprender a caminar y hablar y lo hizo mucho más tarde que la mayoría de los niños de su edad; y aunque ya aprendió, de todos modos sus movimientos son lentos y torpes y generalmente le tienen que ayudar a vestirse y a comer.

En la escuela no lo han querido aceptar porque aparte de ser muy lento no entiende las órdenes sencillas que se le dan, se le tienen que explicar muchas veces y detalladamente.

Generalmente 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; cuando se mete con la gente, habla de cosas tontas o sin sentido para los demás, aunque generalmente se le ve hablando solo o haciendo movimientos muy repetitivos, como muecas. Siempre parece que está en su propio mundo. También se puede pasar mucho tiempo sin hablar ni hacer caso de nada de lo que pasa a su alrededor. Generalmente su apariencia es muy descuidada y a veces sucia.

Depresión

Ahora les voy a describir a una persona que siempre está muy triste, con la cara siempre apachurrada y que siempre tiene deseos de estar llorando porque la vida no vale la pena. A veces prefiere no moverse y quedarse en la cama; a veces llega hasta a orinarse y a defecar allí. Siempre está pensando en que se va a morir, en que nada vale la pena. También se queja o se lamenta de ser muy mala, aunque en realidad no haga daño a nadie. Casi siempre piensa que la única salida a sus problemas es la muerte.

Paranoia

Ahora les voy a describir a una persona que se ha vuelto muy desconfiada, piensa que la gente está

hablando de ella y que están planeando cosas malas en su contra; por ejemplo, si al salir de su casa ve que alguien pasa caminando, piensa que esa persona lo estaba espiando; cuando oye platicar en voz baja a la gente, asegura que están hablando de ella o que la están persiguiendo. Se le oye decir que es una persona diferente a lo que en realidad es; por ejemplo, dice que es un rey, o que es Napoleón o que es un enviado especial de Dios, etc. También dice que ve cosas que los demás no ven y que escucha voces que lo amenazan o maldicen; que hace cosas que no quería hacer pero que estas voces se lo ordenaron.

Histeria

Ahora les voy a describir a otra persona que siempre quiere llamar la atención de los demás. Platica todo exageradamente como si estuviera haciendo teatro, grita, llora, hasta se puede llegar a desmayar para que los demás la volteen a ver. Generalmente son personas adultas que se visten muy exageradamente para llamar la atención, queriendo aparecer más jóvenes de lo que son; se cuelgan muchas cosas de todos colores y tamaños.

A veces les sucede que no pueden mover una parte de su cuerpo o que no pueden ver momentáneamente; esto se les quita de repente. Continuamente están amenazando a sus familiares y demás gente de que se van a suicidar.

Obsesión-Compulsión

Ahora les voy a describir a una persona que llama la atención por lo exageradamente ordenada y meticulosa que es 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 encontró un error que a veces nadie percibe. Por estas cosas a veces es muy difícil de tratar, por lo que tiene muy pocos amigos.

Hace cosas muy repetitivas, como lavarse exageradamente alguna parte del cuerpo como, por ejemplo, las manos, aunque las tenga limpias. Cuando va por la calle siente que debe ir pisando varias veces las rayas, o que debe tocar todos los postes, sin poder llegar a donde va por detenerse y hacer esto repetidas veces.

Alcoholismo

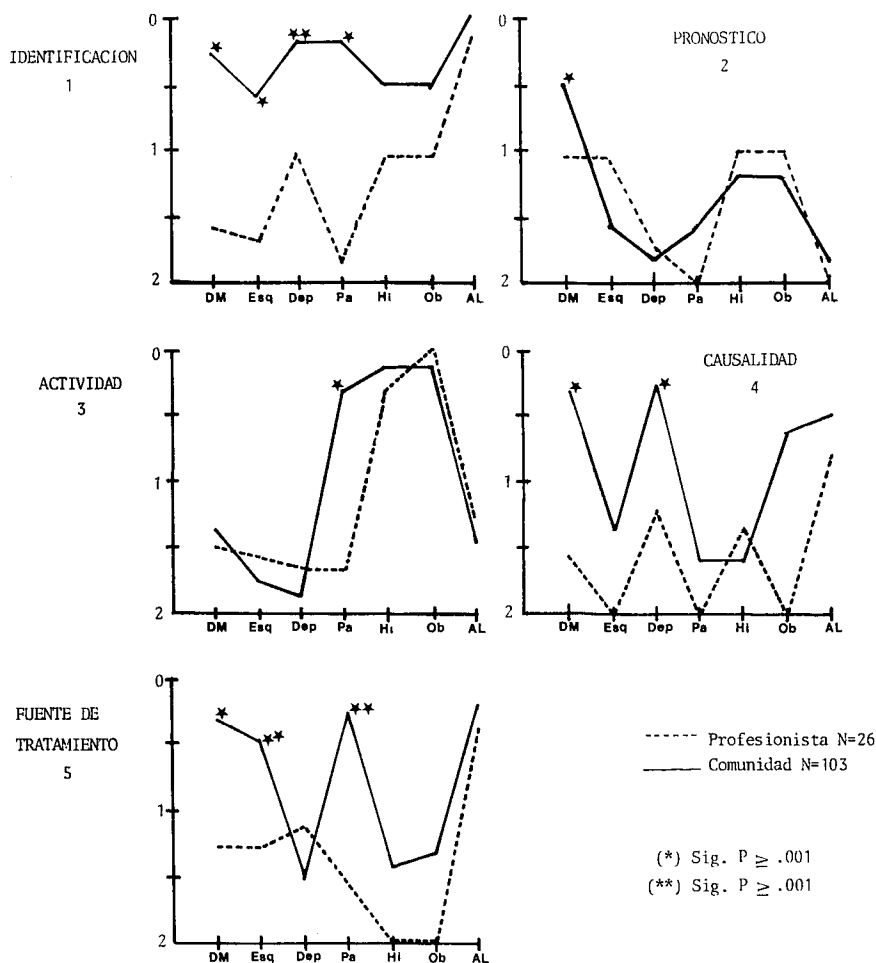
Ahora les voy a describir a una persona que cuando empieza a beber una copa, una cerveza, o cualquier otra bebida alcohólica, no puede dejar de beber, y aunque los demás le digan que ya no beba o aunque se empiece a sentir mal, sigue bebiendo hasta caerse o quedarse dormido. Al día siguiente no recuerda qué hizo, o se siente tan mal que no puede ir a trabajar

hasta que se toma otra copa. A veces, cuando bebe mucho, hace cosas que no haría si no hubiera bebido alcohol, como serían: pelearse con la familia, con los hijos, con los hermanos, con el esposo o la esposa. Otras veces ha tenido accidentes a consecuencia de haber bebido mucho. O incluso se le ha tenido que llevar al médico por los dolores tan fuertes que tiene en el hígado.

PREGUNTAS DE LAS VIÑETAS

1. ¿Qué otras características creen ustedes que tenga la persona de la historia que acabamos de leer?
2. ¿Qué piensan ustedes que le pasa a esta persona?
3. ¿Por qué creen ustedes que esta persona está así?
4. ¿Qué pasará con esta persona en el futuro?
5. ¿Consideran ustedes que esta persona requiera de ayuda?
Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____
6. ¿De las personas que ustedes conocen que son así, saben si trabajan, _____ estudian _____ o no hacen nada? _____
¿De qué sexo son? _____ ¿Qué edad tienen más o menos? _____
7. ¿De las personas que ustedes conocen así, viven algunas dentro del mapa que les voy a enseñar? _____
8. ¿Qué aconsejan ustedes que se haga con una persona así? _____

GRAFICAS DEL 1 AL 5
COMPARACION DE LAS RESPUESTAS DE LA COMUNIDAD Y DE LOS PROFESIONISTAS ACERCA DE LA ENFERMEDAD MENTAL A TRAVES DE VIÑETAS



0 = Conocimiento adecuado
 1 = Conocimiento parcial
 2 = Desconocimiento o información errónea