

# Representaciones y conceptos de la enfermedad mental entre la población mestiza\*

Efraín Aguilar- Jiménez

Instituto Chiapaneco de Cultura

*No hay nada más práctico que una buena teoría*

Kurt Lewin

## Introducción

### Planteamiento del problema.

La manera de adquirir, transformar y utilizar la información acerca de las enfermedades mentales por un grupo mestizo aislado históricamente y geográficamente, en compañía de grupos étnicos tradicionales, debe manifestarse a través de pensamientos y actitudes particulares. Conocer algunas manifestaciones al respecto, es decir, conocer algunas funciones cognitivas acerca de los trastornos mentales, ha sido la principal motivación del presente trabajo.

Las funciones cognitivas constituyen aquellos procesos mediante los cuales el hombre adquiere, transforma y utiliza información acerca del mundo que le rodea. La cognición incluye la representación, la percepción, el razonamiento, la memoria, la imaginación, los procesos conceptuales, y otros. Hay diferencias culturales en los procesos cognitivos, lo cual ha sido rechazado y desconocido largo tiempo a pesar de la importancia concedida por algunas teorías psicológicas. Una de ellas fue desarrollada por Lev S. Vygotski, para quien las principales formas de actividad cognitiva se han formado a lo largo del proceso histórico-social.

Vygotski situó la dinámica de la vida mental en las relaciones sociales internalizadas, vio el acto social como precondition de la conciencia individual y, apoyado en su concepción materialista de la historia, también consideró el acto social en el plano diacrónico; tras él se oculta lo institucional reflejando la cultura y la historia del grupo. Detrás de los gestos, actos o signos del habla se ocultan formas de control de la actividad históricamente configuradas. Los procesos cognitivos son, en gran medida, el resultado del trabajo de las fuerzas sociales.

Las funciones cognitivas abordadas en este trabajo fueron deducidas a partir de un cuestionario cerrado, del cual se analizaron las representaciones y los conceptos mediante la interpretación de las respuestas. Se intenta una síntesis metodológica interpretativa y positiva, basada en la teoría histórico-cultural de Vygotski.

Por otro lado, vivimos tiempos de cambio; el neocapitalismo brutal y su tecnología imponen herramientas de trabajo novedosas, lo cual requiere nuevos instrumentos de pensamientos. En nuestro medio esto puede generar angustia por aculturación y, en consecuencia, incremento de pensamiento mágico y que de relaciones sociales tipo esquizofrénico sumado a mayor desempleo y miseria.

---

\* Esta es una versión reducida y adaptada del trabajo concluido como "Cultura mestiza, cognición y actitudes ante la enfermedad mental".

Conocer más acerca de las enfermedades mentales sería de gran utilidad para la población, entre otras razones para diferenciar de aquellas situaciones que pueden producir y reproducir delitos mesiánicos y de posesión, los cuales favorecerían al oscurantismo tecnologicado en boga.

Es probable que nuestro medio presente un incremento de los trastornos mentales y emocionales, debido al creciente desempleo en el medio rural y la inevitable migración del campo a la ciudad, a las dificultades de comunicación verbal y cultural por diferencias étnicas, a las demandas del medio urbano, y la proceso de aculturación y su angustia generada por la desestructurante pérdida de la identidad. Esto nada más en cuanto a la población rural e indígena. También la población mestiza urbana se ve sometida, cada vez con más intensidad y rapidez, a nuevas relaciones de producción.

Por todo lo anterior, consideramos de importancia conocer las representaciones y conceptos de la población mestiza urbana ante la enfermedad mental, y determinar las necesidades de información al respecto.

### **Antecedentes.**

Las poblaciones estudiadas y los métodos empleados han sido diversos. La metodología utilizada varía dependiendo de la idea que se tenga sobre la enfermedad mental. El tipo de instrumento y la técnica empleada también dependen de tal idea. La población estudiada es variada: pacientes hospitalizados, familiares de pacientes y ex pacientes, profesionales y trabajadores de la salud; pero el principal objetivo ha sido conocer las actitudes y percepciones que tiene la población general (ver Casco et al, 1987).

Los resultados han mostrado una variabilidad importante: mientras unos estudios informan tendencia al rechazo, otros, utilizando la misma técnica, encontraron actitudes de aceptación, lo cual se explica porque cada comunidad maneja valores y creencias particulares.

Las revisiones bibliográficas hechas por Rabkin (1974), Stefani (1976), Davidson Y Thomson (1981), Scheff (1974), Ruggiero (1979), Gove (1982) y Casco et al (1987), muestran datos importantes sobre la percepción y las actividades de la comunidad hacia la enfermedad mental. Aunque no coinciden del todo, hay denominadores comunes, como la correlación entre el sistema de creencias de un grupo específico y las actitudes manifestadas; así como la relación entre variables sociodemográficas, como tener mayor escolaridad, ser más jóvenes y mejor jerarquía ocupacional, con las actitudes favorables hacia el enfermo.

Por otro lado, hay similitud en la mayor parte de los resultados en los cuales se considera que el rechazo hacia el paciente mental depende del grado en el que se sospechen elementos de agresión e impredecibilidad en la conducta del enfermo. El hecho de etiquetarlo ha sido positivo para algunas poblaciones pues, una vez diagnosticado el paciente, la comunidad (familiar o social) sabe cómo actuar. Para otros grupos la etiquetación contribuye a estigmatizar al enfermo y, por lo tanto, aumenta el rechazo. También influye la utilización del modelo psicosocial en la conceptualización de la enfermedad mental y, por consiguiente, en el desarrollo de las actitudes. Los estudios de tipo transcultural indican que la cultura determina las diferencias en la concepción de la enfermedad y del enfermo mental de un grupo étnico a otro (Casco et al, 1987).

lugar a nuevas estructuras sociales, nuevas herramientas de pensamiento dan lugar a nuevas estructuras mentales. Tradicionalmente se tiende a ver las instituciones sociales como algo universal y eterno; lo mismo ocurre con la estructura de la mente. Para Vygotski tanto las estructuras sociales como las mentales tienen raíces históricas definidas, y son producto muy específico de ciertos niveles de desarrollo instrumental (Blanck, 1987: 115).

Por ejemplo, la percepción del color en los seres humanos consiste en un sistema de funciones neurales más complejo que el de otras especies animales. Involucra no sólo estructuras y funciones conectadas con el decodificador de longitud de onda, sino también incluye una conexión funcional con los centros cerebrales del lenguaje. La conexión entre los códigos visual y verbal, mediados por centros cerebrales diferentes, se lleva a cabo durante la ontogénesis junto a la adquisición del lenguaje del niño. En adelante, la percepción al color consistirá de un sistema que integra funciones visuales y verbales.

Sin embargo, esta organización cerebral no es la misma en el cerebro de todos los seres humanos ya que es afectada por variables socioculturales, tal como lo han demostrado estudios transculturales sobre la denominación de colores (Bornstein, 1973; Cole y Scribner, 1977:2; Luria, 1987: 36-37). En nuestro medio tenemos el caso de los lacandones, para quienes el azul y el verde son colores denominados bajo el mismo término lingüístico; es decir, pertenecen al mismo espectro visual, para ellos son el mismo color y su diferencia sólo es variación de matices (Bruce, 1979).

El tipo de explicación de Vygotski es el determinismo histórico-social. La actividad humana se explica refiriéndola a influencias sociales y culturales y trazando su desarrollo histórico, filogenético y ontogenético. Tal punto de vista implica que los tipos de explicación mecanicista y biologicista deben ser sometidos al análisis histórico-social cuando nos enfrentamos a procesos psicológicos superiores, específicamente humanos. Lo esencial del determinismo histórico-social de Vygotski es demostrar cómo el niño incorpora elementos culturales a través del lenguaje, y cómo los procesos psicológicos cognitivos y afectivos del niño están, por tanto, determinados en último término por su entorno sociocultural (van der Veer, 1987: 97-98).

El hecho de que el conocimiento y la conciencia surjan y se estructuren en un medio social, hace que cada individuo tenga determinadas posibilidades de desarrollo condicionadas por su medio social concreto, que Vygotski denominó "zona de desarrollo próximo". Significa también que los distintos medios socioculturales ofrecen posibilidades distintas de desarrollo a los individuos que crecen en ellos. La idea clave que determina la evolución de los procesos psicológicos superiores es la de actividad, la praxis humana, a la vez instrumental y social, y de cuya interiorización resulta la conciencia.

La teoría de las funciones psicológicas superiores como funcionales cerebrales y procesos cultural e históricamente determinados aclara muchos puntos. Las variaciones del pensamiento entre poblaciones diferentes, dependerían de los tipos específicos de interacción con el medio ambiente de acuerdo con los medios de producción, las relaciones sociales y la cultura de la población estudiada.

Así, la historia de las funciones cerebrales, es más que el solo desarrollo del cerebro humano a través de la historia humana. El desarrollo de las funciones cerebrales interactúa con las variables medioambientales, y la organización funcional es dependiente de esta interacción. El cerebro del hombre consiste de una organiza-

Algunos investigadores lamentan que la población se haya formado una imagen de la enfermedad mental muy parcializada, encuadrada sólo dentro del modelo médico, y que haya perdido de vista el aspecto psicosocial; opinan que difundir la idea de la enfermedad mental 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 (Natera *et al*, 1985); y en nuestro medio agregaríamos la desculturación, las migraciones del campo a la ciudad, y las dificultades de comunicación por diferencias culturales y lingüísticas.

En este trabajo nos apoyamos en el determinismo sociocultural e histórico de Vygotski (Luria, 1987; Vygotski, 1988) y por método intentamos una síntesis empírica e interpretativa, a partir de un cuestionario de opción múltiple.

## Objetivos.

El principal objetivo del presente trabajo fue conocer la influencia del medio ambiente sociocultural sobre algunas funciones cognitivas ante la enfermedad mental, expresadas por una muestra de la población mestiza urbana del estado de Chiapas. De acuerdo con Casco (1990), para tratar el tema de los conceptos ante la enfermedad, debemos saber cómo se organizan por el individuo los hechos que ocurren al exterior de manera que evoquen una representación mental.

Por otro lado, el interés en investigar la manera como se percibe y conceptualiza la enfermedad mental, así como la actitud hacia ella se debe, en parte, a que se considera esta enfermedad como un problema de salud pública y no exclusivo del modelo médico psiquiátrico, y también porque las enfermedades de origen psicológico empiezan a ser más evidentes pues afectan a un mayor número de individuos; además ha sido necesario lograr la apertura y la disponibilidad de la comunidad porque las modernas tendencias terapéuticas pretenden que la rehabilitación del paciente se lleve a cabo en su propia comunidad más que en el hospital, dejando este último para cuando el paciente atraviese por situaciones críticas y de urgencia (Casco *et al*, 1987).

Determinar el grado de información al respecto constituye otro de los objetivos de nuestro estudio.

## Hipótesis.

1. La población mestiza urbana del estado de Chiapas concibe la enfermedad mental con elementos mágico—religiosos, debido a sus instrumentos de pensamiento determinados por el medio ambiente sociocultural y su historia.

2. Dentro del mismo grupo cultural hay diferencias respecto a la manera de concebir las causas, el tratamiento y las actitudes ante la enfermedad mental. Esto es porque, entre los mismos miembros de dicha cultura, existen diferencias debido a: su experiencia frente al problema, el papel asignado por género y edad, su modo de inserción en el trabajo, y en el nivel de información.

Es preciso aclarar que nuestro estudio pretende conocer algunos conceptos y representaciones ante la enfermedad mental, emitidos por una población mestiza que ha sido sujeto de un medio sociocultural y de una historia particulares. Para ello comenzaremos por describir el marco teórico que sustenta en este trabajo al término de medio ambiente sociocultural; y luego se abordarán los marcos de referencia

conceptual de los términos cultura, representación, concepto y enfermedad mental.

## LA REFERENCIA TEORICA

### Medio ambiente sociocultural.

El cerebro humano se estudia por lo general como un objeto natural que trabaja en un mundo de estímulos naturales, y se tiende a olvidar que la organización funcional del cerebro humano depende también del medio ambiente sociocultural que lo rodea.

El medio ambiente utilizado por muchos científicos experimentales resulta bastante artificial. Esta observación es más aplicable al caso de la investigación neurofisiológica relacionada con procesos complejos tales como la percepción, la memoria o el lenguaje, donde se puede localizar un tipo de enfoque antropomórfico o quizá fonomenológico inconsciente: en el estudio del cerebro el investigador usa aquellos estímulos que, en su experiencia (es decir, de acuerdo a como se le presentan las cosas en tanto sujeto), están generando actividad cerebral.

A partir de los trabajos de Blakemore y Cooper (1970) sobre privación visual, se establecieron dos hechos importantes: 1) Los mecanismos cerebrales y su organización genéticamente adquiridos por el animal, pueden ser modificados extensamente al nacer por los estímulos ambientales; y 2) este efecto sólo es posible en ciertos periodos críticos postnatales. Debido a estos experimentos, la neurofisiología moderna se ha orientado a investigar las relaciones entre cerebro y medio ambiente con un enfoque de plasticidad o "moldeabilidad"; como un conjunto de interacciones que pueden tener un efecto directo sobre los procesos cerebrales que gobiernan las interrelaciones mismas.

Sin embargo aún se piensa que nuestro cerebro tiene básicamente las mismas características funcionales que el cerebro animal estudiado por los neurocientíficos, así como ciertas particularidades a las que Sherrington y Eccles, entre otros, han dado una connotación espiritualista pura: donde no se encuentra el cerebro descrito por la neurofisiología, ellos recurren al alma (Eccles, 1975), entidad que sólo puede ser definida en la imaginación, y no en términos neurofisiológicos.

El alma o alguna otra explicación espiritualista es usada dondequiera que surge el problema de las relaciones entre cerebro y conciencia, entre cerebro y actividades intelectuales superiores. Si partimos de una concepción fisicalista y naturalista del medio ambiente con el que se supone interactúa el cerebro humano, tal como el ambiente que estudia la neurofisiología clásica, llegamos a la solución dualista de algunos filósofos y neurocientíficos: por un lado el cerebro con sus leyes descritas por la neurofisiología, rodeado de un mundo de luz, sonido y estímulos táctiles; por otro lado "algo" de lo cual dependen valores, la conciencia y los productos culturales de un individuo que vive en la sociedad humana.

Pero esta situación cambia si el cerebro humano es considerado en el contexto de una concepción diferente del hombre, y de la relación entre la naturaleza y hombre. La naturaleza con la que interactuamos no es una colección de fenómenos físicos abstractos, sino aquella transformada por el hombre durante la historia de las relaciones de producción y la historia de la ciencia y la cultura.

Un enfoque teórico poco difundido y que parece útil para tratar este problema, fue propuesto por Lev S. Vygotski (1988) al principio de los años 30 y elaborado sistemáticamente por Alexander R. Luria. Vygotski creó una expresión que representó

algo nuevo en las teorías tradicionales del cerebro, "la historia de las funciones cerebrales". Usó el término para indicar que el cerebro humano tiene una historia de sí mismo, ya que representa el producto de una evolución biológica y se desarrolla en función de la historia humana y social.

Esta teoría sostiene que el cerebro humano está equipado genéticamente con un complejo de estructuras a manera de organización funcional, cuya maduración tiene lugar en diferentes momentos después del nacimiento. La organización funcional del cerebro depende así de la maduración biogenéticamente determinada y de la interacción del individuo con su medio ambiente social y cultural; y ya que este último es determinado históricamente, depende en última instancia de la historia misma.

En suma, los procesos psicológicos humanos consisten en un sistema integrado de procesos más simples, cada uno de los cuales es función de una estructura cerebral específica. Estos sistemas integrados son llamados "sistemas funcionales" (Luria, 1973). Ellos se desarrollan durante la ontogénesis bajo la influencia de variables sociales, culturales e históricas.

Así tenemos que uno de los ejes del trabajo de Vygotski es la influencia de las condiciones socioculturales de vida en el desarrollo de los procesos psíquicos superiores (percepción, atención, memoria, razonamiento, o solución de problemas). Y una de las tareas centrales de su investigación fue la de estudiar los mecanismos, diferentes a los de la herencia biológica, por los cuales los sujetos humanos se "apropian" de los instrumentos fundamentales que les permiten adueñarse de la "herencia cultural", o logros acumulados por el género humano a lo largo de su historia, lo que denominó "interiorización".

La actividad mental humana es el resultado de la internalización de signos sociales, de la cultura. Es resultado de un proceso sociogenético. La cultura se internaliza en forma de sistemas neuropsicológicos sobre la base de la actividad fisiológica del cerebro humano. La actividad nerviosa superior permite construir y desarrollar procesos psicológicos superiores, exclusivos del *homo sapiens*. Pero la actividad neurofisiológica del cerebro no es una mera actividad nerviosa superior, sino que es una actividad nerviosa superior que ha internalizado significados sociales acumulados en el patrimonio cultural de la humanidad.

Este proceso tiene lugar durante la evolución ontogenética de los individuos en la sociedad, iniciándose con una actividad social específica llevada a cabo conjuntamente con los adultos, quienes transmiten la experiencia. La mente del hombre es una mente social. Los procesos psicológicos específicamente humanos, son el resultado de una internalización de las relaciones sociales tal como históricamente se dan en una determinada cultura. Después, los individuos modifican activamente los estímulos presentes delante de ellos y los utilizan como instrumentos de conducta. Esto lo hacen para cambiar las condiciones del medio y así controlar su propia conducta. De este modo, introduciendo cambios en el medio, los individuos construyen sus propios procesos psicológicos (Blanck, 1987: 107-113).

De acuerdo con Vygotski, lo histórico se funde con lo cultural. Esto implica que, si pudiéramos estudiar la manera cómo diferentes formas de operaciones intelectuales están estructuradas en individuos cuya historia no les proporcionó un instrumento como el de la escritura, encontraríamos una organización diferente de los procesos psíquicos.

Así como las herramientas de trabajo cambian históricamente, también lo hacen los instrumentos del pensamiento. Y así como las nuevas herramientas de trabajo dan

ción funcional que se ha desarrollado en un medio específico social y cultural (Mecacci, 1981).

Esta es, pues, la base teórica de nuestro concepto de medio ambiente sociocultural. A partir de ahí nos explicaremos las representaciones y conceptos de una población mestiza que ha permanecido relativamente aislada del resto del país, y en mayor contacto con las culturas tradicionales locales. Ahora pasaremos a la especificación conceptual de los términos cultura, representación, concepto y enfermedad mental.

## LAS REFERENCIAS CONCEPTUALES

### Cultura.

De acuerdo con Fábregas (1991), "el concepto de cultura se refiere a la relación entablada por la sociedad con la naturaleza y su simbolización. Dicha relación está mediada por el trabajo y es por ello que las inter e intrarrelaciones de la sociedad y la naturaleza no son directas ni lineales, ni mecánicas, sino continuas y discontinuas, mediadas (...) La cultura es lo opuesto a la naturaleza en su sentido de creación histórica al tiempo que constituye el instrumento de los humanos para acercarse a su entorno y transformarlo en habitat cultural (...) Lo que distingue al género humano es su capacidad de crear cultura, simbolizarla y transmitirla socialmente a través de la historia.

"La unidad entre lo humano y lo natural no está dada, sino que se construye a través de la instrumentación de la cultura. En otras palabras, los humanos hacemos nuestra historia y creamos cultura al introducir mediante el trabajo los fines humanos en la naturaleza. La relación es la separación inicial del género humano y la naturaleza. En su forma concreta, es la producción y reproducción de los medios y condiciones que hacen posible la continuidad de la cultura en un contexto histórico real. (...)" (Fábregas, 1991: 44-45).

El término cultura posee otras definiciones que se apegan a la tendencia y orientación profesional de los autores, y que también son útiles para nuestros fines. Así, Marsella (1988), en tanto psicólogo, define la cultura como "el comportamiento aprendido y compartido que es transmitido de una generación a otra con propósitos de crecimiento y adaptación social e individual; la cultura es representada externamente como artefactos, roles e instituciones, y es representada internamente como valores, creencias, actitudes, epistemología, conciencia y función biológica".

Y para Geertz (1968) la cultura se compone de sistemas organizados de símbolos significativos, cuya totalidad acumulada es la base principal de la especificidad de la existencia humana.

Estas definiciones, que abarcan la relación sociedad-naturaleza mediada por el trabajo y condicionada por la historia; comportamiento aprendido; costumbres, y sistemas de símbolos, son las que a nosotros nos parecen más adecuadas para el presente trabajo, entendiendo que la cultura está sujeta al cambio constante, pero lento y desfasado la mayoría de las veces.

La cultura parece determinar los conceptos y las actitudes ante la enfermedad mental. Según Alonso-Fernández (1978), el concepto de enfermedad mental tiene validez absoluta para todas las culturas, pues los distintos tipos de enfermedad psíquica tienen una extensión pancultural; aparecen en el marco de culturas diferen-

tes. A través de las culturas, los enfermos mentales se parecen más entre sí que los sanos mentalmente.

Sin embargo, se ha descrito que la comunidad nigeriana no identifica con claridad los síntomas de la enfermedad mental e incluso no consideran al alcohólico como enfermo mental (Erinosho y Ayonride, 1978), que los hindúes muestran más actitudes negativas y pesimistas en comparación con sudaneses y filipinos (Wig et al, 1980), y que predominan las actitudes negativas entre los árabes hacia los enfermos mentales (Shurka, 1983). Esto confirma la importancia de las determinantes culturales.

Para entender la manera de concebir el problema de la enfermedad mental por parte de la población mestiza urbana, será necesario abordar el proceso de la representación.

## Representación

Según Rubinstein (1974), la representación se produce como reconocimiento de los objetos vistos por nosotros, como recuerdo de lo experimentado y como recuerdo de lo pasado, o de lo que fue. La reproducción de las imágenes perceptivas conduce a la formación de nuevas configuraciones físicas específicas, las representaciones. La representación es la imagen reproducida de un objeto que se basa en nuestra experiencia pasada. Así, mientras que la percepción sólo nos proporciona una imagen del objeto con la presencia directa del mismo, la representación es la imagen misma del objeto que se produce bajo la precedente influencia sensorial cuando dicho objeto ya no existe directamente.

Comparadas con la percepción, las representaciones se caracterizan en general por una menor precisión, aunque el grado de precisión puede diferir bastante. Las representaciones se distinguen además por cierto carácter fragmentario, más o menos notable. Si se analiza con atención o se trata de establecer todos los rasgos o facetas de un objeto cuya figura tenemos en la imaginación, se verá casi siempre que algunos rasgos, facetas o partes no se pueden imaginar o representar. Las representaciones se caracterizan por un grado mayor o menor de generalización. Las imágenes producidas, las representaciones, son un nivel o incluso una serie de niveles que, de cada una de las imágenes percibidas, conducen al concepto y a la representación generalizada con que opera la memoria.

La representación es no sólo una imagen generalizada de una cosa o persona, sino la de toda una clase o categoría de objetos análogos. Las representaciones pueden ofrecer un variable grado de generalización. Representan una jerarquía de ideas cada vez más generalizadas, que finalmente pasan a ser conceptos. La representación no es ninguna reproducción mecánica de la percepción que se conserva como un elemento aislado e invariable para más tarde volver a aparecer en la superficie de la conciencia. Es una configuración dinámica variable, cada vez creándose de nuevo bajo determinadas condiciones, reflejando la compleja vida de la personalidad.

Por otro lado, como resultado de la elaboración y transformación del contenido intuitivo de la representación, se produce una jerarquía de representaciones cada vez más generalizadas y esquematizadas; éstas producen por una parte la percepción en su individualidad, pero por otra pasan a ser conceptos o ideas. La representación y la imagen intuitiva representan preferentemente lo particular, y el concepto representa lo general. Ambos reflejan diferentes facetas de la realidad, las cuales sin embargo están vinculadas entre sí (Rubinstein: 397-9).



En suma, los objetos concretos y determinados se viven como percepciones y se actualizan en forma de representaciones. Los abstractos, en forma de conceptos y juicios. La representación, a diferencia de la percepción, se refiere a algo anteriormente vivido o percibido o inventado (Alonso-Fernández, 1978: 230).

Las vivencias, lo percibido, lo relacionado con la hospitalización y el tratamiento (lo "concreto") se traducirán, a través del cuestionario, en la representación que la población mestiza tiene del enfermo. Lo recreado por la cultura y los medios de difusión acerca del enfermo mental, el papel de la familia y la sociedad (lo "abstracto"), nos dará los conceptos acerca del problema.

Sin embargo, como no toda la población comparte las mismas experiencias e información, las representaciones y conceptos habrán de considerarse y analizarse de manera conjunta, articulada.

### **El concepto de concepto.**

El término concepto se refiere a la idea que concibe o forma el entendimiento. Conceptualizar es otorgar sentido a lo que nos rodea. De ahí que uno de los objetivos del presente trabajo sea conocer de qué manera la población mestiza de Chiapas concibe la enfermedad mental, qué idea tiene de ella, cómo la entiende, qué tipo de conocimiento posee de la misma.

Los conceptos también se determinan por el trabajo, las relaciones sociales, la historia, la cultura y la ciencia.

Por un lado el concepto está vinculado a la representación, y por otro difiere esencialmente de ella. Un concepto debe ser plástico, pero correcto o exacto; la representación general siempre es borrosa e indefinida. La representación general sólo es un complejo externo de rasgos, mientras que el concepto auténtico los capta en su mutua vinculación y en sus transiciones. El concepto ni debe atribuirse a la representación, ni tampoco se debe separar de ella. Ambos no son idénticos, pero forman una unidad; están vinculados entre sí y se influyen mutuamente (Rubinstein, 1974: 397-399).

La relación recíproca entre concepto y representación se manifiesta cuando el pensamiento abstracto choca con dificultades; entonces se vuelve a las representaciones y es preciso comparar el pensamiento y las cosas, es decir, recurrir al material concreto mediante el cual es posible seguir directamente con el pensamiento. La diferencia fundamental entre ambos consiste en que la representación es una imagen que se forma en la conciencia individual; el concepto es una forma transmitida por la palabra, es decir, es producto de una evolución histórica (Rubinstein, *op. cit.*).

Para Vygotski (*s/f*) la formación del concepto es el resultado de una actividad compleja en la cual intervienen las funciones intelectuales básicas. El proceso, sin embargo, no puede ser reducido a la asociación, la atención, la imaginación, la inferencia o las tendencias determinantes. Todas son indispensables pero, al mismo tiempo, insuficientes sin el uso del signo o la palabra como el medio a través del cual dirigimos nuestras operaciones mentales, controlamos su curso y las canalizamos hacia la solución de la tarea con que nos enfrentamos. El aprender a dirigir nuestros propios procesos mentales con la ayuda de palabras o signos es una parte integral del proceso de la formación de los conceptos (*op. cit.*: 90-91).

Desde un punto de vista semántico, los conceptos poseen extensión e intensión. La extensión de un concepto es el conjunto de individuos que satisfacen las

propiedades que sintetiza dicho concepto. La intensión de un concepto es el conjunto de las relaciones y propiedades subsumidas o sintetizadas por él. Ningún concepto carece de intensión; la intensión de los conceptos se comporta inversamente a su extensión: cuantas más son las propiedades reunidas, tantos menos los individuos que las representan. Un concepto puede tener un número infinito de propiedades, pero existe siempre un conjunto reducido de propiedades peculiares suficientes para distinguir un concepto de otro. Así, la significación de un concepto está dada a la vez, por su intensión y extensión (Bunge, 1979).

Algunas investigaciones que registran representaciones y conceptos de la enfermedad mental, nos muestran que los estudiantes de educación media conciben a los enfermos mentales como aquellos que no interactúan hábilmente por medio de la comunicación verbal y no verbal; aquellos que tiene dificultades para entender a los demás y cuya conducta es impredecible (Weitzberg, 1978).

Por otro lado, se ha descrito que los sujetos con mayor educación atribuyen más características a los enfermos mentales (Coie et al, 1980), la población adulta conoce bastante de los síntomas de la enfermedad mental (Rootman y Lafave, 1969), y la percepción de la conducta anormal influye para identificar la enfermedad mental (Gwend et al, 1971); sin embargo, en algunas culturas no se identifican los síntomas de la enfermedad mental y tampoco se concibe el alcoholismo como parte del grupo de los trastornos mentales (Erinosho y Ayonride, 1978).

## **Enfermedad mental.**

La enfermedad mental es la patología de la libertad; radica en una pérdida de libertad para ejercer la función normativa.

Cada cultura tiene su propio sistema de normas, pero hay un consenso general sobre los criterios que distinguen al hombre sano del enfermo mental. Sin embargo, es posible considerar patológico en una civilización lo que es normal en otra, y viceversa; de ahí la importancia de no juzgar a los otros mediante nuestro propio sistema de valores o de nuestros modelos ideales de comportamiento. Una cultura puede tolerar individuos que no serían tolerados en otra (Bastide, 1975: 96).

Según la relatividad cultural de lo normal y lo patológico, lo normal es conforme a la norma y lo patológico es una "desviación" de la norma. Pero sabemos que no es fácil identificar los procesos de la desviación "a solas" con los de la desviación patológica. Tal parece que anormal y patológico no significan lo mismo. La desviación puede ser la impotencia o la repugnancia del Yo a interiorizar ciertas reglas, o incluso a conformar el propio comportamiento a las reglas sociales. Así, la desviación y el marginalismo serían fenómenos sociológicos y no psiquiátricos.

En palabras de Alonso-Fernández (1978: 15-23), nunca debe tomarse lo anormal como sinónimo de la enfermedad. Lo anormal es lo que se desvía de la norma, entendiendo ésta, en primer lugar, como norma estadística, cuya representación en el seno de una comunidad corresponde al "término medio"; en segundo lugar, como norma valorativa, equivalente al ideal sustentado al respecto por cada uno de nosotros. En la ciencia no se puede aplicar la norma valorativa, dado el subjetivismo. Nos atenemos entonces a la norma objetiva estadística. Con base en ella, consideramos como normal lo que coincide con el término medio, y como anormal lo que se desvía evidentemente del término medio.

A su vez Goldstein (mencionado en Bastide: 99) define lo normal por lo

“normativo” y no por el ajustamiento a las normas. Un organismo enfermo puede estar ajustado a un medio restringido: el neurótico encuentra un nicho en un mundo protegido y sin problemas en el que puede continuar viviendo de modo “normal”. En cambio, el hombre sano es aquel capaz de responder a un mundo complejo y móvil, que puede a cada momento inventar nuevas normas de conducta, que, más que ajustarse al mundo, es capaz de modificarlo. Lo normal y lo patológico son nociones que introducimos en el mundo de los valores.

No es sano el hombre sino en la medida en que es normativo relativamente a las fluctuaciones del entorno, en que puede instituir otros modelos de comportamiento, cambiar sus formas de reacción y transformar sus condiciones de vida. El enfermo no está curado sino cuando puede darse a sí mismo nuevas normas. El hombre sano es aquel que sabe hacerse independiente de las sugerencias o de las constricciones de las situaciones en que se halla, que elige, o que crea (Bastide: 99-100).

De acuerdo con Devereux, la adaptación social no es, desde el punto de vista psiquiátrico, un signo de salud mental; el conformismo puede adoptar formas patológicas, en particular sadomasoquistas. Y la desadaptación es más bien la consecuencia, que una causa de los trastornos mentales. El problema de las relaciones entre la adaptación social y la enfermedad mental es mucho más complicado de lo que pretende el culturalismo, y la adaptación no es el criterio de la salud mental (Bastide: 98).

Pero si lo cultural es variable, lo biológico se caracteriza por la universalidad y la permanencia de sus leyes. Las anormalidades absolutas tienen una base constitucional y se encuentran en todas las sociedades; las anormalidades relativas miden el grado de aproximación o alejamiento de la configuración de ciertas personalidades respecto de la personalidad base, culturalmente determinada (Bastide: 95). Las enfermedades mentales orgánicas y endógenas son anormalidades absolutas.

Alonso-Fernández (*op. cit.*) considera que la enfermedad mental es un género patológico esencial a la naturaleza humana, y no es un artefacto cultural producto de la manipulación social. Pero es evidente que los factores socioculturales actúan aumentando o disminuyendo la morbilidad psiquiátrica. Los tipos de enfermos psíquicos más representativos se extienden a todas las sociedades y culturas, no siempre con la misma frecuencia. Son, por tanto, tipos de enfermos pansocioculturales. Los distintos tipos de enfermos mentales tienen la nota común de constituir una realidad natural. Su figura es una realidad vigente y permanece distante a mitos y leyendas.

La enfermedad mental implica una reducción o pérdida de la libertad del sujeto frente a sí mismo, por lo que Henri Ey ha definido a la psiquiatría como la patología de la libertad (mencionado en Alonso-Fernández, 1978); esta enfermedad implica también la aparición de estructuras psíquicas nuevas, como las vivencias de los esquizofrénicos; es también el desgarramiento parcial o total de la continuidad del sentido biográfico, con el consiguiente despliegue de rasgos que no tienen sentido a la luz de la propia biografía.

Una clasificación que nos permite integrar y comprender más el problema de las alteraciones mentales desde un punto de vista multilateral-concreto, es decir biopsicosocial e histórico-cultural, es la clasificación de Kurt Schneider.

De acuerdo con Schneider, habría dos géneros de anormalidades psíquicas: las variantes anormales del modo de ser psíquico y las enfermedades psíquicas (mencionado en Alonso-Fernández, *op. cit.*). Pertencerían al primer género las anormalidades

de la inteligencia, esto es, los estados leves de oligofrenia endógena y por privación sociocultural; los trastornos de personalidad; los trastornos de adaptación, y las neurosis. Las enfermedades psíquicas en sentido estricto pueden distribuirse en dos grupos: las que tienen una causa orgánica conocida y las llamadas psicosis funcionales o endógenas, de las cuales el fundamento molecular cerebral comienza escasamente a ser conocido.

La enfermedad psíquica y la variante anormal psíquica tienen, respectivamente, un marco científico-natural y un marco científico-cultural. De acuerdo con Alonso-Fernández, admitir esa ordenación dual en la multidimensionalidad de la metodología psiquiátrica no supone tomar una postura dualista en el problema cerebro-mente. Puede admitirse con Schneider, pues, que la psiquiatría es una ciencia dual que se compone de dos sectores distintos: el científico-cultural y el científico-natural, la psicopatología y la somatopatología. Los distintos tipos clínicos psiquiátricos requieren a la vez de un abordaje científico-natural y científico-cultural.

Esta concepción dualista de la psiquiatría está montada sobre el supuesto del dualismo empírico, es decir, la disociación del hombre en una vida psíquica y una vida somática, impuesta por la limitación de los conocimientos actuales. El dualismo empírico, aunque tiene vigencia metodológica, ha declinado en el marco de la psiquiatría ecléctica médico-antropológica, cuyos distintos distritos nosográficos ofrecen un interés cognoscitivo a la vez en los planos científico-natural y científico-cultural. La psiquiatría médico-antropológica pretende captar en forma de síntesis unitaria lo somatológico y lo psicopatológico y acoge en su seno aquellas corrientes que apelan al estudio del hombre completo. La realidad clínica demuestra que lo psíquico y lo somático no se yuxtaponen, sino que se integran (Alonso-Fernández, *op. cit.* : 17).

Desde el punto de vista etiológico habría dos grupos de alteraciones mentales ocupando los extremos de un *continuum*: las condicionadas por lo psicosocial, y las determinadas por lo biológico. Pero lo psicosocial parece generar trastornos mentales sólo si hay una disposición histórico-cultural y/o una predisposición biológica; a su vez la determinación biológica puede, cuando se manifiesta como trastorno mental, ser modulada por lo psicosocial e histórico-cultural. El posible origen social de las enfermedades mentales ha motivado controversias favorables para el conocimiento del problema.

Según Henri Ey, si la sociogénesis fuera cierta no explicaría más que al hombre normal; lo que caracteriza a lo patológico es justamente el hecho de que con ello cesa la sociogénesis. Lo psiquiátrico es el límite de la psicogénesis, y con mayor razón de la sociogénesis. Si no se acepta que haya una diferencia de naturaleza entre el hombre sano de espíritu y el alienado, como pretende el psicoanálisis que liga la neurosis al propio destino del hombre, entonces existe forzosamente un continuo en que no se sabe dónde comienza y dónde termina la salud mental; en lugar de una psiquiatría sólida y verdaderamente científica nos encontramos ante una psiquiatría fluida, con sus semilocos y sus semirresponsables (mencionado en Bastide: 111).

Si se está enfermo es porque las alteraciones del sustrato orgánico impiden al individuo afectado pensar o sentir como los otros hombres y cortan las posibilidades de comunicación intermental. Ey no niega la existencia de situaciones sociales aparentemente patógenas, pero tampoco acepta la idea de psicosis reactivas, es decir, desencadenadas por estos acontecimientos. Las estadísticas lo prueban, mostrando la constancia de las psicosis cualquiera que sea el medio o la época; ni las guerras ni las

revoluciones parecen alterar su número (Bastide: 112).

Esta teoría, como la genética, no cierra totalmente el paso a los factores sociales. Durkheim y Halbwachs encontraron una tesis análoga respecto al suicidio y han dicho que los trastornos orgánicos pertenecen a la jurisdicción de la psiquiatría, pero al mismo tiempo todo enfermo mental es un hombre que no está adaptado a su medio. Una enfermedad mental es un elemento de desequilibrio social y por este capítulo cae dentro de las ciencias sociales. Quizás entre todos los hombres que tengan razón para suicidarse sólo se matan irritables, los susceptibles, los poco capaces de dominarse. Pero no es casual que se presente más el suicidio entre los profesionistas liberales, los industriales y comerciantes y en los grupos urbanos. Las variaciones de las enfermedades mentales según los grupos sociales, plantean un problema que la teoría del origen puramente orgánico deja sin respuesta (en Bastide: 114).

Si el número de psicosis no varía de una época a otra o de un pueblo a otro, el número de neurosis, por el contrario, va multiplicándose con las transformaciones de las estructuras sociales y la subversión de los valores. Esto sugiere que las neurosis son más susceptibles de tratamiento sociológico que las psicosis. Cuanto más se estudia el origen y la naturaleza de las neurosis tanto más tiende a predominar lo social sobre lo biológico. Bastide (*op. cit.* : 115-18) refiere que los factores sociales no pueden actuar sobre el individuo más que a través de la herencia o la fisiología, y reconoce la necesidad de tener en cuenta lo biológico junto a la influencia del medio. Los hechos muestran que los trastornos mentales son más numerosos en los sectores desintegrados que en los sectores integrados de una población dada.

El psiquiatra es el encargado de buscar las causas, de dar cuenta del porqué de la enfermedad; pero es la sociedad la que designa los enfermos que debe tratar. Hay aquí un juego sutil de influencias entre el médico y la masa; el médico tiende a ampliar las categorías de los enfermos mentales, a hacer al público más sensible a los trastornos ligeros y que antes se atribuían a la rareza o a la originalidad; por otra parte acepta la definición popular de la enfermedad mental, contentándose con explicarla o refinarla, introduciendo categorías en la "locura" (esquizofrenia, demencia, etcétera); pero estableciendo estas categorías dentro del grupo que le ha sido designado por el juicio popular como afectado de "locura" (Bastide: 101—102).

Conocer este juicio popular de la población mestiza en Chiapas ha sido una motivación más de la presente investigación.

## MÉTODOS

Con base en todo lo anterior, creímos necesario conocer los conceptos y representaciones que acerca de la enfermedad mental expresaría una muestra de la población mestiza de Chiapas.

El estudio se llevó a cabo en Tuxtla Gutiérrez de marzo de 1989 a marzo de 1990. Fueron entrevistados 123 sujetos, de los cuales 54 eran familiares de enfermos mentales y 69 no familiares. Los criterios de inclusión y exclusión, así como el cuestionario empleado han sido mencionados previamente (Aguilar-Jiménez et al, 1991 y 1992; Calles Bajos et al, 1980). Las características de la muestra se presentan

en los cuadros I y II; se incluye la tendencia religiosa ya que su influencia era una de las variables de importancia en el estudio.

CUADRO I. Características de la muestra total y estratificada por familiaridad, género y edad.

	Total	NF	Fa	Fe	M	< 30	> 30
	n=123	n=69	n=54	n=72	n=51	n=63	n=60
Edad Promedio:	31.0	28.8	31.9	32.5	28.9	22.9	39.5
rango	15—72	15—48	18—72	18—72	15—59	15—29	30—72
Femenino %	58.5	63.7	51.8	—	—	47.6	70.0
Masculino %	41.5	20.3	48.1	—	—	52.4	30.0
Escolaridad %							
primaria	27.6	17.4	38.8	26.4	27.4	17.5	36.6
secundaria	44.7	49.3	40.7	51.4	37.2	41.2	50.0
media superior	27.6	33.3	20.4	22.2	35.3	41.2	13.3
Ocupación %							
servicios	37.4	39.1	35.2	15.3	68.6	44.4	33.3
comercio	5.7	1.4	11.1	2.7	9.8	3.2	8.3
agropecuaria	2.4	0.0	5.5	0.0	5.8	0.0	5.0
estudiantes	28.4	37.7	16.6	37.5	15.7	33.3	21.7
hogar	26.0	21.7	31.5	44.4	0.0	18.0	31.7
Religión %							
católicos	87.0	88.4	85.2	87.5	86.2	88.8	86.6
protestantes o evangélicos	9.7	8.7	10.9	9.7	9.7	8.0	11.6
sin respuesta	1.6	1.4	1.8	1.4	1.9	0.0	1.6
Laicos	1.6	1.4	1.8	1.4	1.9	3.2	0.0

NF = no familiares    Fa = familiares    Fe = femenino    M = masculino  
 < 30 = menos de 30 años    > 30 = 30 años o más

CUADRO II. Características de la muestra estratificada por ocupación y escolaridad.

	E	S	H	1a	2a	MS
	n=34	n=47	n=32	n=34	n=55	n=34
Edad promedio:	27.2	29.6	34.2	36.4	31.7	24.5
rango	15—46	17—59	19—72	18—72	17—58	15—45
Femenino %	76.5	25.5	100.0	64.7	67.3	38.2
Masculino %	23.5	74.5	0.0	35.3	32.7	61.8
Escolaridad %						
primaria	0.0	19.1	62.5	—	—	—
secundaria	41.2	55.3	31.2	—	—	—
media superior	58.8	25.5	6.2	—	—	—
Ocupación %						
servicios	—	—	—	26.5	47.3	35.3
comercio	—	—	—	5.8	9.1	0.0
agropecuaria	—	—	—	8.8	0.0	0.0
estudiantes	—	—	—	0.0	25.4	58.8
hogar	—	—	—	58.8	18.2	5.8
Religión %						
católicos	88.2	82.9	90.6	85.3	87.3	91.2
protestantes o evangélicos	8.7	12.6	9.3	14.5	9.0	5.8
sin respuesta	0.0	2.1	0.0	0.0	1.8	0.0
Laicos	2.9	2.1	0.0	0.0	1.8	2.9

E = estudiantes    S = servicios    H = hogar    1a = escolaridad primaria

deben educar a la población (58.5). La familia en el hospital debe participar en actividades recreativas (30.8) y productivas (27.6).

5. Influencia mágico-religiosa: la religión carece de influencia (40.6) o mejora la enfermedad mental (22.7). A un enfermo le manejan el pensamiento por enfermedad mental (82.1) y por curanderismo (7.3).

### **Los no familiares de enfermos mentales.**

1. Los enfermos mentales no razonan (30.4), hablan solos (11.5) y hacen cosas raras (10.1); el origen de su enfermedad se debe a golpes en la cabeza (23.3), al abuso del alcohol (14.5) y a causas desconocidas (13.0); deben permanecer internados de corto tiempo (39.1) a largo tiempo (34.7); en casa es necesario vigilarlos (46.3) y no contradecirlos (23.2).

2. Se mejoran con el tratamiento (76.8); les benefician el reposo y cuidados médicos (50.7) y la vigilancia (18.8); la psicoterapia es lo más efectivo (76.8); los fármacos contribuyen a la mejoría pero junto a otro tratamiento (54.8).

3. El papel de los psiquiatras consiste en rehabilitar e integrar (43.4) y diagnosticar y tratar (30.4) a los enfermos.

4. Mejorará la atención siendo más comprensivos con el enfermo (43.3) y construyendo más hospitales (21.5); deben educar a la población los médicos (53.6). La familia en el hospital debe participar en actividades recreativas (39.1) y productivas (31.8).

5. La religión carece de influencia sobre la enfermedad mental (50.7) o mejora la enfermedad (28.9). A un enfermo le manejan el pensamiento por enfermedad mental (86.9) y por espiritismo (5.8).

### **Los familiares de los enfermos.**

1. Los enfermos mentales no razonan (35.2) y piensan tonterías (22.2), el origen de la enfermedad son los golpes en la cabeza (35.2), el abuso de alcohol (11.1) y causas desconocidas (11.1); deben permanecer internados corto tiempo (57.4), en casa debe vigilárseles (57.4).

2. En el hospital con frecuencia mejoran (77.7); les beneficia más el reposo y los cuidados médicos (53.7); lo más efectivo son la psicoterapia (48.1) y las pastillas (33.3); los fármacos contribuyen a la mejoría (37.2) y sólo calman al enfermo (35.2)

3. La función de los psiquiatras es rehabilitar e integrar (38.8), así como diagnosticar y tratar (35.2).

4. Mejorará la atención al educar a la población (29.6) y construir más hospitales (25.9); los indicados para educar a la población son los médicos (64.8). La familia en el hospital debe apoyar económicamente (38.8) y en actividades productivas (22.2).

5. La religión cura la enfermedad (33.3) o carece de influencia (27.7); la enfermedad mental hace creer que le manejan el pensamiento (75.9), también el curanderismo (12.9).

### **La población femenina.**

1. Los enfermos mentales no razonan (29.2), se descuidan de su persona (11.1) y hablan solos (9.7); el origen son los golpes en la cabeza (23.6), causas desconocidas

(19.4) y preocupaciones personales (11.1); deben permanecer en el hospital corto tiempo (52.7); en casa vigilarlos (45.8) y no contradecirlos (25.0).

2. En el hospital se mejoran (76.3); benefician al enfermo reposo y cuidados médicos (47.2) así como trabajo y disciplina (20.8); lo mejor es la psicoterapia (73.6); los fármacos contribuyen a la mejoría (51.3).

3. El psiquiatra debe rehabilitar e integrar (44.4) y diagnosticar y tratar (31.9).

4. Mejorará la atención siendo más comprensivos (40.2) y construyendo más hospitales (25.0); los médicos deben educar a la sociedad (52.7). La familia debe contribuir en actividades recreativas (34.7) y económicamente (31.9).

5. La religión carece de influencia (44.4) y mejora la enfermedad (29,1). Por enfermedad mental le manejan a uno el pensamiento (88.8) y por espiritismo (5.5).

### **La población masculina.**

1. Los enfermos mentales no razonan (37.2) y piensan tonterías (17.6); la causa de los golpes en la cabeza (35.2) y abuso del alcohol (17.6); deben permanecer internados de corto tiempo (39.2) a largo tiempo (37.2); vigilarlos en casa (58.8).

2. En el hospital se mejoran (78.4); benefician el reposo y los cuidados médicos (58.8); lo más efectivo son la psicoterapia (50.9) y las pastillas (19.6); los fármacos contribuyen a la mejoría (41.1) y nada más calman al enfermo (35.3).

3. El psiquiatra debe rehabilitar e integrar (37.2) así como diagnosticar y tratar (33.3).

4. Mejorará la atención educando a la población (27.4), siendo más comprensivos con los enfermos (21.5) y construyendo más hospitales (21.5); deben educar a la sociedad los médicos (58.8). La familia debe participar en actividades productivas (33.3) y recreativas (25.5).

5. La religión carece de influencia (35.3) o cura la enfermedad (31.3); por enfermedad mental dice que le manejan la mente (72.5) y por curanderismo (11.7).

### **Los menores de 30 años.**

1. Los enfermos mentales: no razonan (33.3), piensan tonterías (11.1) y tiene ideas fijas (7.9); la causa son los golpes en la cabeza (30.1) y el abuso de alcohol (14.3) más las preocupaciones personales (14.3); con frecuencia deben permanecer internados de corto (39.7) a largo tiempo (36.5); en casa vigilarlos (47.6) y no contradecirlos (26.9).

2. En el hospital: se mejoran (81.0); les beneficia el reposo y cuidados médicos (47.6) y la vigilancia (20.6); lo más efectivo es la psicoterapia (65.1); los medicamentos contribuyen a la mejoría junto a otro tratamiento (49.2) y sólo calman al enfermo (26.9).

3. El psiquiatra debe rehabilitar e integrar (46.0) y diagnosticar y tratar (30.1).

4. La sociedad y la familia: mejorará la atención siendo más comprensivos (36.5) y educando a la población (25.4); deben educar los médicos (61.9). La familia en el hospital debe participar en actividades productivas (33.3) y recreativas (31.7).

5. La religión carece de influencia (41.3) y mejora la enfermedad (22.2). Les manejan la mente por enfermedad mental (85.7) y por curanderismo (6.3).



## Los mayores de 30 años.

1. Los enfermos: no razonan (20.0), hacen cosas raras (13.3), se descuidan de su persona (11.7) y piensan tonterías (10.0); el origen son los golpes en la cabeza (20.0), causas desconocidas (13.3) y malos hábitos o costumbres (11.7) más abuso de alcohol (11.7); deben permanecer internados corto tiempo (53.3); en casa vigilarlos (55.0).

2. En el hospital: se mejoran (78.3); les beneficia el reposo y cuidados médicos (53.3); lo más efectivo es la psicoterapia (66.6); los medicamentos contribuyen a la mejoría (45.0) y sólo calman al enfermo (30.0).

3. El psiquiatra debe rehabilitar e integrar (43.3), así como diagnosticar y tratar (35.0).

4. Mejorará la atención construyendo más hospitales (31.6) y siendo más comprensivos (28.3), deben educar los médicos (55.0). La familia debe participar en actividades recreativas y económicamente (30.0).

5. La religión no ejerce ninguna influencia (43.3) o cura la enfermedad (21.6); a un enfermo le manejan el pensamiento por enfermedad mental (76.6) y por curanderismo (8.3) más espiritismo (8.3).

## Los estudiantes.

1. Los enfermos mentales: no razonan (26.5), tiene ideas fijas (11.8) y hablan solos (11.8); el origen son los golpes en la cabeza (20.6), causas desconocidas (17.6), preocupaciones personales (14.7) y el abuso de alcohol (14.7); deben permanecer internados corto tiempo (55.8); en casa vigilarlos (52.9).

2. En el hospital: se mejoran (88.2); les beneficia el reposo y cuidados médicos (61.7); lo más útil es la psicoterapia (76.4); los fármacos contribuyen a la mejoría (61.7).

3. El psiquiatra debe rehabilitar e integrarlos a la sociedad (44.1), así como diagnosticar y tratarlos (29.4).

4. Mejorará la atención siendo más comprensivos (41.2) y educando a la población (29.4); deben educar los médicos (38.2) y las escuelas (23.5). La familia en el hospital debe participar en actividades recreativas (58.8).

5. La religión carece de influencia sobre la enfermedad mental (52.9). A un enfermo le manejan el pensamiento por enfermedad mental (82.3) y por brujería (8.8).

## Los dedicados a servicios.

1. Los enfermos mentales: no razonan (31.9), hacen cosas raras (17.0) y piensan tonterías (10.6); la causa son los golpes en la cabeza (27.6), el abuso de alcohol (17.0) y las preocupaciones personales (12.8); deben permanecer internados de corto (40.4) a largo tiempo (31.9); en casa vigilarlos (57.4).

2. En el hospital se mejoran (78.7); les beneficia el reposo y cuidados médicos (57.4); lo mejor es la psicoterapia (61.7); los fármacos contribuyen a la mejoría (44.7) y sólo calman al enfermo (27.6).

3. El papel del psiquiatra es rehabilitar e integrar (36.2), diagnosticar y tratar (34.0).

4. Mejorará la atención educando a la población (29.7) y siendo más compren-

sivos (23.4); deben educar los médicos (63.8). La familia en el hospital debe participar en actividades productivas (42.5) y económicamente (23.4).

5. La religión no tiene ninguna influencia sobre la enfermedad (42.5) o cura la enfermedad (23.4). Les manejan el pensamiento por enfermedad mental (82.9) y por curanderismo (8.5).

### **Las dedicadas al hogar.**

1. Los enfermos: no razonan (28.1) y piensan tonterías (18.7), se descuidan de su persona, creen que los persiguen, pierden el interés al trabajo y hacen cosas raras (9.4); la causa son los golpes en la cabeza (34.4), el abuso de alcohol (13.0) y causas desconocidas (12.5), deben permanecer internados de corto (48.8) a largo tiempo (34.4); en casa vigilarlos (34.4) y no contradecirlos (25.0).

2. En el hospital: se mejoran (68.7); les beneficia el reposo y cuidados médicos (34.4) y la vigilancia (31.2); lo mejor es la psicoterapia (56.2); los fármacos contribuyen a la mejoría (40.6) y sólo calman a los enfermos (34.4).

3. El psiquiatra debe rehabilitar e integrar (40.6), diagnosticar y tratar (31.2).

4. Mejorará la atención siendo más comprensivos (43.7) y construyendo más hospitales (25.0); deben educar los médicos (68.7). La familia debe participar económicamente y en actividades productivas (28.1).

5. La religión carece de influencia (43.7) o cura la enfermedad (31.2); les manejan el pensamiento por enfermedad mental (81.2) y espiritismo (9.4).

### **Escolaridad primaria.**

1. Los enfermos no razonan (29.4), hacen cosas raras (14.7) y piensan tonterías (14.7); la causa son los golpes en la cabeza (33.3) y el abuso de alcohol (12.1), mala alimentación (8.8) y exceso de trabajo (8.8); deben permanecer internados de corto (45.4) a largo tiempo (33.3); en casa vigilarlos (39.4) y no contradecirlos (21.2).

2. En el hospital: se mejoran (66.6); les beneficia el reposo y cuidados médicos (33.3) y la vigilancia (27.3); lo mejor es la psicoterapia (45.4) y las pastillas (23.5); los fármacos sólo calman al enfermo (42.4) y contribuyen a la mejoría junto a otro tratamiento (39.4).

3. El papel del psiquiatra es rehabilitar e integrar (33.3), diagnosticar y tratar (30.3).

4. Mejorará la atención siendo más comprensivos con los enfermos (39.4) y construyendo más hospitales (27.3); deben educar los médicos (64.7). La familia debe participar en actividades productivas (33.3) y económicamente (27.2).

5. La religión cura la enfermedad (39.4) o no tiene ninguna influencia (36.3); les manejan el pensamiento por enfermedad mental (73.5) y curanderismo (14.7).

### **Escolaridad secundaria.**

1. Los enfermos: no razonan (25.4), se descuidan de su persona (16.4) y hablan solos (10.9); la causa son los golpes en la cabeza (25.4), malos hábitos o costumbres (18.2) y abuso de alcohol (10.9); deben permanecer internados de corto (43.6) a largo tiempo (34.5); en casa vigilarlos (61.8).

2. Con el tratamiento: se mejoran (81.8); les beneficia el reposo y cuidados

médicos (54.5); lo más efectivo es la psicoterapia (70.9); los medicamentos contribuyen a la mejoría (45.4) y sólo calman a los enfermos (21.8).

3. El psiquiatra debe rehabilitar e integrar (40.0) y diagnosticar y tratar (38.2).

4. Mejorará la atención educando a la población (32.7) y siendo más comprensivos con los enfermos (27.3); deben educar los médicos (61.8). La familia debe participar en actividades recreativas (34.5) y económicamente (30.9).

5. La religión carece de influencia (34.5), pero mejora la enfermedad (29.1). Les manejan el pensamiento por enfermedad mental (83.6) y curanderismo (7.3).

### **Escolaridad media superior.**

1. Los enfermos: no razonan (44.1) y hacen cosas raras (14.7); la causa son los golpes en la cabeza (23.5) y preocupaciones personales (17.6) más el abuso de alcohol (17.6); deben permanecer internados de corto (50.0) a largo tiempo (26.5); en casa vigilarlos (47.0) y no contradecirlos (29.4).

2. Con el tratamiento: se mejoran (85.3); les beneficia el reposo y cuidados médicos (58.8); lo mejor es la psicoterapia (67.7); los medicamentos contribuyen a la mejoría (55.8).

3. El psiquiatra debe rehabilitar e integrar (44.1) y diagnosticar y tratar (26.5).

4. Mejorará la atención siendo más comprensivos (29.4) y construyendo más hospitales psiquiátricos (29.4); deben educar los médicos (47.0) y la televisión (17.6). La familia debe participar en actividades recreativas (44.1) y productivas (26.5).

5. La religión no ejerce ninguna influencia (58.8); les manejan el pensamiento por enfermedad mental (67.6), brujería (8.8) y espiritismo (8.8).

## **DISCUSION Y CONCLUSIONES**

### **El enfermo mental.**

Según la muestra total, los enfermos mentales son personas que no razonan, piensan tonterías y hacen cosas raras, debido a golpes en la cabeza, abuso de alcohol y causas desconocidas, y deben permanecer con frecuencia internados de corto a largo plazo.

De lo anterior llaman la atención la representación de la conducta gruesa del enfermo y los conceptos del origen orgánico y biológico de la enfermedad mental. Esto nos lleva, por un lado, a considerar una prevalencia mayor de los trastornos de origen orgánico pues también los familiares de enfermos coinciden con esas ideas y, por otro lado, a concluir que no se identifican los factores psicosociales en el origen de la enfermedad por razones culturales (Holtzman, 1975) y porque así conviene, es decir, manifestaría el deseo de la sociedad a no reconocer su responsabilidad en la génesis del problema (Bastide, 1975: 4).

Aunque lo último es más característico de sociedades desarrolladas y autoritarias, pensamos que puede cumplir una función social en nuestro medio y esta sería conservar la educación tradicional familiar y el sistema social prevaleciente. La educación tradicional se basa en el principio de autoridad y en el castigo; el sistema social está basado en la desigualdad.

Sin embargo la población femenina, los estudiantes y aquellos con escolaridad secundaria, se representan conductas más elaboradas e identifican factores psicoso-

ciales en cuanto al origen de la enfermedad mental. Se trataría de los estratos mejor informados al respecto; pero los de escolaridad media superior no comparten estas ideas, quizá por presentar más orientación a conceptos mágicos. En otro orden, para los familiares de enfermos, la población femenina, los mayores de 30 años y los estudiantes; los enfermos mentales sólo deben ser internados por corto tiempo, lo cual sugiere información y actitud de tolerancia por parte de estos estratos de la muestra.

Desde el punto de vista semántico, los conceptos conductuales acerca del enfermo vertidos por los familiares, la población masculina y aquellos con escolaridad media superior, presentan menos intensión y por ende más extensión; es decir, incluyen más población dentro de tales conceptos. En el caso de los familiares podría deberse a la experiencia; en la población masculina y aquellos con escolaridad media superior sugiere mayor información. Al contrario, el concepto conductual de la enfermedad mental expresado por las dedicadas al hogar, presenta mayor intensión y por lo tanto comprende menos individuos en ese concepto; esto sugiere menor información al respecto.

### **El tratamiento hospitalario.**

El total de la muestra concibe la idea siguiente: los enfermos mentales con frecuencia se mejoran en el hospital, les beneficia más el reposo y los cuidados médicos, el tratamiento más efectivo es la psicoterapia y, los fármacos contribuyen a la mejoría junto a otro tratamiento y sólo sirven para calmar al enfermo.

Todos los subgrupos comparten su optimismo frente a la institución hospitalaria y coinciden respecto a lo más benéfico para los enfermos durante su estancia; ante lo cual agrega la población femenina el trabajo y disciplina mientras los no familiares, las dedicadas al hogar y los de escolaridad primaria introducen la vigilancia como algo de beneficio. Estos conceptos muestran ideología y actitudes favorables al modelo médico occidental, así como cierto grado de autoritarismo.

Sin embargo, la psicoterapia es considerada el tratamiento más efectivo, en particular por los no familiares, la población masculina y los de escolaridad primaria son los únicos en concebir las pastillas como algo efectivo junto a la psicoterapia. Los familiares de enfermos deben conocer la utilidad de los fármacos debido a su experiencia y, sin embargo, siguen confiando en la psicoterapia como primer alternativa. En el caso de la población con escolaridad primaria pensamos que su opción por las pastillas no es debido a mejor información, sino al desconocimiento de lo que significa la psicoterapia y en algunos debido a su experiencia como familiares de enfermos.

La preferencia por la psicoterapia podría ser una manifestación cultural, expresión de la práctica médica tradicional y popular. Pero en términos generales, la muestra total ignora que la psicoterapia no es efectiva para los enfermos mentales de origen orgánico, donde los fármacos tienen la total prioridad.

### **El papel del psiquiatra.**

La muestra total y todos los subgrupos coinciden en que la función más importante del psiquiatra es rehabilitar e integrar a los enfermos mentales, así como diagnosticar y tratarlos. Importa destacar la idea de la reintegración del enfermo a su medio social, lo cual es más característico de sociedades tradicionales y rurales

(Aguirre Beltrán, 1986; Holtzman, 1975), pero además constituye uno de los ideales de la psiquiatría occidental. También llama la atención que no fue significativa la respuesta de prevenir las enfermedades mentales, que constituye uno de los postulados de la medicina moderna. Se concibe pues, al psiquiatra, como alguien capaz de transitar los límites entre lo tradicional y lo occidental.

Conviene mencionar que la idea manifiesta del psiquiatra como un resocializador, podría contener la idea latente de la readaptación social sin transmitir al enfermo una de conciencia de su situación.

### **La sociedad y la familia.**

Según la muestra total, para mejorar la atención a los enfermos mentales es necesario ser más comprensivos con ellos y educar a la población respecto a la enfermedad, y quienes deben educar son los médicos. La familia, de acuerdo con la muestra estudiada, debe colaborar en actividades recreativas y productivas dentro del hospital donde tenga un pariente internado.

La mayoría de los subgrupos agrega que también la construcción de más hospitales psiquiátricos mejorará la atención a los enfermos; y en cuanto a quién debe educar a la población acerca de la enfermedad mental, los estudiantes y aquellos con educación media superior piensan que también las escuelas y la televisión, respectivamente, deben participar. Esto es de suma importancia si consideramos que tampoco los médicos, excepto los psiquiatras en teoría, tienen una idea clara de las enfermedades mentales. Pero es de tener en cuenta que dos subgrupos de la muestra consideren la necesidad de recibir más información fuera del ámbito médico. En cuanto a la construcción de más hospitales, la tendencia actual es promover lo contrario y estimular la recuperación dentro de la comunidad.

Respecto al papel de la familia en los hospitales para enfermos mentales, los familiares, los mayores de 30 años, los dedicados a servicios y al hogar, los de escolaridad primaria y secundaria, agregan que la familia debe contribuir económicamente. Lo anterior muestra la representación de carencia que se tiene de estos hospitales.

### **Influencia mágico-religiosa.**

Sobre la religión predominan dos ideas entre la muestra total: que no tiene ninguna influencia sobre la enfermedad mental, y que mejora la enfermedad. Esto sugiere que un sector de la población piensa que la religión tiene algún efecto benéfico. Pero los familiares, el estrato masculino, los mayores de 30 años. Los dedicados a servicios, al hogar, y los de escolaridad primaria, piensan que la religión puede curar la enfermedad. Los estratos mencionados muestran influencias culturales tradicionales y falta de información; los familiares de enfermos a la vez manifiestan su fe religiosa.

Para el pensamiento mágico analizamos una pregunta que, a pesar de su planteamiento claramente inclinado hacia una respuesta de tipo médico occidental, generó respuestas dirigidas hacia lo mágico. Así, un pequeño porcentaje de la muestra total y sobre todo los familiares de enfermos, conciben la idea de que les manejen el pensamiento como algo relacionado con el curanderismo. A su vez, tanto los no familiares como las mujeres, los mayores de 30 años, las dedicadas al hogar y los de

escolaridad media superior, mencionan el espiritismo. La brujería es concebida por los estudiantes y aquellos con educación media superior. Aquí vemos de nuevo la participación de conceptos mágicos relacionados con la medicina tradicional y popular.

En suma, de acuerdo con el cuestionario y el tipo de análisis empleado, los entrevistados atribuyen a causas orgánicas el origen de la enfermedad mental y soslayan la influencia de los problemas psicosociales; identifican algunos síntomas difusos de la enfermedad; aceptan el tratamiento hospitalario y al psiquiatra, pero rechazan los fármacos y piensan que la psicoterapia es lo más adecuado.

La ambivalencia de los conceptos mágico-religiosos sugiere un conflicto de identidad resuelto mediante la síntesis cultural. El rechazo a los fármacos y la preferencia por la psicoterapia develan el pensamiento mágico, vinculado a la medicina tradicional o popular. Así, el pensamiento religioso, negado y aceptado a la vez, se manifiesta con actitudes culturales humanitarias; y el pensamiento mágico, atenuado, emerge cuando se acepta el modelo médico occidental pero sin medicamentos y con psicoterapia.

A pesar del temor al enfermo, existe disposición a la participación creativa y económica en los hospitales para enfermos mentales, reflejo de una actitud altruista. También es manifestación de altruismo considerar que al ser más comprensivos con los enfermos mejorará la atención que se les presta.

Así, el modo de organización cultural de la población mestiza urbana, determinado por el medio ambiente y su historia, muestra una síntesis de conceptos y actitudes ante la enfermedad mental provenientes de las culturas indígena y occidental, similar a los conceptos de la medicina mestizada de hace un siglo.

Por último, el grupo mestizo entrevistado manifiesta conceptos y actitudes que requieren de información adecuada sobre la enfermedad mental. La población mestiza está sometida a nuevas formas de producción y reproducción impuestas por el neocapitalismo, lo cual tiende a generar neurosis y pensamiento mágico en compensación (Bastide, 1975: 204); esto se observa en el estrato con educación media superior.

## **Conclusiones.**

### **I. De los conceptos y representaciones.**

El medio ambiente sociocultural y las condiciones históricas han determinado las siguientes características de la muestra total:

a) Según la población mestiza urbana, los enfermos mentales son los psicóticos de origen orgánico, y estos resultan beneficiados por la psicoterapia y las actitudes humanitarias.

b) El concepto general de la enfermedad mental tiende a sintetizar el modelo médico tradicional, a través del pensamiento mágico-religioso, con el modelo médico occidental; es decir, psicoterapia y humanitarismo con hospitalización.

c) Este concepto de la enfermedad mental corresponde a un medio ambiente rural y tradicional, con más psicosis orgánicas puras o mixtas y menos endógenas y neurosis; con más terapia tradicional o popular y menos fármacos.

d) Los conceptos y actitudes manifiestan características humanitarias, lo cual facilitaría la función social de supervivencia para unos y la conservación del poder para

otros.

Lo anterior se basa en las observaciones mencionadas a continuación:

1. La población mestiza estudiada se representa la conducta gruesa de la enfermedad mental, características que corresponderían a psicosis orgánicas. No hay disposición e información para identificar psicosis endógenas.

2. Conciben el origen orgánico y biológico de la enfermedad mental y perciben poco la etiología psicosocial. No identifican la influencia psicosocial como precipitante de la enfermedad mental.

3. Hay confianza y optimismo frente al tratamiento occidental, pero se concibe un tratamiento con características humanitarias, de buen trato, breve y sin medicamentos.

4. Se valora ligeramente más el tratamiento médico occidental que el tradicional.

5. Se cree en la efectividad de la psicoterapia para tratar las psicosis y suelen recurrir al médico tradicional o popular.

6. Se ve al psiquiatra como un "resocializador", similar al papel del médico tradicional.

7. La sociedad y la familia deben ser humanitarios; para ello se debe educar a la población. Hay predominio de actitudes humanitarias, en particular de altruismo. Y poco menos de la mitad de la población estudiada presenta conductas restrictivas, en particular de temor.

8. La tendencia mágico-religiosa se manifiesta poco y predomina el pensamiento religioso al mágico. Menos de la mitad de la población estudiada refiere pensamiento mágico-religioso.

En el aspecto transcultural vemos lo siguiente:

a) La población mestiza tiene un concepto de la enfermedad mental intermedio entre la población de Mozambique, con más pensamiento mágico-religioso, y la de Cuba, con mejor información médico-occidental.

b) Atribuye causas orgánicas a la enfermedad mental, similar a la cultura alemana, pero en este último caso es debido a mejor información y tendencias autoritarias; en el nuestro se debe a falta de información y al deseo latente de preservar estructuras familiares y sociales restrictivas.

Las diferencias por estratos:

A pesar de compartir el mismo ambiente sociocultural históricamente determinado, se observan diferencias dentro del grupo mestizo urbano. Los elementos que provocan estas diferencias son: la experiencia frente al problema, el género, la edad, el modo de inserción en el trabajo y, sobre todo, el nivel de información o escolaridad. Así:

a) A menor escolaridad, más identificación de psicosis orgánicas, de causas biológicas y orgánicas, preferencia por los fármacos y más pensamiento mágico-religioso.

b) A mayor escolaridad, más identificación de psicosis endógenas, de causas psicosociales y más preferencia por la psicoterapia.

c) A menor edad y mayor escolaridad, más identificación de las determinantes psicosociales.

d) A mayor escolaridad y sexo masculino, más pensamiento mágico.

Lo anterior está basado en las siguientes observaciones:

1. Los familiares de enfermos mentales, la población masculina y el estrato con escolaridad primaria aceptan la utilidad de los fármacos y presentan más conceptos

mágico-religiosos. Los trabajadores en servicios y las dedicadas al hogar manifiestan conceptos mágico-religiosos, pero aquéllos perciben los determinantes psicosociales y éstas no. En todos los estratos mencionados predominan la escolaridad primaria y secundaria.

2. Los no familiares de enfermos, la población femenina y el estrato dedicado al estudio se inclinan por la psicoterapia. En estos grupos predominan la escolaridad secundaria y media superior. Los estratos que más perciben los determinantes psicosociales de la enfermedad son aquellos con escolaridad secundaria y los dedicados al estudio, en su mayoría de nivel superior. Estos grupos de la muestra no manifiestan conceptos mágico-religiosos.

3. El estrato menor de 30 años de edad está entre quienes identifican los determinantes psicosociales de la enfermedad. Su escolaridad es mayor a la de los mayores de 30 años, quienes muestran conceptos mágico-religiosos a diferencia de los anteriores.

4. El estrato con más conceptos mágicos y menos pensamiento religioso es aquel con educación media superior, entre quienes predomina el sexo masculino.

## II. De información.

Es necesario informar a la población acerca de las enfermedades mentales por las siguientes razones:

1. Los trastornos mentales van en aumento, sobre todo en el medio urbano, y el nuestro es uno con alto índice de asentamientos.

2. Desconocer las variadas manifestaciones de la enfermedad mental genera más pensamiento mágico al respecto.

3. La psicoterapia no es el tratamiento de primera elección ni el más adecuado para las psicosis orgánicas y endógenas; sólo es útil para neurosis y algunos trastornos de carácter.

4. Los grupos indígenas y rurales migrantes a la ciudad, aculturados y subempleados, estarán sometidos a niveles altos de estrés emocional.

5. La población mestiza, presionada por nuevas formas de relaciones sociales, de producción y su reproducción impuestas por el neocapitalismo, presentará más neurosis y en compensación más pensamiento mágico.

6. Se requiere de mayor información en las escuelas y desde los medios de difusión masiva.

## III. Metodológicas.

1. El cuestionario utilizado está elaborado para recoger más los conceptos acerca de psicosis, que de neurosis y trastornos de carácter.

2. Está elaborado por, y dirigido a, culturas mestizas occidentalizadas, dependientes y en desarrollo.

3. Se trata de un estudio transdisciplinario con orientación histórico-cultural; se ha recurrido al método interpretativo.

4. No es confiable según la óptica neopositivista pues no confirma la hipótesis de manera estadística.

Por último, este trabajo no pretende "psiquiatrizar" la cultura, pero se adhiere a quienes desean captar la dimensión psiquiátrica de la misma y advertir a no



considerar como normal, por institucional, aquello que es culturalmente patológico. Sin proponer nada más que una mayor y mejor información a la comunidad acerca de los trastornos mentales, hacemos nuestra la siguiente observación de Francois Laplantine (1977: 18): "La supervivencia de la humanidad es, no por razones morales, sino por razones etnopsiquiátricas, absolutamente incompatible con el neocapitalismo, que conduce a una verdadera desculturación psicótica, es decir, a la inaudita paradoja de la esquizofrenia erigida en modelo cultural".

## Bibliografía

- Aguilar-Jiménez E, Ariza Gallardo N, Moreno M E. Conceptos populares en Chiapas acerca de la enfermedad mental. En: *Anuario 1990. Instituto Chiapaneco de Cultura*. Tuxtla Gutiérrez: Gobierno del Estado, 1991: 347-352.
- Aguilar-Jiménez E. Percepción, ideología y actitud entre la población mestiza de Chiapas ante la enfermedad mental. En: *Anuario 1991. Instituto Chiapaneco de Cultura*. Tuxtla Gutiérrez: Gobierno del Estado, 1992: 112-125.
- Aguirre Beltrán G. Medicina étnica y antropología. En: *Antropología Médica*. México: CIESAS, 1986: 179-205.
- Alonso-Fernández F. *Compendio de psiquiatría*. Madrid: Editorial Oteo, 1978.
- Bastide R. *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI, 1975.
- Blakemore C, Cooper G F. Development of brain depends on the visual environment. *Nature* 1970; 228:447.
- Blanck J G. Teoría y método para una ciencia psicológica unificada. En: *Actualidad de Lev S. Vygotski*. M. Siguán (coord.) Barcelona: Anthropos, 1987: 102-127.
- Bornstein M. H. Color vision and color naming: A psychophysiological hypothesis of cultural difference. *Psychol Bull* 1973; 80: 257-85.
- Bruce R. D. *Lacandon dream symbolism*. México: Ediciones Euroamericanas, 1979: 88.
- Bunge M. Concepto. En: *La investigación científica*. Barcelona: Ariel, 1979: 64-117.
- Calles Bajos N, López Valdez J, Cairo Valcárcel E. *Estudio comparativo en Cuba y Africa acerca de los conceptos populares sobre la enfermedad mental*. Ediciones del Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1980.
- Casco M, Natera G, Herrejón M E. La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía. *Salud Mental* 1987; 10 (2): 41-53.
- Casco M. Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media superior. *Salud Mental* 1990; 13 (2): 18-23.
- Coie J D, Costanzo R P, Cox. G B. Behavioral determinants of mental illness concerns: A comparison of community subcultures. *Am J Community Psychol* 1980; 85: 537-555.
- Cole M, Scribner S. Cultura y procesos conceptuales. En: *Cultura y pensamiento. Relación de los procesos cognoscitivos con la cultura*. México: Editorial Limusa, 1977: 97-100.
- Davidson R A, Thomson E. Cross-cultural studies of attitudes and beliefs. *Handbook of Cross-Cultural Psychology* 1981; 5: 25-63.

- Eccles J C. Cerebro, habla y conciencia. En: *El cerebro. Morfología y dinámica*. México: Interamericana, 1975: 187-223.
- Erinosho O, Ayonrinde A. A comparative study of opinion and knowledge about mental illness in different societies. *Psychiatry* 1978; 41: 403-410.
- Fábregas A. Historia y cultura. En: *Una reflexión teórica antropológica*. Tuxtla Gutiérrez: Gobierno del Estado, 1991: 44-46.
- Fracchia C, Canale D, Cambria E, et al. The effect of increased information upon community perception of ex-mental patients. *J Psychology* 1975; 91: 271-275.
- Geertz C. The impact of the concept of culture on the concept of man. En: *Man in adaptation: The cultural present*. Y A Cohen (ed.) Chicago: Audin Pub Co, 1968: 16-29.
- Gove W. Labelling theory's explanation of mental illness: An update of recent evidence. *Deviant Behav Interdisciplinary J* 1982; 3: 307-327.
- Gwend D G. A survey of community attitudes toward mental illness. *Aust N Z J Psychiat* 1971; 5 (18): 18-28.
- Holtzman N. *Personality development and mental health of people in the border status*. Conference on contemporary dilemmas of the mexican-american border. The University of Texas, 1975. (Mencionado en Casco, 1987.)
- Laplantine F. *Las tres voces de la imaginación colectiva*. Barcelona: Granica Editor, 1997.
- Lehtinen V, Vaisanen E. Social-demographic aspects in the attitudes towards mental illness in a finnish population. *Acta Psychiat Scand* 1977; 55: 287-98.
- Luria A R. *Fundamentos de neuropsicología*. Moscú: Universidad de Moscú, 1973. (en ruso.)
- Luria A R. *Desarrollo histórico de los procesos cognitivos*. Madrid: Ediciones Akal, 1987: 34-59.
- Marsella A J. Cross-cultural research on severe mental disorders: issues and findings. *Acta Psychiat Scand* 1988; 78 (suppl 344): 7-22.
- Mecacci L. Brain and socio-cultural environment. *J Social Biol Struct* 1981; 4: 319-327.
- Natera G, Casco M, González L, Newell J. Percepción de la enfermedad mental a través de historietas. *Bol Of Sanit Panam* 1985; 98 (4): 327-338.
- Rabkin J. Public attitudes toward illness: a review of the literature. *Schizophrenia Bull* 1974 ; (10): 9-32.
- Rootman I, Lafave G. Are popular attitudes toward the mentally ill changing? *Am J Psychiatry* 1969; 126 (2). (Mencionado en Casco, 1987.)
- Rubinstein S L. *Principios de psicología general*. México: Grijalbo, 1974.
- Ruggiero J A. Research on social class and intolerance in the context of american history and ideology. *J History Behav Sci* 1979; (15): 166-176.
- Scheff T J. The labelling theory of mental illness. *Am Sociol Rev* 1974; (39): 444-452.
- Shurka E. Attitudes of israeli arabs toward the mentally ill. *Int J Soc Psychiatry* 1983; 29 (2). (En Casco, 1987.)
- Spencer A, Morris L A. Community attitudes about mental health services. *Comm Mental Health* 1974; 10 (2). (En Casco, 1987.)
- Stefani D. Actitudes hacia la enfermedad mental. *Rev Psicol Gen Aplic* 1976; 31 (139): 211-234.
- Stefani D. Influencia del nivel socioeconómico sobre las actitudes hacia la enfermedad mental. *Salud Mental* 1984; 7 (3): 25-28.

- Van der Veer R. El dualismo en psicología: un análisis vyotskiano. En: *Actualidad de Lev S. Vygotski*. M. Siguán (coord.) Barcelona: Anthropos, 1987: 87-101.
- Vygotski L S. *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. México: Grijalbo, 1988.
- Vygotski L S. *Pensamiento y lenguaje*. México: Ediciones Quinto Sol. (Sin fecha ni pie de imprenta.)
- Weitzberg N E. The effects of belief on mental illness on perception and performance under non verbal and verbal communication. *Diss Abst Intern* 1978; 38 (88): 3920.
- Wig N, Suleiman R, Routledge R, Srinivasa M, Ladredo-Ignacio H, Ibrahim H, Harding T. Community reactions to mental disorders. *Acta Psychiat Scand* 1980; 61: 111-126.