Percepción, ideología y actitud entre la población mestiza de Chiapas ante la enfermedad mental

Efraín Aguilar-Jiménez
Instituto Chiapaneco de Cultura

Introducción

El medio sociocultural, representado al interior de los individuos en forma de valores, creencias, percepciones, etcétera, determina en gran medida el comportamiento humano. Culturas diferentes generan actitudes diferentes; pertenecer a un grupo cultural significa experimentar el mundo de otra manera (Marsella, 1988). La influencia cultural también modifica la interpretación y la experiencia frente a la enfermedad. De modo que la organización funcional del cerebro depende no sólo de la maduración biogenéticamente determinada, sino también de la interacción del individuo con su medio social y cultural (mecacci, 1984). La cultura deviene representación mental en interacción con el medio.

La representación mental es un conjunto de percepciones tanto internas como externas que, en el cerebro, se inscriben y se almacenan. Estas percepciones se expresan por medio de imágenes de personas, objetos o ideas, que se van enriqueciendo con el tiempo (Kolteniuk, 1988). Lo social de la representación radica en la interpretación recíproca que dan de sí la sociedad y el individuo; la conducta social deriva de cómo se represente una persona conceptos tales como nación, familia, salud o enfermedad (Moscovici, 1986).

Así, el sujeto va construyendo representaciones sobre el mundo social, internalizando la salud y la enfermedad, entre otras cosas. La representación que se tiene de la salud y la enfermedad resulta del concepto que de éstas tiene

la sociedad (Delval, 1980). La observación de los enfermos mentales, la transmisión cultural y los medios de comunicación masiva, determinan la concepción de lo que es la salud y la enfermedad mental (Casco, 1990).

En base a lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue abordar de manera positivista algunas características perceptuales, ideológicas y actitudinales de la población mestiza de Chiapas ante la enfermedad mental.

Métodos

El estudio se llevó a cabo mediante un cuestionario cerrado previamente descrito (Aguilar-Jiménez *et al,* 1991), el cual en su fase terminal fue aplicado a 123 sujetos de uno y otro sexo, familiares y no familiares de enfermos mentales. Los criterios de inclusión fueron haber nacido y radicado en Chiapas, ser mestizo, con edad de 15 a 74 años y escolaridad de primaria a media superior. Se consideró criterio de exclusión haber recibido atención profesional en salud mental.

El medio ambiente sociocultural fue considerado como la variable independiente. Las variables dependientes a estudiar fueron: familiaridad, sexo, edad, ocupación, y escolaridad.

Se hizo el análisis a través de agrupar los reactivos del cuestionario relacionado con factores de percepción, ideología y actitudes, para conformar así los siguientes constructos: etiología orgánica y psicosocial; síntomas diferenciados y difusos; pensamiento religioso y mágico; modelo médico occidental y tradicional; altruismo y tolerancia; autoritarismo, rechazo y temor (ver Anexo). Se tomó después el porcentaje de respuestas por cada reactivo en base a la N de las variables a estudiar; y se obtuvieron la sumatoria, los promedios, el error estándar y las diferencias dentro de cada variable dependiente, con un margen de error del 5% o menos ($p<0.05$) (tablas 1 a 6).

En los constructos de etiología y síntomas la N de las muestras no varía porque las respuestas pertenecen a la misma pregunta; en los demás constructos cambia la N pues los reactivos pertenecen a diferentes preguntas. Así, para el constructo pensamiento religioso los 4 reactivos pertenecen a 3 preguntas, de donde la N original se multiplicó por 3 (ver Anexo y tabla 3).

Los reactivos de la pregunta sobre los síntomas de la enfermedad fueron desglosados en diferenciados y difusos; es decir, los que orientan a un diagnóstico definido y los que no lo hacen porque son compartidos por diferentes trastornos mentales. Los reactivos psicoterapia y psicólogo se incluyeron en los constructos pensamiento mágico y modelo médico tradicional porque su utilidad es mínima para las verdaderas psicosis, de donde su elección nos traduce la tendencia a esos constructos. La escisión propositiva

del pensamiento animista en mágico y religioso fue con el fin de saber cómo, por separado, estarían incidiendo ambos constructos en la representación mental de la población mestiza.

Resultados

Factor de percepción etiológica. Predomina la tendencia a percibir el origen de la enfermedad mental más en causas orgánicas que en psicosociales. El subgrupo que de manera significativa concibe menos el origen psicosocial es el dedicado al hogar ($p<0.05$) comparado al de servicios (tabla 1).

TABLA 1. FACTOR DE PERCEPCION ETIOLOGICA

	ETIOLOGIA ORGANICA				ETIOLOGIA PSICOSOCIAL		
	N	Total %	$\bar{x}$	ee	Total %	$\bar{x}$	ee
T	123	61.7	7.7	3.3	26.0	4.3	1.5
NF	69	57.9	7.2	2.8	28.9	4.8	2.2
F	54	66.6	8.3	4.1	22.1	3.7	1.3
M	72	55.8	6.8	2.6	25.0	4.1	1.7
H	51	70.6	8.8	4.2	27.4	4.5	1.4
<30	63	65.0	8.1	3.6	20.7	3.4	2.3
≥30	60	50.1	6.3	2.3	25.1	4.2	1.7
E	34	55.8	6.9	2.6	26.4	4.4	2.5
S	47	61.6	7.7	3.5	29.7	4.9	2.2
Ho	32	71.7	8.9	3.8	18.6	3.1	1.1*
1a	34	73.3	9.2	3.9	20.4	3.4	1.4
2a	55	54.3	6.8	2.9	30.9	5.1	2.9
Ms	34	64.5	8.1	3.1	23.4	3.9	2.8

*$p<0.05$

Factor de percepción sintomatológica. La percepción de síntomas difusos predomina sobre la de los diferenciados. En este último constructo hay diferencias significativas intragrupo: los familiares perciben menos que los no familiares los síntomas diferenciados ($p<0.05$): lo mismo sucede con el subgrupo de hombres respecto al de mujeres ($p<0.05$). El subgrupo menores de 30 años percibe menos los síntomas diferenciados que el de mayores de 30 ($p<0.05$); y los subgrupos dedicados a servicios ($p<0.01$) y al hogar ($p<0.05$) los perciben menos que el de estudiantes (tabla 2).

TABLA 2. FACTOR PERCEPCIÓN DE SINTOMAS

		SINTOMAS DIFERENCIADOS			SINTOMAS DIFUSOS		
	N	Total %	$\bar{x}$	ee	Total %	$\bar{x}$	ee
T	123	34.1	4.8	0.9	65.0	12.9	5.1
NF	69	43.4	6.1	1.4	55.0	10.9	4.9
F	54	22.0	3.1	0.9*	77.0	15.5	6.0
M	72	43.0	6.1	1.5	54.0	10.8	4.8
H	51	21.5	3.0	0.9*	78.4	14.6	5.3
<30	63	25.4	3.6	1.1*	65.0	13.0	5.2
≥30	60	39.8	5.7	1.4	48.3	9.6	3.3
E	34	50.0	7.1	1.7	50.0	10.0	4.2
S	47	29.7	4.2	1.1**	68.0	13.6	5.2
Ho	32	28.1	4.0	1.6*	65.6	13.1	4.7
1a	34	32.0	4.6	1.1	64.6	12.9	4.9
2a	55	41.8	5.9	2.2	58.0	11.6	3.9
Ms	34	23.4	3.3	1.6	76.2	15.2	7.4

*p<0.05 **p<0.01

Factor de ideología animista. Se observa un ligero predominio del pensamiento mágico sobre el religioso. El subgrupo con escolaridad media superior muestra la menor tendencia significativa hacia el pensamiento religioso (p<0.05) (tabla 3).

TABLA 3. FACTOR DE IDEOLOGIA ANIMISTA

	PENSAMIENTO MAGICO				PENSAMIENTO RELIGIOSO			
	N	Total %	$\bar{x}$	ee	N	Total %	$\bar{x}$	ee
T	492	27.8	2.8	1.5	369	18.7	4.6	1.6
NF	276	29.7	2.9	1.8	207	16.4	4.0	1.9
F	216	25.5	2.5	1.1	162	20.9	5.2	2.0
M	288	26.4	2.6	1.8	216	19.4	4.8	1.8
H	204	29.9	2.9	1.2	153	17.6	4.4	2.1
<30	252	24.7	2.5	1.4	189	16.4	4.1	1.6
≥30	240	24.9	2.5	1.4	180	16.5	4.1	1.3
E	136	27.9	2.8	1.8	102	17.5	4.4	1.8
S	188	27.1	2.7	1.4	141	17.0	4.2	1.6
Ho	128	25.8	2.6	1.4	96	18.7	4.7	2.1
1a	136	28.0	2.8	1.1	102	23.4	5.8	2.6
2a	220	27.5	2.7	1.7	165	18.7	4.7	1.9
MS	136	27.1	2.7	1.6	102	11.6	2.9	1.2

* p<0.05

Factor ideología de tratamiento. Existe predominio del modelo médico occidental sobre el tradicional; no se observan diferencias significativas intragrupo en ninguno de los dos constructos (tabla 4).

TABLA 4. FACTOR IDEOLOGIA DE TRATAMIENTO

	MODELO MEDICO OCCIDENTAL				MODELO MEDICO TRADICIONAL			
	N	Total %	$\bar{x}$	ee	N	Total %	$\bar{x}$	ee
T	1230	61.8	3.1	0.6	615	31.7	2.9	1.2
NF	690	59.8	2.9	0.7	345	34.2	3.1	1.5
F	540	64.6	3.2	0.6	270	28.5	2.6	0.9
M	720	60.5	3.0	0.7	360	32.2	2.9	1.4
H	510	62.9	3.1	0.6	255	30.9	2.8	1.0
<30	630	56.1	2.8	0.6	315	28.7	2.6	1.1
≥30	600	60.7	3.0	0.8	300	27.3	2.5	1.1
E	340	60.6	3.0	0.8	170	32.3	2.9	1.4
S	470	63.1	3.1	0.6	235	29.9	2.7	1.1
Ho	320	56.4	2.8	0.6	160	29.9	2.7	1.1
1a	340	59.3	2.9	0.5	170	28.8	2.6	0.9
2a	550	62.3	3.1	0.7	275	32.3	2.9	1.4
MS	340	59.9	2.9	0.6	170	31.8	2.9	1.3

Factor de actitud humanitaria. Hay más actitud altruista que tolerancia, y no se detectan diferencias significativas intragrupo en ambos constructos (tabla 5).

TABLA 5. FACTOR DE ACTITUD HUMANITARIA

	ALTRUISMO				TOLERANCIA			
	N	Total %	$\bar{x}$	ee	N	Total %	$\bar{x}$	ee
T	984	49.9	3.3	0.6	861	22.7	1.6	0.5
NF	552	50.0	3.2	0.6	483	24.6	1.7	0.5
F	432	49.7	3.2	0.6	378	20.6	1.5	0.6
M	576	49.1	3.1	0.7	504	24.2	1.7	0.6
H	408	50.9	3.2	0.6	357	21.0	1.5	0.4
<30	504	46.8	2.9	0.5	441	21.3	1.5	0.5
≥30	480	45.8	2.9	0.6	420	19.3	1.4	0.5
E	272	50.5	3.2	0.7	238	26.6	1.9	0.6
S	376	50.8	3.2	0.6	329	19.6	1.4	0.4
Ho	256	49.0	3.1	0.5	224	21.2	1.5	0.6
1a	272	47.6	2.9	0.5	238	24.4	1.7	0.6
2a	440	52.3	3.5	0.7	385	20.9	1.5	0.5
Ms	272	50.2	3.1	0.6	238	22.9	1.6	0.6

Factor de actitud restrictiva. Puede observarse más temor que autoritarismo, y menos rechazo que los 2 constructos anteriores. El subgrupo significativamente menos rechazante es el de los familiares ($p<0.01$) con respecto al de no familiares (tabla 6).

TABLA 6. FACTOR DE ACTITUD RESTRICTIVA

	AUTORITARISMO				RECHAZO				TEMOR			
	N	Total %	$\bar{x}$	ee	N	Total %	x	ee	N	Total %	$\bar{x}$	ee
T	738	17.3	1.9	0.9	492	11.6	1.9	0.6	615	19.0	2.7	1.3
NF	414	17.6	1.9	0.8	276	14.5	2.4	0.8	345	20.0	2.8	1.2
F	324	16.9	1.9	1.0	216	7.8	1.3	0.3**	270	17.7	2.5	0.9
M	432	17.3	1.9	0.8	288	12.5	2.1	0.7	360	18.3	2.6	1.2
H	306	17.3	1.9	1.0	204	10.3	2.0	0.6	255	20.0	2.8	1.5
<30	378	17.2	1.9	0.8	252	10.3	1.7	0.6	315	17.4	2.5	1.3
>30	360	14.3	1.6	0.8	240	11.0	1.8	0.7	300	17.8	2.5	1.3
E	204	17.0	1.9	1.0	136	11.0	1.8	1.0	170	19.5	2.8	1.7
S	282	17.7	1.9	1.0	188	12.1	2.0	0.6	235	21.1	3.0	1.6
Ho	192	17.0	1.9	0.6	128	12.5	2.1	0.6	160	16.8	2.4	1.0
1a	204	17.9	1.9	0.7	136	13.2	2.2	0.5	170	17.4	2.5	0.9
2a	330	16.9	1.9	1.1	220	10.4	1.7	0.8	275	21.5	3.1	1.6
MS	204	17.3	1.9	0.8	136	11.0	1.8	0.7	170	15.9	2.3	1.3

** $p<0.01$

APENDICE

ABREVIATURAS DE LAS TABLAS 1 A 6: N=número de la muestra; $\bar{x}$=promedio; ee=error estándar; T=total de la muestra; NF=no familiarres; F=familiares; M=mujeres; H=hombres; <30=menores de 30 años; ≥30=30 años o más; E=estudiantes; S=servicios; Ho=hogar; 1a=escolaridad primaria; 2a.=escolaridad secundaria; MS=escolaridad media superior; p=probabilidad de error.

Discusión

El hecho de percibirse más el origen orgánico de la enfermedad mental que el psicosocial, nos orienta a pensar que la prevalencia de los trastornos orgánicos sobre los funcionales influye en la percepción de la población. Sin embargo, también pudiera reflejar una percepción reducida de la enfermedad, debido a falta de información. Esto último parece comprobarse con el subgrupo dedicado al hogar, que percibe menos las causas psicosociales de la enfermedad mental. También por razones culturales se dejan de lado los factores psicosociales como origen de la enfermedad, sea porque se resuelven mediante la medicina tradicional, o dentro del ámbito familiar y cultural (Aguirre Beltrán, 1986; Holtzman, 1975).

La mayor prevalencia de los trastornos mentales orgánicos también parece influir en la percepción de los síntomas. Los familiares perciben menos los síntomas diferenciados a pesar del contacto con los servicios de salud mental, y esto sólo se explicaría por el tipo de trastorno que predomina entre sus familiares enfermos. Sin embargo, los subgrupos de hombres; los menores de 30 años; los dedicados a servicios y al hogar; tampoco perciben los síntomas diferenciados. En este caso, la explicación recae de nuevo en la falta de información (Cole *et al,* 1980) y en los factores culturales. La mayoría de las culturas considera enfermo mental sólo a quien puede atribuírsele causa evidente y conducta muy alterada, como en los trastornos mentales orgánicos (Alonso-Fernández, 1987).

En cuanto a la ideología animista, parece haber algo más de pensamiento mágico respecto al religioso debido a los pocos reactivos relacionados con este último; de otro modo, habría un porcentaje muy similar en ambos tipos de pensamiento. El subgrupo con educación media superior muestra de manera significativa menos pensamiento religioso en cuanto a la enfermedad mental; suponemos que por razones de información. Por otro lado, la orientación hacia el factor de ideología animista, en conjunto, incluye a cerca de la mitad de nuestra población estudiada, tendencia que observa con más claridad en algunos estudios transculturales de tipo comparativo (Karno y Edgerton, 1969).

La idea del tratamiento a través del modelo médico occidental predomina sobre el modelo tradicional con una relación aproximada de 2 a 1. Parece que la población mestiza intuye, por experiencia, que la medicina tradicional poco puede hacer en estos casos. No obstante, los primeros intentos de curación van dirigidos, la mayoría de las veces, hacia la medicina tradicional (Aguilar-Jiménez, datos no publicados). El que no haya diferencias significativas intragrupos nos hace pensar que, en este caso, hay dos poblaciones mestizas homogéneas; una más occidentalizada y otra más preservadora de lo tradicional, cuya

preferencia por la medicina tradicional es parecida a la de otros grupos culturales (Erinosho, 1977).

El altruismo, como actitud frente al enfermo mental, es bastante mayor que la tolerancia. Pero de ambos constructos resulta una elevada carga del factor de actitud humanitaria. Esto parece debido a la cultura religiosa (Shurka, 1982); además, se ha descrito que hay una relación directa entre actitudes favorables y nivel de información (Fischer, 1971; Fracchia *et al,* 1975) así como edad joven (Stefani, 1976; Lehtinen, 1977; Casco, 1990). Aunque no hay diferencias significativas intragrupo, aquí es posible observar la correlación actitud humanitaria-nivel de información y menor edad (ver Tabla 5); por otro lado, el 96% de la muestra se declaró identificada con el cristianismo.

Finalmente, el temor como actitud restrictiva es mayor que el autoritarismo y el rechazo. Las dos últimas actitudes parecen atenuadas por factores culturales y religiosos. Por razones obvias, el subgrupo de familiares resulta significativamente menos rechazante que el de no familiares. En otro orden, el temor y el rechazo se relacionan con la expectancia frente a la conducta impredecible del enfermo (Spiro *et al,* 1970; Lehmann *et al,* 1976); mientras que el autoritarismo, según algunos autores, se correlaciona con la edad adulta y la escasa información (Lawton, 1964; Stefani, 1985), lo cual no se observa en el presente trabajo (ver Tabla 6).

En conclusión, el análisis positivista nos permite diferenciar algunas características conductuales de la población mestiza frente a la enfermedad mental; sin embargo, buena parte de la información permanece oculta y sólo puede emerger con la ayuda del método hermenéutico en su concepción moderna, tomando en cuenta la enorme importancia de los factores socioculturales. De tal modo, la representación de la enfermedad mental entre la población mestiza presenta fuerte concepción magicorreligiosa.

Bibliografía

Aguirre Beltrán G. 1986
Medicina étnica y antropología. En: *Antropología Médica.* México: CIESAS, pp 179-205.

Aguilar-Jiménez E, Ariza Gallardo N y Moreno M E. 1990
Conceptos populares en Chiapas acerca de la enfermedad mental. En: *Anuario. Instituto Chiapaneco de Cultura.* Tuxtla Gutiérrez: Gobierno del Estado, pp 347-52.

Alonso-Fernández F. 1978
Psiquiatría transcultural. En: *Compendio de Psiquiatría.* Madrid: Ed. Oteo, pp 87-91.

Casco M. 1990
Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media-superior. *Salud Mental* 13(2): 18-23.

Cole D J Costanzo R P y Cox G B. 1980
Behavioral determinants of mental illness concerns: A comparison of community subcultures. *American Journal of Community Psychology* vol. 8, no. 5.

Delval J. 1980
La representación infantil del mundo social. *Infancia y Aprendizaje* 13:35-67.

Erinosho O A. 1977
Belief-system and the concept of mental illness among medical students in a developing country: A nigerian example. *Journal of Anthropological Research* no. 33.

Fischer E J. 1971
Altruisttic attitudes, beliefs about psychiatric patients and voluntaring for comparisonship with mental hospital patients. En: *Procedings, 79th Annual Convention,* American Psychiatric Association.

Fracchia C, Canale D, Cambria E, *et al.* 1975
The effect of increased information upon community perception of ex-mental patients. *Journal of Psychology* 91: 271-75.

Holtzman N. 1975
Personality development and mental health of people in the border status. Trabajo preparado para la conferencia sobre dilemas contemporáneos de la frontera mexico-americana . The University of Texas, Austin.

Karno My Edgerton, R B. 1969
Perception of mental illness in a mexican-american community. *Archives of General Psychiatry* 20(2): 233-38.

Kolteniuk M. 1988
Metapsicología. Seminario Freud XI. Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica en el adolescente.

Lawton M P. 1964
Correlates of the opinions about mental illness scale. *Journal of Consultant Psychology* 28 (1): 94.

Lehmann S. 1976
Responses to viewing symptomatic behaviors and labeling of prior mental illness. *Journal of Community Psychology* 4: 327-34.

Lehtinen V. 1977
Social-demographic aspects in the attitudes towards mental illness in a finnish population. Acta *Psychiatrica Scandinavica* 55: 287-98.

Marsella A J. 1988
Cross-cultural research on severe mental disorders: Issues and findings. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 78(suppl 344): 7-22.

Mecacci L.
1984 Looking for the social and cultural dimension of the human brain. *International Journal of Psychophysiology* 1: 293-99.

Moscovici S. 1986 Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. En: *Psicología social 2*. Barcelona: paidós.

Shurka E. 1983 Attitudes of israeli arabs toward the mentally ill. *Intern Journal of Social Psychiatry* vol. 29, no. 2.

Spiro H R. Siassi I y Crocetti G. 1970
Ability of the public illness: an issue of substance and an issue of meaning. *Social Psychiatry* 8: 32-36.

Stefani D.
1976 Actitudes hacia la enfermedad mental. *Revista de Psicología General Aplicada* 31: 211-34.

Stefani D.1985
Autoritarismo y actitud hacia la enfermedad mental. *Salud Mental* 8 (2): 27-30.

ANEXO

CONFORMACION DE REACTIVOS PARA ORGANIZAR FACTORES Y CONSTRUCTOS

FACTOR DE PERCEPCION ETIOLOGICA:

ETIOLOGIA ORGANICA	ETIOLOGIA PSICOSOCIAL
Mala alimentación	Malos hábitos o costumbres
Enfermedades corporales	Exceso de trabajo
Embarazo	Exceso de responsabilidades
Parto	Excesos sexuales
Golpes en la cabeza	Preocupaciones personales
Herencia	Brujería
Abuso de alcohol	
Abuso del cigarro	

FACTOR PERCEPCION DE SINTOMAS:

SINTOMAS DIFERENCIADOS	SINTOMAS DIFUSOS
Se descuidan de su persona	Piensan tonterías
Creen que los persiguen	No razonan
Oyen voces	Hacen cosas raras
Se ponen agresivos	Pierden el interés al trabajo
Tienen ideas de grandeza	Hablan disparates
Tienen ideas fijas	
Hablan solos	

FACTOR DE IDEOLOGIA ANIMISTA:

PENSAMIENTO MAGICO	PENSAMIENTO RELIGIOSO
Brujería	Curar la enfermedad mental
Tomar algún remedio	Mejorar la enfermedad mental
La psicoterapia	Sacerdote
Hierbero	Las organizaciones religiosas
Curandero	
Espiritista	
Psicólogo	
Curanderismo	
Brujería	
Espiritismo	

FACTOR IDEOLOGIA DE TRATAMIENTO:

MODELO MEDICO OCCIDENTAL

Llevarlo al médico
Internarlo de inmediato
Darle pastillas
Se curan completamente
Se mejoran
Reposo y cuidado médico
El electroshock

Las pastillas,
Psiquiatra
A otro médico
Curan totalmente
Son útiles

Contribuyen a la mejoría
Formando psiquiatras
Construyendo más hospitales
Enfermedad mental
Prevenir la enfermedad mental
Diagnosticar y tratar
Los médicos

Los hospitales

MODELO MED. TRADICIONAL

Tomar algún remedio
El trabajo
La psicoterapia
Hierbero
Curandero
Psicólogo
Producen acostumbramiento
Curanderismo
Brujería
Espiritismo
Rehabilitar e integrar a la sociedad

FACTOR DE ACTITUD HUMANITARIA:

ALTRUISMO

Llevarlo al médico
Internado largo tiempo
Llevarlo al cine, etcétera
Reposo y cuidado médico
Vigilancia
El deporte
Construyendo más hospitales
Educando a la población
Enseñarle música
Llevarlo a pasear
Educar a la población
Rehabilitar e integrar
En actividades recreativas
En la limpieza
Económicamente
En actividades productivas

TOLERANCIA

Aconsejarlo
Darle pastillas
Internado corto tiempo
En su casa
Concederle pase
Totalmente libre
Que se casen y tengan hijos
El trabajo
Educando a la población
Siendo más comprensivo
No contradecirlo
Hacerlo trabajar en casa
Visitar a los vecinos
Se vuelven más productivos

FACTOR DE ACTITUD RESTRICTIVA:

AUTORITARISMO	RECHAZO	TEMOR
Internarlo de inmediato	Internarlo de inmediato	Escapar
Internado toda la vida	Internado toda la vida	Internarlo de inmediato
Trabajo y disciplina	Devolverlo al hospital	Internado toda la vida
Vigilarlo	No dejarlo hacer nada	Aislamiento
Imponerle su autoridad	Peligro para la sociedad	Vigilarlo
No dejarlo hacer nada	Carga para la sociedad	Devolverlo al hospital
El electroshock		Peligro para la sociedad
Carga para la sociedad		
No pueden casarse		