

PERCEPCION DE ENFERMEDAD EN DIFERENTES ESTRATOS SOCIO-ECONOMICOS¹

GONZALO ADIS CASTRO y PIERRE THOMAS CLAUDET

Universidad de Costa Rica

COSTA RICA

El interés relativamente reciente en el campo de la psicología y psiquiatría de comunidad, refleja, de manera evidente, la aceptación de que los problemas de salud mental no son una función del individuo solamente, sino que están arraigados en las transacciones del individuo con su ambiente socio-cultural.² De hecho esta nueva orientación teórica ha venido a hacer énfasis en la importancia de las relaciones interpersonales como factor positivo o limitativo en el campo de la salud mental, y a provocar cambios conceptuales, donde los modelos de relación interpersonal y de comunicación son factores fundamentales.³ Este mismo interés y estos cambios conceptuales han orientado los esfuerzos hacia el desarrollo de programas de acción que permitan una labor preventiva más eficaz, a través de un mayor énfasis en actividades educacionales y asistenciales a nivel de la comunidad misma. El esfuerzo en tales labores y actividades preventivas, ha tenido que enfrentarse al hecho de que, en términos generales, las personas tienen dificultad en aceptar o reconocer problemas psicológicos reflejados en dificultades o problemas interpersonales; se tiende a considerar y definir estos problemas como rarezas, peculiaridades o excentricidades del individuo. La tendencia del individuo a ignorar o racionalizar ciertas conductas, ya sea negándolas o bien considerándolas como rarezas o excentricidades, es de suma importancia cuando se considera la implementación de programas preventivos. Esto ocurre, porque "Si el individuo define su conducta como apropiada y libre de síntomas—independientemente de si esto es objetivamente correcto o no—el individuo no acepta tener problemas ni se define como enfermo."⁴ De ahí entonces que corrientemente la persona tienda a limitar o circunscribir el concepto de enfermedad mental a sus formas más severas, es decir, a las psicosis⁵ y particularmente cuando la conducta refleja "irracionalidad", "pérdida del autocontrol" y una franca "desviación de lo normal", es decir, de lo esperado en ciertas circunstancias.⁶

El reconocimiento de que existe además de una definición técnica, una definición social de la enfermedad no es nada nuevo. En este sentido se ha señalado que el definirse como enfermo es un proceso complejo afectado por muchos factores.⁷ "Cada enfermedad, en teoría, tiene una unidad clínica: se puede describir de acuerdo a

ciertos signos que la identifican como una enfermedad o como un grupo de enfermedades. Pero el *significado* de enfermedad, desde el punto de vista del paciente, es más variable. No es caprichoso sino complejo. La gente percibe la enfermedad de diferentes maneras. El patrón de estas percepciones o definiciones de enfermedad varía de acuerdo a las culturas y aún dentro de una misma cultura.⁸ Y esto es cierto a tal grado que "cuando una condición no interrumpe el ritmo normal de vida, aunque sea muy patológica en términos médicos, la tendencia en el grupo cultural es verla como una condición normal y no como una enfermedad."⁹

Por otra parte la existencia de esta definición social señala también la presencia de diferentes expectativas y de orientaciones sujetas a escalas de valores en lo que se refiere a la conducta sana y a la conducta enferma. Así por ejemplo, las expectativas relativas al paciente que busca, o que es referido a psicoterapia, reflejan valores de clase media. Se espera que el paciente quiera hablar de sí mismo, que esté motivado y deseoso de superar sus problemas, que esté dispuesto a asumir responsabilidad por sí mismo y a comportarse en forma independiente y autónoma.¹⁰ Estas expectativas se reflejan a su vez en la literatura en el campo de la salud mental, donde el contenido de los "mensajes" hace énfasis en valores de clase media. En estos mensajes, se insiste por ejemplo, en la importancia de que el individuo controle sus impulsos, controle tendencias agresivas, exceptuando aquellos casos en que le son provocados abierta e intensamente. En las clases económicamente inferiores se espera lo contrario, y de hecho se permite que el individuo exprese sentimientos agresivos, a fin de valorizar la conducta agresiva. Ciertamente estos mensajes ponen de manifiesto que los expertos que los escriben, o que colaboran en este tipo de literatura, tienen valores de clase media o participan de ellos.¹¹

La existencia de una definición social de la enfermedad, que puede variar en diferentes contextos socio-culturales de acuerdo a expectativas y valores, afecta la percepción de la enfermedad. Más aún, introduce una gran variabilidad en la forma de percibir las diferentes conductas sintomáticas y en la manera de definirlas, sea como síntomas, como rarezas o peculiaridades del modo de ser del individuo. No es de extrañar entonces la dificultad, que con frecuencia se observa, en la realización e implementación de programas de acción preventiva. Y esto se hace más evidente cuando se considera que una consecuencia de estos programas, es el de sensibilizar al individuo a algo que el prefiere negar, ignorar, o racionalizar, para evitar así, percibir sintomatología.

La aceptación del papel social de enfermo no es, ciertamente, un proceso sencillo. Polgar,¹² por ejemplo, ha señalado que la definición

de enfermedad implica no sólo un identificar signos de cambio en el individuo y un reflexionar sobre sus posibles causas, sino también un cambio en su identidad social. Este mismo autor también hace énfasis en que los signos de enfermedad, se hacen evidentes en primer lugar al paciente mismo, y que el autodiagnóstico frecuentemente lleva a una decisión de "no estar enfermo", o a evitar tener que tomar una decisión,¹³ particularmente cuando el estar enfermo es algo negativo o inaceptable. Por otra parte el papel social de enfermo es afectado por la interacción de una serie de factores. Así Kasl y Cobb¹⁴ señalan que la conducta enferma puede ser considerada dentro del marco de referencia de la interacción de diferentes variables, a saber, el estado objetivo de salud, la salud tal como es percibida, la manera como es evaluado el estado de salud percibido, y la decisión tomada en base a esta decisión. De ahí que la probabilidad de que el individuo acepte el papel social de enfermo dependa, de la intensidad de amenaza percibida y de lo atractivo o valorativo de la conducta enferma.¹⁵ De acuerdo con estos autores, la intensidad de la amenaza percibida depende, por lo menos, de tres factores, a saber: a) importancia de la salud para el individuo, b) el grado de susceptibilidad percibida hacia la enfermedad, y c) la gravedad percibida de las consecuencias de la enfermedad. El grado de atracción o valor de la conducta enferma depende, a su vez, de la probabilidad percibida de que a hacer algo, tenga las consecuencias deseadas o esperadas; y también del grado de displacer y "costo" de hacer algo comparado con no tomar ninguna decisión y sufrir las consecuencias.¹⁶

Estudios en este campo han encontrado que la percepción de enfermedad varía en diferentes grupos, y que la definición social no corresponde necesariamente a la definición técnica. De especial interés para el presente estudio son los resultados obtenidos por Koos.¹⁷ En su estudio, Koos encontró que la enfermedad es percibida de manera distinta en los diferentes niveles socio-económicos. Así por ejemplo "pérdida de apetito" fue percibido, por personas de clase alta y media, como un síntoma que ameritaba atención médica, mientras que sólo una proporción muy pequeña del nivel económicamente inferior lo percibió así. De la misma manera fue percibido el síntoma "tos persistente". La mayoría de los de clase alta y media consideraron que este síntoma ameritaba atención médica, y sólo una proporción muy pequeña de clase baja también lo percibió así.¹⁸

El presente estudio responde a la necesidad e interés de investigar la manera en que la enfermedad mental y física es percibida en diferentes estratos socio-económicos del área metropolitana de San José, Costa Rica. Más específicamente, los objetivos que se persiguen son los de evaluar el grado en que diferentes síntomas son percibidos como conductas que ameritan atención médica; y si estas percepciones

varían en los diferentes niveles socio-económicos. La expectativa general es que los individuos se perciben como menos sensibles, o menos vulnerables, cuando se trata de síntomas asociados corrientemente con problemas de salud mental que cuando estos síntomas se asocian con problemas de salud física. Esta expectativa se basa en el hecho de que la enfermedad física es más aceptable y menos amenazante que la enfermedad mental, la que con mayor frecuencia provoca actitudes negativas y de rechazo. De ser así es de esperarse entonces que la vulnerabilidad a la enfermedad mental—en términos del número de síntomas que ameritan atención médica—sea menor que en el caso de la enfermedad física; y que esto sea aún más evidente en los estratos socio-económicamente inferiores.

METODOLOGIA

Muestra

Los datos del presente estudio se obtuvieron con base en la población del Area Metropolitana de San José y el grupo rural contenidos en la muestra del Proyecto de Estratificación Social: Aspectos Psicosociales y Organizativos.¹⁹

El procedimiento de muestro seguido para los fines del Proyecto de Estratificación Social se describe brevemente a continuación:

Se estableció el número de barrios del Area Metropolitana en la cifra de 285, mediante la utilización de información de la Dirección General de Estadística y Censos. Estos barrios así delimitados fueron luego jerarquizados siguiendo dos criterios:

- a) Sueldo o salario²⁰
- b) Características de las viviendas según índice elaborado para efectos de este estudio.

Los dos criterios anteriores permitieron realizar una jerarquización de los barrios en 10 grupos, observándose que en el 54% de los casos hay coincidencia en el mismo grupo o “decila”, como se les denominó en el presente estudio.

Con los barrios jerarquizados en decilas, se procedió a señalar aquellos que se consideraron típicos de los diferentes niveles socio-económicos: Alto (decil I), medio (decil II), pobre (decil VII) y tugurio²¹ (decil X).

Para determinar el número final de casas a visitar en cada barrio, se utilizó un listado de viviendas, y siguiendo procedimientos aleatorios se procedió a seleccionar las unidades que participarían en el estudio. Al mismo tiempo se procedió a seleccionar un grupo de viviendas sustitutas que se utilizó en el caso de no poder localizar, en varias visitas sucesivas, a los informantes seleccionados en la muestra original o en el caso de rechazos definitivos.

La muestra rural se tomó en San Antonio de Escazú (Distrito Segundo del Cantón Segundo de la Provincia de San José.²²

PERCEPCION DE ENFERMEDAD

Del total de 1.238 personas que formaron parte de la muestra original (1.083 del Area Metropolitana y 155 del Grupo Rural), se obtuvieron 1.022 cuestionarios de las cuales fue necesario el mismo, para efectos del presente estudio, 25 por carecer de algunos de los datos requeridos. En esta forma la población cubierta por este estudio ascendió 997, distribuidos en la forma indicada en el Cuadro 1.

CUADRO 1

Distribución por estratos y sexo, de la población comprendida en el estudio: Percepción de Enfermedad

Estratos	Hombres	Mujeres	Total
Alto	67	75	142
Medio	120	158	278
Pobre	143	189	332
Tugurio	58	75	133
Grupo Rural	48	64	112
	436	561	997

Definición Operacional de las Variables

Estrato social. La variable independiente "estrato social" fue definida para los efectos del estudio, —y de acuerdo a los índices de salarios y características de vivienda mencionados, en la manera indicada en el Cuadro 2.

CUADRO 2

Estrato	Salario promedio por persona Residente en el barrio*	Indice de Características
Alto	680-1300	de 33.1 a 43.7
Medio	468-674	de 19.9 a 33.2
Bajo	373-462	de 14.8 a 18.6
Tugurio	0-252	de 6.9 a 14.5

*Salario redondeado al colón más cercano (según datos del Censo Población de 1963).

Como se desprende del detalle anterior, la distribución de ingresos aparece sesgada hacia la subestimación pues se tomó la distribución censal directamente. No obstante se supone que esta mantiene su función discriminatoria.

Para corroborar lo anterior puede verse en el estudio ya citado,²³ que el 91% de las personas del estrato alto reportan sueldos por encima de C 2.500,00 existiendo una concentración marcada (62%) entre C 5.000,00 y C 9.000,00 y más.

El estrato medio se presenta bimodal con concentraciones entre C 600,00 y C 1.499,00 (36%) y entre C 2.500,00 y C 3.999,00 (23%).

La mayor concentración queda en el primer intervalo citado.

El grado de dispersión del estrato pobre es menor que el del estrato medio. Un 93% de las personas tienen ingresos entre 0 y C 1.499,00 y la mayor concentración (65%) se encuentra entre los C 200,00 y los C 799,00.

En el estrato de tugurio la dispersión es aún menor. El 80% de los individuos alcanza ingresos hasta de C 799,00 y sólo un 14% tiene ingresos entre los C 800,00 y C 1.499,00. Por otra parte, el porcentaje de personas con ingresos mínimos, de 0 a C 199,00 es aquí mayor que el que se observa en otros estratos y sólo inferior al obtenido en la muestra rural. Los ingresos se concentran aquí entre los C 200,00 y los C 599,00 con un 56% de las personas. En la muestra rural el 80% de las personas tiene ingresos hasta de C 799,00. Sin embargo, los ingresos tienden a concentrarse entre los C 200,00 y los C 599,00 con un 51% de las personas. El 22% de ellas tiene ingresos mínimos de 0 hasta C 199,00.

Percepción de enfermedad. En un primer paso, las variables dependientes se definieron mediante una lista de síntomas asociados a problemas de salud física y a problemas de salud mental susceptibles de ser percibidas por el entrevistado como causas que impliquen el tener que ir al médico. Esta lista de síntomas, incorporada en el cuestionario original del Proyecto de Estratificación Social, se encabezó con la siguiente pregunta general:

“En términos generales, por cuáles de las siguientes causas considera usted que se debe ir donde el médico?”

a) *Sintomatología asociada a problemas de Salud física*

1. Pérdida de apetito (86).
2. Dolores musculares persistentes (88).
3. Pérdida de peso (91).
4. Dolor de pecho (93).
5. Respiración entrecortada (95).
6. Dolores de cabeza persistentes (98).

b) *Sintomatología asociada a problemas de Salud mental*

1. Sentir a menudo que nadie lo comprende ni se preocupa por uno (87).
2. Sentir mucho temor de hacer algo incorrecto o feo (89).
3. Sentirse mal por ser tímido y temeroso (90).
4. Sentir que no puede confiar en nadie (92).
5. Pesadillas frecuentes que molestan mucho (94).
6. Sentirse tan irritado con los demás la mayor parte del tiempo, que se siente con deseos de explotar (96).
7. Sentir a menudo ganas de no estar con la gente (97).
8. Sentir que a menudo se le meten ideas en la cabeza, las que no se puede quitar pese al esfuerzo que hace (99).

PERCEPCION DE ENFERMEDAD

Para cada síntoma de la lista se previeron tres respuestas: "sí", "indeciso", y "no," acreditándose dos puntos a la primera, un punto a la segunda y nada a la respuesta negativa. Agrupándose todos los síntomas de un mismo origen (físico o mental), se procedió a sumar, para cada entrevistado, las respuestas así ponderadas, lo cual permitió luego obtener una curva de frecuencias de dichas respuestas para cada variable.

a) *Percepción de enfermedad física*, constituido por las 6 preguntas relacionadas con la sintomatología asociada a problemas de salud física y,

b) *Percepción de enfermedad mental*, constituida por las 8 preguntas relacionadas con la sintomatología asociada a problemas de salud mental.

Sobre la base de las curvas de frecuencias se definió para cada variable, tres grados de vulnerabilidad:

a) *Bajo*, o sea que ninguno o muy pocos síntomas requieren ver al médico. (0 a 2 síntomas en el caso de ambas variables, o sea de 0 a 4 puntos.)

b) *Intermedio*, o sea que un número intermedio de síntomas requirieron ver al médico, de acuerdo con una cierta discriminación de síntomas realizada por el entrevistado. En el caso de la percepción de sintomatología asociada a problemas de salud física, los límites de esta categoría se establecieron en 5 y 8 puntos, correspondiendo a 3 o 4 síntomas de origen físico. En el caso de la percepción de sintomatología asociada a problemas de salud mental, esta categoría comprende los puntajes entre 5 y 13 que corresponden a 3 y 6 síntomas percibidos como que demandan ir al médico.

c) *Alto*, o sea que todos o casi todos los síntomas son percibidos como que requieren ver al médico. En este caso, el entrevistado no hace ninguna discriminación entre los síntomas. Esta categoría comprende 5 a 6 síntomas en el caso de la percepción de sintomatología asociada a problemas de salud física y 7 a 8 síntomas en el caso de la percepción de sintomatología asociada a problemas de salud mental.

RESULTADOS

En el Cuadro 3 se presentan los porcentajes de respuestas afirmativas, obtenidos en los diferentes grupos socio-económicos, en relación a los síntomas asociados a problemas de salud física. Se puede observar que en el estrato alto todos los síntomas, con excepción de uno, a saber, "pérdida de apetito", son percibidos como importantes, considerándose necesaria la atención médica. Todos los porcentajes sobrepasan el 75%. En el caso de "dolores de cabeza persistentes" prácticamente el total del grup (94%) considera que este síntoma precisa visitar al médico. El único caso donde sólo un porcentaje relativamente pequeño, en comparación con los otros, considera que el síntoma demanda ver al médico, es el caso de "pérdida de apetito".

El porcentaje aquí es 46%. En el estrato medio este síntoma tampoco es muy importante (53%). Los otros síntomas, y particularmente “respiración entrecortada” y “dolores de cabeza persistentes” son los que, para la mayor proporción de personas de este grupo, requieren ver al médico. Lo mismo se observa, en relación a estos dos síntomas, en los estratos pobre y tugurio y en el grupo rural. En los estratos pobre y tugurio, sin embargo, el síntoma “pérdida de apetito” cobra mayor importancia. En el tugurio los “dolores musculares persistentes” son percibidos como muy importantes; el 80% aquí considera necesaria la atención médica. En el grupo rural el síntoma que parece ser más importante (82%) es “respiración entrecortada”.

CUADRO 3
Síntomas Asociados a Problemas de Salud Física.
Porcentaje de Respuestas Afirmativas en los
Diferentes Estratos (Muestra Total).

	<i>Estrato</i>				Grupo Rural n=112
	Alto n=142	Medio n=278	Pobre n=332	Tugurio n=133	
El porcentaje aquí es 46%. En el estrato medio este síntoma tampoco					
Síntomas	%	%	%	%	%
1. Pérdida de apetito (86)	46	53	62	69	58
2. Dolores musculares persistentes (88)	80	74	73	80	63
3. Pérdida de peso (91)	77	65	61	60	58
4. Dolor de pecho (93)	86	73	70	76	65
5. Respiración entrecortada (95)	85	80	83	82	82
6. Dolores de cabeza persistentes (98)	94	82	84	88	74

En general, al considerar los porcentajes obtenidos, se observa que estos son relativamente altos y que en todos los niveles socio-económicos la tendencia es a percibir estos síntomas asociados a problemas de salud física como importantes, es decir, que demandan atención médica. El porcentaje de personas que así los perciben es inferior al 50% únicamente en el caso de “pérdida de apetito” en el estrato alto. Por otra parte, cuando se consideran diferencias entre los grupos socio-económicos, se observa que “pérdida de apetito” es particularmente importante en el tugurio, y que su importancia tiende a aumentar ligeramente conforme disminuye el nivel socio-económico. A su vez la importancia de los otros síntomas tiende a disminuir ligeramente conforme disminuye el nivel socio-económico, particularmente en lo que se refiere a los síntomas: “dolores musculares persistentes”, “pérdida de peso” y “dolor de pecho”.

El Cuadro 4 presenta estos mismos resultados en relación a la percepción de síntomas asociados a problemas de salud mental. Al considerar estos resultados se puede observar que, en términos generales, la magnitud de los porcentajes obtenidos tiende a ser bastante menor, en todos los niveles socio-económicos, que lo de los correspondientes porcentajes en relación a los síntomas de enfermedad física. Así, en cuanto a síntomas de enfermedad física, el porcentaje más bajo fue 46% y el más alto fue 94%. En el caso de los síntomas asociados a problemas de salud mental, el porcentaje más alto fue 62% y el más bajo fue 30%. Evidentemente, en todos los niveles socio-económicos las personas se sienten menos vulnerables a los síntomas asociados con problemas de salud mental que a los asociados con problemas de salud física.

CUADRO 4

Síntomas Asociados a Problemas de Salud Mental.
Porcentaje de Respuestas Afirmativas en los
Diferentes Estratos (Muestra Total).

Síntomas	Estrato				Grupo Rural n=112
	Alto n=142 %	Medio n=278 %	Pobre n=332 %	Tugurio n=133 %	
1. Sentir a menudo que nadie lo comprende ni se preocupa por uno (87)	41	40	47	50	52
2. Sentir mucho temor de hacer algo incorrecto o feo (89)	32	40	41	47	43
3. Sentirse mal por ser tímido y temeroso (90)	42	39	42	45	52
4. Sentir que no se puede confiar en nadie (92)	38	30	40	40	38
5. Pesadillas frecuentes que molestan mucho (94)	51	47	57	62	56
6. Sentirse tan irritado con los demás la mayor parte del tiempo, que se siente con deseos de explotar (96)	56	47	48	46	46
7. Sentir a menudo ganas de no estar con nadie (97)	38	39	40	40	40
8. Sentir que a menudo se le meten ideas en la cabeza, las que no se puede quitar pese al esfuerzo que hace (99)	56	52	53	45	48

En el estrato alto, los síntomas percibidos como más importantes, es decir, aquellos en que una mayor proporción considera necesario ver al médico, fueron "pesadillas frecuentes que molestan mucho" (51%), "sentirse tan irritado con los demás la mayor parte del tiempo, que se siente con deseos de explotar" (56%), y "sentir que a menudo se le meten ideas en la cabeza, las que no se puede quitar pese al esfuerzo que hace" (56%). La menos importante, a juzgar por el porcentaje obtenido, 32%, fue "sentir mucho temor de hacer algo in-

correcto o feo". En el estrato medio, el síntoma más importante es "sentir que a menudo se le meten ideas en la cabeza, las que no se puede quitar pese al esfuerzo que hace" (52%). Este síntoma es igualmente importante en el estrato pobre (53%), donde también es muy importante el síntoma "pesadillas frecuentes que molestan mucho" (57%). Por otra parte el síntoma "sentir que no se puede confiar en nadie" es el menos importante en estos dos estratos (30% en ambos). Este mismo síntoma, junto con "sentir a menudo ganas de no estar con nadie" son los menos importantes en el tugurio (40%). El más importante en este nivel, al igual que en el grupo rural, es "pesadillas frecuentes que molestan mucho" (62% y 56% respectivamente). "Sentir que no se puede confiar en nadie" es el menos importante en el grupo rural (38%).

Cuando se consideran las diferencias por estratos, en cada uno de los síntomas considerados, se observa particularmente la ausencia de una tendencia clara y consistente. Tal vez en el caso de tres síntomas, a saber: "sentir a menudo que nadie lo comprende ni que se preocupa por uno", "sentir mucho temor de hacer algo incorrecto o feo", y en mayor grado "sentir a menudo ganas de no estar con nadie", se puede observar una ligera tendencia a aumentar el grado de vulnerabilidad conforme disminuye el nivel socio-económico. Es decir, que una ligera mayor proporción de personas en los estratos económicamente inferiores tiende a percibir estos síntomas como condiciones que requieren la intervención médica. Por otra parte cuando se considera el síntoma: "sentirse tan irritado con los demás la mayor parte del tiempo, que se siente con deseos de explotar", pareciera existir una ligera tendencia a disminuir el grado de vulnerabilidad conforme disminuye el nivel socio-económico. Es decir, en este caso, es en el estrato más alto donde este síntoma tiene mayor importancia. Finalmente cuando se consideran los síntomas: "sentirse mal por ser tímido y temeroso", "sentir que no se puede confiar en nadie", "sentir que a menudo se le meten ideas en la cabeza, las que no se puede quitar pese al esfuerzo que hace", tener "pesadillas frecuentes que molestan mucho", se observa un mayor grado de variabilidad y lógicamente una menor relación o dependencia entre el estrato y la percepción de estos síntomas.

Se construyeron tres índices de vulnerabilidad a la enfermedad. Uno en relación a síntomas asociados a problemas de salud mental, otro en relación a síntomas asociados a problemas de salud física, y otro en relación a salud en general.²⁴ Los resultados que se ofrecen a continuación son basados en estos tres índices.

En el Cuadro 5 se presentan los porcentajes obtenidos en relación a la percepción de síntomas asociados a problemas de salud mental, de salud física, y de salud en general, según los diferentes grados

PERCEPCION DE ENFERMEDAD

de vulnerabilidad. Un examen de este Cuadro muestra con claridad que los síntomas asociados a problemas de salud física son percibidos como más importantes que los relativos a problemas de salud mental.

CUADRO 5

Percepción de síntomas asociados a problemas de salud física, mental y en general según grado de vulnerabilidad (N = 997).

Síntomas asociados a enfermedad:

Grado de vulnerabilidad	En General		
	Física	Mental	
	%	%	%
Bajo	20	16	43
Intermedio	43	26	36
Alto	37	58	21
	100%	100%	100%

Es decir, las personas se perciben como más vulnerables a los problemas de salud física que a los de salud mental, y consideran en su mayoría, que estas conductas sintomáticas de enfermedad física requieren intervención médica. Un porcentaje relativamente pequeño de la muestra, percibe los síntomas asociados a problemas de salud mental de la misma manera. Dicho en otra forma, la mayor proporción de los individuos incluidos en la muestra se percibe como muy poco vulnerable a problemas de salud mental.

En el Cuadro 6 se presentan los resultados obtenidos, con respecto a la percepción de síntomas asociados a problemas de salud física, según el lugar de residencia. Independientemente de si las personas tienen una residencia urbana o rural, la mayor proporción tienden a percibirse como muy vulnerable. Sin embargo, la proporción de personas que se perciben como muy vulnerables a este tipo de sintomatología es mayor cuando la residencia es urbana (59% vs. 49%). Esto podría estar reflejando, entre otras cosas, que las per-

CUADRO 6

Percepción de síntomas asociados a problemas de salud física, según lugar de residencia urbana-rural

Grado de vulnerabilidad	Residencia	
	Urbano	Rural
	%	%
Bajo	15	24
Intermedio	26	27
Alto	59	49
	100%	100%
	(n = 885)	(n = 112)

sonas de residencia urbana están más expuestas a los efectos de programas y campañas de acción preventiva. En todo caso se refleja

aquí, de nuevo, diferencias, en la percepción de conducta sintomática asociada a enfermedad física.

Estas diferencias en percepción también aparecen cuando se consideran los síntomas asociados a problemas de salud mental. En el Cuadro 7 se presentan estos resultados. La proporción de personas que se perciben como altamente vulnerables a este tipo de sintomatología es relativamente pequeña, tanto en el caso de personas con

CUADRO 7
Percepción de síntomas asociados a problemas de salud mental, según lugar de residencia urbana-rural

Grado de vulnerabilidad	Residencia	
	Urbano	Rural
Bajo	43	44
Intermedio	37	28
Alto	20	28
	100%	100%
	(n = 885)	(n = 112)

residencia urbana como rural. Es de interés, sin embargo, señalar que existe una ligera tendencia en el sentido de mayor vulnerabilidad en el caso de aquellos de residencia rural, en la categoría de alta vulnerabilidad. La proporción aquí es ligeramente mayor (28% vs. 20%). No son claras las razones por las que existe esta tendencia cuya dirección es contraria a la observada en el caso de sintomatología asociada a problemas de salud física. Cabe la posibilidad de que la vida menos mecanizada, de mayor intimidad afectiva, de los residentes de zona rural se refleje en una reacción de mayor sensibilidad a conducta sintomática de problemas de salud mental.

En el Cuadro 8 se presentan los resultados obtenidos cuando se considera la percepción de síntomas asociados a problemas de salud física, según el grado de vulnerabilidad, en los diferentes niveles socio-económicos y en el grupo rural. Se puede observar aquí una ligera tendencia a disminuir la proporción que se percibe como muy vulnerable conforme disminuye el nivel socio-económico, con excepción del caso del grupo de tugurio. Esta relación, sin embargo, pareciera ser circunstancial. Una prueba de hipótesis de independencia, mediante el chi-cuadrada, resultó ser no significativa ($X^2 = 13.01$, g.l. = 8, $p = .05$).

Esta tendencia observada concuerda con lo esperado, puesto que es de suponer que la enfermedad es una imposición económica que se suma a las ya existentes. De ser así, esta imposición debiera ser más marcada al disminuir el nivel socio-económico, y lógicamente, los recursos disponibles.

PERCEPCION DE ENFERMEDAD

CUADRO 8

Estrato socio-económico y percepción de síntomas asociados a problemas de salud física, según grado de vulnerabilidad

Grado de Vulnerabilidad	Estrato				Grupo Rural
	Alto %	Medio %	Pobre %	Tugurio %	Rural %
1. Bajo	10	17	17	12	24
2. Intermedio	26	26	27	25	27
3. Alto	64	57	56	63	49
	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=142)	(n=278)	(n=332)	(n=133)	(n=112)

El Cuadro 9 presenta la relación obtenida entre el estrato socio-económico y la percepción de síntomas asociados a problemas de salud mental, según el grado de vulnerabilidad. Se puede observar aquí que la proporción de personas que se perciben como muy vulnerables a este tipo de sintomatología, es relativamente pequeña en todos los estratos socio-económicos y en el grupo rural. Es decir, independientemente del nivel socio-económico al que se pertenezca la mayor proporción de personas perciben esta conducta sintomática como poco importante.

CUADRO 9

Estrato Socio-económico y percepción de síntomas asociados a problemas de salud mental, según grado de vulnerabilidad

Grado de Vulnerabilidad	Estrato				Grupo Rural
	Alto %	Medio %	Pobre %	Tugurio %	Rural %
1. Bajo	45	46	41	39	44
2. Intermedio	35	34	39	38	28
3. Alto	20	20	20	23	28
	100%	100%	100%	100%	100%
	(n=142)	(n=278)	(n=332)	(n=133)	(n=112)

De nuevo se observa aquí que cuando las personas se perciben como altamente vulnerables a esta conducta sintomática, la proporción que así se percibe es mayor en el grupo rural, en primer término, y en el grupo de tugurio, en segundo término. A su vez, es de interés notar el hecho de que esta proporción es idéntica en los niveles alto, medio y pobre. Como era de esperar con sólo observar los porcentajes obtenidos, la prueba de hipótesis de independencia, mediante el chi-cuadrada, no fue significativa ($X^2 = 7.70$, g.l. = 8, $p = .05$).

La relación entre sexo y la percepción de síntomas asociados a problemas de salud física, según el grado de vulnerabilidad se presenta en el Cuadro 10. Los resultados obtenidos no dan evidencia para rechazar la hipótesis de independencia ($X^2 = 4.00$, g.l. = 2, $p = .05$). Es decir, no existe relación significativa, a este nivel de

CUADRO 10

Sexo y percepción de síntomas asociados a problemas de salud física, según grado de vulnerabilidad		
Grado de vulnerabilidad	Hombres	Mujeres
	%	%
Bajo	17	15
Intermedio	23	29
Alto	60	56
	100%	100%
	(n=437)	(n=561)

confianza, entre el sexo y la percepción de este tipo de sintomatología, según el grado de vulnerabilidad. En ambos casos, hombres y mujeres, la proporción de personas aumenta conforme aumenta la importancia con que se percibe esta sintomatología. No obstante lo anterior, sin embargo, la proporción de hombres que se perciben como muy vulnerables a este tipo de sintomatología, es ligeramente superior a la proporción de mujeres que así se perciben. A su vez, a un nivel de vulnerabilidad intermedia, la proporción de mujeres es ligeramente superior que la de hombres. Estas tendencias son en la dirección esperada, es decir, los hombres describiéndose como más vulnerables a la enfermedad física que las mujeres.

En el Cuadro 11 se presentan los resultados correspondientes a la relación entre sexo y la percepción de sintomatología asociada a problemas de salud mental, según el grado de vulnerabilidad. Aquí de nuevo se observa que en ambos casos, hombres y mujeres, la tendencia es a percibir la sintomatología asociada a problemas de salud mental como poco importante. Es decir, tanto hombres como mujeres se perciben como poco vulnerables a este tipo de sintomatología, y no consideran que necesiten atención médica. La prueba de hipótesis

CUADRO 11

Sexo y percepción de síntomas asociados a problemas de salud mental, según grado de vulnerabilidad		
Grado de vulnerabilidad	Hombres	Mujeres
	%	%
Bajo	44	43
Intermedio	33	37
Alto	23	20
	100%	100%
	(n=436)	(n=561)

de independencia no da evidencia de que exista una relación de dependencia entre el sexo y la percepción de este tipo de sintomatología ($X^2 = 2.77$, g.l. = 2, $p = .05$). Estos resultados son contrarios a lo que se esperaba. La expectativa era que, a nivel de intensidad alto, una mayor proporción de mujeres, que de hombres, fueran más vulnerables. Por el contrario la tendencia que se observa es en la dirección contraria, puesto que la proporción de hombres, a este nivel, es levemente mayor que la de mujeres.

Con el objeto de determinar si el factor sexo en alguna forma afecta la ausencia de una relación significativa entre el estrato y la percepción de la sintomatología asociada a problemas de salud física, se hicieron análisis manteniendo este factor constante. Los resultados obtenidos no dieron evidencia de que la variable sexo contribuyera a la ausencia de relación. Considerando la categoría de mayor vulnerabilidad se observó que la proporción de personas que se perciben como muy vulnerable, independientemente del sexo, tiende a disminuir ligeramente al disminuir el nivel socio-económico. También se observó una ligera tendencia en los hombres, en todos los niveles, a percibirse como más vulnerables que las mujeres. La única excepción fue en el estrato pobre donde las mujeres se percibieron como más vulnerables que los hombres (51% vs. 60%).

El mismo procedimiento se siguió en el caso de los síntomas asociados a problemas de salud mental. De nuevo aquí los resultados obtenidos no dieron evidencia de que este factor sexo estuviese contribuyendo a la ausencia de una relación significativa entre el estrato y la percepción de este tipo de sintomatología. En todos los estratos se hace evidente que sólo una proporción relativamente pequeña de hombres y mujeres se percibe como altamente vulnerables. En el caso de los hombres la tendencia inicial es a disminuir conforme disminuye el nivel socio-económico. Así, esta proporción es 27% en el estrato alto, 21 % en el medio y 18% en el pobre. Al pasar al estrato de tugurio y al grupo rural esta proporción aumenta (28% y 31%, respectivamente). En el caso de las mujeres la tendencia es a aumentar conforme disminuye el nivel socio-económico, con excepción del tugurio. La proporción de las que se perciben como muy vulnerables es 15% en el estrato alto, 19% en el medio, 21% en el pobre, 19% en el tugurio, y 25% en el grupo rural.

En el Cuadro 12 se presentan los resultados obtenidos al considerar la relación entre la edad y la percepción de síntomas asociados a problemas de salud física. Se puede observar aquí que en todos los grupos de edad, la proporción de personas aumenta conforme aumenta el nivel de vulnerabilidad. Es decir, la mayor proporción de personas aumenta conforme aumenta el nivel de vulnerabilidad. Es decir, la mayor proporción de personas, en los tres grupos de edad,

perciben los síntomas físicos como muy importantes. La relación entre edad y la percepción de esta sintomatología, según el nivel de vulnerabilidad no fue significativa ($X^2 = 6.64$, g.l. = .04, $p = .05$). No obstante, si se considera el nivel de alta vulnerabilidad se puede notar una ligera tendencia a aumentar la proporción de personas que se perciben como muy vulnerables, cuando se pasa del grupo de 29 años

CUADRO 12

Edad y percepción de síntomas asociados a problemas de salud física, según grado de vulnerabilidad

Grado de Vulnerabilidad	Grupos de edad		
	29 y menos	30 a 39	40 y más
	%	%	%
Bajo	18	14	17
Intermedio	31	26	24
Alto	51	60	59
	100%	100%	100%
	(n=194)	(n=307)	(n=496)

y menos de edad a los grupos de 30 y más años.

En el Cuadro 13 se presentan los resultados obtenidos en relación a la percepción de los síntomas asociados a problemas de salud mental, según el nivel de vulnerabilidad, en los diferentes grupos de edad. En primer lugar se puede observar aquí que, independientemente de la edad, la mayor proporción de personas perciben esta sintomatología como poco importante. Es decir, la proporción de personas, en los

CUADRO 13

Edad y percepción de síntomas asociados a problemas de salud mental, según grado de vulnerabilidad

Grado de Vulnerabilidad	Grupos de edad		
	29 y menos	30 a 39	40 y más
	%	%	%
Bajo	45	45	41
Intermedio	40	35	35
Alto	15	20	24
	100%	100%	100%
	(n=194)	(n=307)	(n=496)

tres grupos de edad, disminuye conforme aumenta el nivel de vulnerabilidad. La relación entre estas dos variables, edad y la percepción de este tipo de sintomatología, en sus diferentes niveles de vulnerabilidad, no es significativa ($X^2 = 7.00$, g.l. = 4, $p = .05$). Sin embargo, si se considera únicamente el nivel de mayor vulnerabilidad, se observa que la proporción de personas que así se perciben aumenta conforme aumenta la edad.

Al igual que en el caso de la variable sexo, se consideró de interés hacer los análisis correspondientes a fin de determinar si la variable edad en alguna forma contribuía a la ausencia de relación entre las variables estrato y percepción de sintomatología asociada a problemas de salud física y de salud mental. Los análisis realizados no dieron evidencia de que el factor edad contribuyera a esta ausencia de relación.

Los resultados relativos a la percepción de síntomas asociados a problemas de salud física, mostraron, al mantener la edad constante, que en todos los estratos, independientemente del grupo de edad, la mayor proporción de personas se perciben como altamente vulnerables a esta sintomatología. Si se considera únicamente la categoría de mayor vulnerabilidad, se observa que en el estrato medio y en el grupo rural existe una tendencia definida a aumentar la proporción de personas que se perciben como muy vulnerables conforme aumenta la edad. Los porcentajes observados, en el estrato medio, fueron 50%, 55% y 60%, para los tres grupos de edad respectivamente; en el grupo rural estos porcentajes, para los mismos tres grupos de edad, fueron: 42%, 50% y 52%. En los otros estratos la mayor proporción de personas que se perciben como muy vulnerables se encontró en el grupo de 30 a 39 años de edad. Esta proporción fue 65% en el estrato alto, 60% en el pobre y 72% en el tugurio.

En relación con la percepción de sintomatología asociada a problemas de salud mental se observó también que en todos los estratos, independientemente del grupo de edad a que se pertenezca, la proporción de salud mental se observó también que en todos los estratos, independientemente del grupo de edad a que se pertenezca, la proporción de personas disminuyó al aumentar el grado de vulnerabilidad. Considerando únicamente el nivel de mayor vulnerabilidad, se observa, en el estrato alto, que la mayor proporción de personas que se perciben así, se encuentra en el grupo de 29 y menos años de edad (25%); en el grupo rural esta proporción es más alta (33%) entre los que tienen 40 y más años. En el estrato medio la tendencia es a aumentar la proporción de personas que así se perciben al aumentar la edad (12%, 15%, 24%, para los tres grupos de edad respectivamente). En los otros dos estratos la tendencia es a aumentar esta proporción al pasar del grupo de 29 y menos años a los grupos de 30 y más años de edad. En el estrato pobre los porcentajes son 16%, 21%, 20% (para los tres grupos de edad respectivamente), y 6%, 28% y 28%, respectivamente, en el tugurio.

El Cuadro 14 presenta los resultados obtenidos en relación a la educación y la percepción de síntomas asociados a problemas de salud

CUADRO 14

Educación y percepción de síntomas asociados a problemas de salud física, según grado de vulnerabilidad

Grado de Vulnerabilidad	Educación	
	Primaria	Secundaria
	%	%
Bajo	17	14
Intermedio	25	29
Alto	58	57
	100%	100%
	(n=645)	(n=352)

física, según el grado de vulnerabilidad. Se puede observar aquí que la proporción de personas aumenta conforme aumenta el grado de vulnerabilidad, independientemente del nivel educacional que tengan. No existe, sin embargo, una relación de dependencia entre la educación y la percepción de este tipo de sintomatología ($X^2 = 2.37$, g.l. = 2, $p = .05$). Se esperaba que, en el nivel de alta vulnerabilidad, la proporción de personas que se perciben como muy vulnerables, fuera más alta en el caso de aquellos que tenían un nivel de educación de secundaria o más. Los resultados no confirmaron esta expectativa.

En el Cuadro 15 se presentan los resultados obtenidos en relación con el nivel educacional y la percepción de sintomatología asociada a problemas de salud mental, según el grado de vulnerabilidad. La

CUADRO 15

Educación y percepción de síntomas asociados a problemas de salud mental, según grado de vulnerabilidad

Grado de Vulnerabilidad	Educación	
	Primaria	Secundaria
	%	%
Bajo	41	46
Intermedio	37	35
Alto	22	19
	100%	100%
	(n = 645)	(n = 352)

mayor proporción de personas, independientemente del nivel educacional, perciben estos síntomas como poco importantes. De nuevo, sólo una proporción relativamente pequeña se percibe como muy vulnerable a este tipo de sintomatología. Una prueba de independencia entre estas dos variables no da evidencia de que exista relación ($X^2 = 2.53$, g.l. = 2, $p = .05$). También aquí la expectativa era que en el nivel de la más alta vulnerabilidad, la proporción de personas que

se perciben como muy vulnerables fuera mayor en el nivel educacional más alto. Los resultados fueron contrarios a esta expectativa, y de hecho, la tendencia observada es al revés. La proporción de personas que se perciben como muy vulnerables es ligeramente mayor en el nivel de primaria que en el de secundaria (22% v. 19%).

Con el objeto de precisar el grado en que la variable educación contribuía a la ausencia de relación entre estrato y la percepción de síntomas asociados a problemas de salud física y de salud mental, se hicieron los análisis correspondientes. Los resultados, distinto a lo obtenido en el caso de las variables sexo y edad, señalaron que el factor de educación contribuye a la ausencia de relación entre las variables estrato y percepción de sintomatología.

En el Cuadro 16 se presentan los resultados obtenidos cuando se mantiene constante el efecto de educación en la percepción de síntomas asociados a problemas de salud física. La relación original entre estas dos variables no fue significativa ($X^2 = 13.01$, g.l. = 8, $p = .05$). Cuando se asume que el nivel educacional es promedio en los diferentes grupos socio-económicos,²⁵ se hace evidente una relación de dependencia entre estas dos variables. La prueba de hipótesis de independencia fue significativa ($X^2 = 25.60$, g.l. = 8, $p = .05$). Una inspección de este cuadro pone de manifiesto que, al controlar el factor educación, se acentúa la relación entre estrato y la percepción de esta sintomatología, en la categoría de alta vulnerabilidad, en el sentido de menor vulnerabilidad conforme disminuye el nivel socio-económico. Es decir, al disminuir el nivel socio-económico, la proporción de personas que se perciben como muy vulnerables tiende a disminuir. En cambio en las categorías de menor vulnerabilidad, particularmente en la intermedia, la sensibilidad a este tipo de síntoma aumenta ligeramente al disminuir el nivel socio-económico.

Los resultados obtenidos en la categoría de mayor vulnerabilidad son en la dirección esperada. Es decir, si la educación fuese constante, la tolerancia a este tipo de sintomatología sería mayor en los niveles socio-económicamente inferiores.

La ausencia de correlación en la relación original, parece deberse al hecho de que la proporción con un nivel de educación de primaria o menos, aumenta conforme disminuye el nivel socio-económico. Lo contrario se observa en el caso de los que tienen un nivel de secundaria o más. La proporción de personas con este nivel aumenta al aumentar el nivel socioeconómico. Estas tendencias contrarias, en los tres niveles de vulnerabilidad, oscurecen o encubren la relación entre estrato y percepción de sintomatología. Cuando el efecto de educación se mantiene constante, se eliminan estas tendencias contrarias, lo que permite que la relación entre estrato y la percepción de sintomatología se hace aparente.

CUADRO 16

Estrato y percepción de síntomas asociados a problemas
de salud física, con el efecto de educación constante

Estrato	Grado de vulnerabilidad: (relación original)				Grado de vulnerabilidad, con el efecto de educación constante			
	Bajo %	Intermedio %	Alto %	Total %	Bajo %	Intermedio %	Alto %	Total %
Alto	10	26	64	100% n= 142	17	17	66	100% n= 142
Medio	17	26	57	100% n= 278	17	25	58	100% n= 278
Pobre	17	27	56	100% n= 332	19	26	55	100% n= 332
Tugurio	12	25	63	100% n= 133	11	33	56	100% n= 133
Grupo Rural	24	27	49	100% n= 112	30	27	43	100% n= 112

$X^2 = 13.01$, g.l. = 8, N.S. (.05)

$X^2 = 25.60$, g.l. = 8, S (.05)

El mayor efecto de educación se encuentra, aparentemente, en los estratos alto y tugurio, y en el grupo rural. Al mantener la educación constante, en el estrato alto disminuye sensiblemente la proporción de personas en la categoría de vulnerabilidad intermedia; a su vez, las proporciones en las categorías de mínima y máxima vulnerabilidad aumentaron ligeramente. En el tugurio, la proporción de personas con una vulnerabilidad intermedia aumenta, y disminuye la proporción en la categoría de mayor vulnerabilidad. En el grupo rural, la proporción aumenta en la categoría de menos vulnerabilidad y disminuye en la de mayor vulnerabilidad.

El Cuadro 17 presenta los resultados obtenidos cuando se mantiene constante el efecto de educación en la percepción de síntomas asociados a problemas de salud mental. La relación original no fue significativa ($X^2 = 7.70$, g.l. = 8, $p = .05$). Cuando el efecto de educación se mantiene constante, la relación de dependencia entre estrato y percepción de síntomas asociados a problemas de salud mental, se hace evidente. La prueba de hipótesis correspondiente fue significativa ($X^2 = 31.29$, g.l. = 8, $p = .05$). Como se puede observar al mantener este factor constante, la proporción de personas que se perciben como algo o como muy vulnerables tiende a aumentar ligeramente al disminuir el nivel socio-económico. A la vez, la proporción de personas que se perciben como poco vulnerables disminuye al disminuir el nivel socio-económico. En ambos casos, en las categorías de vulnerabilidad mínima y alta, la relación entre estrato y percepción de síntomas se acentúa.

Contrario a lo observado en el caso de la percepción de síntomas asociados a problemas de salud física, el nivel de tolerancia hacia este tipo de sintomatología disminuye al disminuir el nivel socio-económico, en la categoría de mayor vulnerabilidad. Es decir, al disminuir el nivel socio-económico aumenta la proporción de personas que se perciben como muy vulnerables a este tipo de síntoma.

La ausencia de relación original entre las variables estrato y percepción de síntomas asociados a salud mental es debida, cuando menos en parte, a la misma razón observada en el caso de la percepción de síntomas asociados a problemas de salud física. En todos los niveles de vulnerabilidad, las personas con una educación de primaria o menos, aumenta conforme disminuye el nivel socio-económico, mientras que disminuye la proporción con un nivel de secundaria o más. De nuevo estas tendencias contrarias encubren la relación entre estrato y la percepción de sintomatología. Al mantener el factor educación constante, se eliminan los efectos contrarios y se manifiesta la relación entre estas variables.

El mayor efecto de la variable educación, en este caso de síntomas asociados a problemas de salud mental, pareciera ser en el es-

CUADRO 17

Estrato y percepción de síntomas asociados a problemas de salud mental, con el efecto de educación constante

Grado de vulnerabilidad: (relación original)

Grado de vulnerabilidad, con el efecto de educación constante

Estrato	Bajo %	Intermedio %	Alto %	Total %	Bajo %	Intermedio %	Alto %	Total %
Alto	45	35	20	100% n= 142	65	27	8	100% n= 142
Medio	46	34	20	100% n= 278	44	35	21	100% n= 278
Pobre	41	39	20	100% n= 332	41	39	20	100% n= 332
Tugurio	39	38	23	100% n= 133	39	38	23	100% n= 133
Grupo Rural	44	28	28	100% n= 112	48	33	19	100% n= 112

$X^2 = 7.70$, g.l. = 8, N.S. (.05)

$X^2 = 31.29$, g.l. = 8, S. (.05)

trato alto y grupo rural. Cuando el factor educación se mantiene constante se observan los siguientes cambios: en el estrato alto, la proporción de personas que se perciben como algo o muy vulnerables disminuye sensiblemente. Por otra parte, la proporción de los que se perciben como poco vulnerables aumenta. En el grupo rural, la proporción de personas que se perciben como muy vulnerables también disminuye sensiblemente. A su vez la proporción de los que se perciben como poco o algo vulnerables aumenta.

En todos los estratos la mayor proporción de personas se perciben como muy vulnerables a los síntomas asociados a problemas de salud física. Considerando únicamente los resultados en la categoría de mayor vulnerabilidad, la proporción de personas, con un nivel de primaria o menos, tiende a disminuir conforme disminuye el nivel socio-económico. Lo mismo se observa con aquellos que tienen un nivel de secundaria o más. O sea que conforme disminuye el nivel socio-económico disminuye la vulnerabilidad a este tipo de sintomatología. Es decir, en los estratos económicamente inferiores existe mayor tolerancia por la enfermedad, independientemente de la educación.

Cuando se considera los resultados en relación a la percepción de síntomas asociados a problemas de salud mental, de nuevo se observa que, en todos los estratos, solamente una proporción muy pequeña de personas se percibe como muy vulnerable. Entre aquellos de nivel de primario o menos, en la categoría de mayor vulnerabilidad, la proporción de personas tiende a aumentar al pasar del estrato alto al medio (0% vs. 23%, respectivamente). Disminuye en el pobre (20%) y vuelve a aumentar al pasar al tugurio (23%) y al grupo rural (30%). Por el contrario, entre los que tienen un nivel de secundaria o más, en esta misma categoría, la proporción disminuye al pasar del estrato alto (22%) al medio (17%). A partir de aquí la proporción aumenta de nuevo; en el pobre esta proporción es 19%, y en el tugurio es 23%. En el grupo rural disminuye de nuevo a 0%. De acuerdo con esto, la vulnerabilidad a este tipo de síntomas, cuando se tiene un nivel de primaria, tiende a aumentar al disminuir el nivel socio-económico, con excepción del estrato pobre donde disminuye ligeramente. Cuando se tiene un nivel de secundaria, la vulnerabilidad es mayor en los estratos alto y tugurio; los estratos medio y pobre ocupan un segundo lugar reduciéndose al mínimo esta vulnerabilidad en el grupo rural.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue el de investigar diferencias en la percepción de enfermedad mental y física en diferentes estratos socio-económicos. Más específicamente se investigó la percepción

de la enfermedad mental con base en la percepción, como síntomas que requerían atención médica, de diferentes conductas sintomáticas frecuentemente asociadas a problemas de salud mental. De igual manera se estudió la percepción de enfermedad física.

En términos generales se esperaba que la manera de percibir esta sintomatología reflejara la existencia de mayor vulnerabilidad a la enfermedad física que a la mental. También se esperaba una mayor tolerancia hacia la enfermedad, particularmente la física, en los estratos socio-económicamente inferiores.

Antes de considerar los resultados obtenidos, conviene señalar algunos aspectos que podrían limitar su interpretación, y su generalización, con el objeto de aclarar el marco de referencia dentro del cual deben considerarse los resultados de este estudio. En primer lugar, los barrios donde se realizó el estudio fueron escogidos deliberadamente y asignados a los estratos que habían sido definidos en función del ingreso y de las características de vivienda.²⁶ Tal vez un procedimiento más apropiado hubiese sido la escogencia aleatoria de los barrios, en base a un listado que contuviera el total de ellos. Es decir, no es lo mismo escoger cierto número de barrios aleatoriamente y después estratificarlos, que formar estratos y después escoger barrios para incluirlos en ellos, con lo que se les reduce a algunos de ellos la probabilidad de ser escogidos. Esto ciertamente podría ser un factor limitativo. En segundo lugar, es sabido que los resultados obtenidos en estudios de encuesta deben ser interpretados con cierta reserva. Por una parte, los resultados obtenidos en este tipo de estudios son afectados por los estilos de respuesta y las expectativas de lo que es deseable o aceptable socialmente de las personas entrevistadas, reflejando al mismo tiempo esos estilos y esas expectativas.²⁷ Por otra parte, y en este mismo sentido, King,²⁸ citando a Feldman y Sheatsley, señala que existe una tendencia bien establecida entre personas de bajo nivel educacional, a aceptar afirmaciones extremas, independientemente de su dirección. Este, de hecho, podría ser el caso cuando se consideran los resultados obtenidos en el estrato de tugurio, donde particularmente los hombres, tienden a percibirse tan vulnerables como los del estrato alto.

Finalmente se mencionó en la introducción de este trabajo que el papel social de enfermo es afectado por la interacción de una serie de factores. De acuerdo con esto se señaló que la aceptación de este papel social de enfermo depende de la intensidad de amenaza percibida y de lo atractivo o valioso de la conducta enferma.²⁹ En el presente estudio no se consideró el grado o intensidad de amenaza con que fueron percibidos los diferentes síntomas. Tampoco se consideró el valor o atracción que el papel de enfermo tiene para los individuos

incluidos en la muestra, en los diferentes niveles socio-económicos. Para los efectos de este trabajo la vulnerabilidad fue definida con base en el número de síntomas que se consideraron requerían atención médica. Así, el grado de mayor vulnerabilidad fue aquel en que todos, o casi todos, los síntomas demandaban visitar al médico. Es evidente entonces que el presente estudio, no permite aclarar si los resultados hubieran sido diferentes de haberse considerado estas variables de intensidad.

Los resultados obtenidos concuerdan con las expectativas iniciales, y en particular, con la expectativa general de que las personas tienden a darle mayor importancia a la enfermedad física que a la mental, en la forma en que éstas han sido definidas aquí. Es decir, tanto al considerar la muestra total, como al hacerlo en los diferentes niveles socio-económicos, la mayor proporción de personas se perciben como altamente vulnerables a la sintomatología asociada a problemas de salud física. Por otra parte, la mayor proporción de personas, tanto en la muestra total como en los diferentes estratos, se perciben como poco vulnerables a los síntomas asociados a problemas de salud mental. Es decir, sólo una pequeña proporción de ellos, en el total y en los diferentes niveles, perciben estos síntomas como conductas que justifican visitar al médico. Y esto es así tanto si se consideran los síntomas individualmente, como si se considera el conjunto de ellos, agrupados en un índice de vulnerabilidad.

En lo que se refiere a la segunda expectativa, en el sentido de que el grado de vulnerabilidad es menor conforme disminuye el nivel socio-económico, los resultados, si bien tienden a concordar con ella, sugieren que la relación entre la percepción de enfermedad y el nivel socio-económico es compleja. A este respecto conviene analizar separadamente los resultados obtenidos, sea con cada uno de los síntomas o con el índice de vulnerabilidad.

En relación a los síntomas, examinados individualmente, se puede observar que la percepción y grado de vulnerabilidad, en lo que toca a cada uno de ellos, es diferente en los distintos niveles socio-económicos. Cuando se considera el síntoma "pérdida de apetito", por ejemplo, se hace evidente que el grado de vulnerabilidad es mayor en los estratos socio-económicamente inferiores. Es en estos estratos donde un mayor número de personas se perciben como más sensibles a este síntoma. Por otra parte, en los estratos altos se perciben como más vulnerables a síntomas como "dolores musculares persistentes", "pérdida de peso" y "dolor de pecho". Finalmente, en relación con los síntomas "respiración entrecortada" y "dolores de cabeza persistentes" las personas se perciben igualmente vulnerables, independientemente del nivel socio-económico a que pertenecen.

Las diferencias en la percepción de estos síntomas, en los dis-

tintos niveles, son de suyo interesantes. Llamen la atención en particular, las diferencias en relación a los síntomas "pérdida de apetito" y "pérdida de peso". El primero resulta ser más importante en los estratos bajos; el segundo en los estratos altos. Estas diferencias sugieren, entre otras cosas, que en los estratos socio-económicamente inferiores, donde el conseguir alimentos representa mayor esfuerzo y costo, la "pérdida de apetito" cobra mayor importancia, tal vez porque representa no sólo comportarse en una forma no esperada, sino también no desaprovechar el esfuerzo como el tener apetito para aprovechar los alimentos obtenidos. En los estratos altos el conseguir los alimentos no representa ni el mismo esfuerzo ni el mismo costo. Lo importante aquí pareciera ser "la pérdida de peso" y no el si se aprovechan o no los alimentos.

Cuando se consideran los síntomas asociados a problemas de salud mental, se observa el hecho ya citado de que estos no son percibidos con la misma importancia con que se perciben los síntomas asociados a problemas de salud física. En efecto, la mayoría de los personas se perciben como poco vulnerables a este tipo de sintomatología, en todos los niveles socio-económicos. Esto era de esperarse dada la tendencia a negarle importancia, o a racionalizar, toda aquella conducta que en alguna forma pueda ser sintomática de problemas de salud mental. Aún así es de interés observar que se encuentra aquí también, al igual que en el caso de la sintomatología asociada a problemas de salud física, que la forma en que los síntomas son percibidos varía en los diferentes niveles socio-económicos. Así en los estratos socio-económicamente inferiores se le tiende a dar una ligera mayor importancia a los síntomas: "sentir a menudo que nadie lo comprende ni que se preocupa por uno", "sentir mucho temor de hacer algo incorrecto o feo", y "sentir a menudo ganas de no estar con nadie". La tendencia aquí se da en el sentido de aumentar ligeramente la vulnerabilidad al disminuir el nivel socio-económico. En relación al síntoma "sentirse tan irritado con los demás la mayor parte del tiempo, que se siente con deseos de explotar", el grado de vulnerabilidad pareciera disminuir ligeramente al pasar del estrato alto a los otros estratos. Es decir, es en el estrato más alto donde este síntoma es percibido como más importante.

Los resultados en relación a este tipo de sintomatología parecieran reflejar una mayor variabilidad en la percepción de los mismos, en los diferentes estratos. Así, se observa también que aquí, al comparar los diferentes niveles, las tendencias son más leves que en el caso de los síntomas asociados a problemas de salud física. Si bien estas tendencias son poco definidas, o muy ligeras, resulta atractivo el especular acerca de algunas de ellas. Así, por ejemplo, en relación con el síntoma "sentir mucho temor de hacer algo incorrecto o feo",

es en el estrato alto donde se perciben como menos vulnerables, y la vulnerabilidad aumenta ligeramente al disminuir el nivel socio-económico. Sugiere esto, entre otras cosas, que este resultado puede estar señalando el hecho de que a mayor nivel socio-económico existe mayor libertad y permisibilidad para ciertas conductas; mientras que en los estratos socio-económicamente inferiores los individuos se sienten menos libres y más vulnerables a conductas, que por inapropiadas, pueden provocar rechazo o castigo. Es interesante también observar los resultados obtenidos con respecto a los otros síntomas. Por ejemplo en los estratos superiores, particularmente en el alto, la mayor vulnerabilidad es frente a síntomas que sugieren irracionalidad y pérdida de control sobre impulsos ("sentirse tan irritado con los demás la mayor parte del tiempo, que se siente con deseos de explotar") y pérdida de control sobre las ideas ("sentir que a menudo se le meten ideas en la cabeza, las que no se puede quitar pese al esfuerzo que se hace"). Por su parte, los estratos socio-económicamente inferiores, ofrecen una mayor vulnerabilidad a síntomas que connotan sentirse interferido interpersonalmente en la capacidad de acercarse afectivamente a los demás, como: "sentirse a menudo que nadie lo comprende ni se preocupa por uno" y "sentirse mal por ser tímido y temeroso".

En el caso de los otros síntomas ("sentirse mal por ser tímido y temeroso", "sentir que no se puede confiar en nadie", "sentir que a menudo se le meten ideas en la cabeza, las que no se puede quitar pese al esfuerzo que hace", "tener pesadillas frecuentes que molestan mucho"), estos son percibidos como muy importantes o como poco importantes, en los diferentes estratos, sin que parezca existir una tendencia definida. Es decir, el grado de variabilidad entre los estratos es mayor, y esto posiblemente contribuye a que exista una menor relación entre el nivel socio-económico y la percepción de estos síntomas.

Es evidente entonces, que tanto en el caso de los síntomas asociados a problemas de salud mental como de salud física, las percepciones varían en los diferentes estratos. En los estratos socio-económicamente inferiores se le da mayor importancia a algunos síntomas; mientras que, por el contrario, en los estratos superiores se perciben como más vulnerables otros. En relación a los síntomas restantes, el grado de vulnerabilidad es igualmente alto o bajo, independientemente del estrato.

Al igual que en el caso de los síntomas individuales, cuando se consideran los resultados obtenidos en base al índice de vulnerabilidad, se hace evidente la existencia de diferencias en la percepción de problemas de salud mental y de salud física. La gran mayoría de las

personas se perciben como muy vulnerables a la enfermedad física y como poco vulnerables a los problemas de salud mental.

Estas diferencias ponen de manifiesto la existencia de maneras distintas de percibir la enfermedad mental y física. Por otra parte, la alta vulnerabilidad a problemas de salud física puede estar reflejando, a su vez, el efecto de la generalización del Seguro Social y de las Unidades Sanitarias. Ciertamente la generalización de estos servicios sensibiliza a las personas a la enfermedad y a la necesidad de una pronta atención médica. En este sentido Polgar³⁰ ha señalado que las personas que han recibido atención médica por una enfermedad específica tienden a acercarse más en su identificación con el personal médico. Esto a su vez afectará su manera de percibir la enfermedad. En lo que se refiere al bajo nivel de vulnerabilidad observado en relación a la enfermedad mental, estos resultados sugieren la marcada tendencia a negarles importancia, cuando la conducta no es percibida como francamente incapacitante e irracional. Los síntomas en que se basa este índice de vulnerabilidad, reflejan lo que Scheff llama "conducta residual", para la que no existe una etiqueta social, y la cual, si bien muy frecuente, tiende a ser percibida como algo excéntrico, siendo fácilmente ignorada y racionalizada.³¹

Es interesante observar que cuando se consideran estos resultados de acuerdo a la residencia urbano-rural, son igualmente consistentes con los anteriores. Lo que llama la atención aquí es el hecho de que, en la categoría de mayor vulnerabilidad en el caso de la enfermedad física, los de residencia urbana resultan ser más vulnerables. En cambio, en esta misma categoría, los de residencia rural resultan ser ligeramente más vulnerables a la enfermedad mental, o a los síntomas presentados en este estudio. Es posible que esto ocurra así en relación a la enfermedad física, no solo porque las personas de zona urbana están más expuestas a campañas y programas de acción preventiva, sino también porque tienen mayor acceso a centros de salud. Por otra parte, su interacción cotidiana con personas que también se perciben como vulnerables, estimula y mantiene su sensibilidad y vulnerabilidad.

La ligera mayor vulnerabilidad del grupo rural, en la categoría de mayor intensidad, en relación a la enfermedad mental, es de suyo interesante. Este resultado sugiere, por una parte, un mayor énfasis en una intimidad afectiva que podría dar mayor sensibilidad a problemas de orden interpersonal. Así, los síntomas ante los que se sienten más vulnerables son "sentirse a menudo que nadie lo comprende ni se preocupa por uno" y "sentirse mal por ser tímido y temeroso". Por otra parte, podría ser que exista una mayor exigencia a que el individuo se comporte de acuerdo con las expectativas, lo

que provoca en ellos un sentimiento de mayor vulnerabilidad a conductas que se apartan de lo esperado.

Considerando en primer lugar la enfermedad física se observa que el grado de vulnerabilidad disminuye conforme disminuye el nivel socio-económico. La única excepción es en el grupo de tugurio. Aquí la proporción de personas que se perciben como muy vulnerables a la enfermedad, percibiendo estos síntomas como muy importantes, es tan alta como en el caso del grupo de estrato alto. Podría ser que, en efecto, las personas del tugurio se perciban tan vulnerables como las del estrato alto. Sin embargo, es probable que estos resultados estén reflejando un esfuerzo, por parte de las personas del grupo de tugurio, por responder en una forma que ellos consideraron socialmente esperada. También podría ser el caso que, al ser entrevistados los individuos de este grupo, la entrevista provocara en ellos fantasías o expectativas de ayuda en el caso de que ellos se presentaran o describieran como más vulnerables a la enfermedad. Siempre cabe la posibilidad, desde luego, que no hubieran tomado seriamente la entrevista, en vista de sus evidentes dificultades económicas, contestando en forma irónica y pasivo-agresiva.

La relación entre estrato y percepción de enfermedad física se acentúa, sin embargo, cuando se mantiene constante el factor educación. En este caso se hace más evidente que es en los estratos bajos donde existe mayor tolerancia por la enfermedad física. Es interesante, sin embargo, que no existe una relación directa entre la percepción de enfermedad física y el nivel educacional. La tendencia va en el sentido de mayor sensibilidad en aquellos de bajo nivel educacional, primaria o menos.

Por otra parte, y considerando únicamente el nivel de mayor intensidad, los hombres tienden a percibirse ligeramente más vulnerables a la enfermedad física que las mujeres. A su vez cuando se considera la edad, la vulnerabilidad tiende a aumentar conforme aumenta la edad.

En lo que se refiere a la enfermedad mental, estos resultados son interesantes, y ciertamente no concuerdan con lo esperado. La expectativa era de que a mayor nivel socio-económico, mayor sería la proporción de personas que se percibirían como altamente vulnerables a este tipo de sintomatología. Entre otras cosas, era de suponer que, siendo el nivel educacional mayor conforme aumenta el nivel socio-económico, a mayor nivel educacional mayor sensibilidad a este tipo de sintomatología. El hecho de que los resultados no concuerden con esto, sugiere que la percepción de una conducta sintomática de un problema de salud mental, no depende directamente del nivel educacional. Posiblemente, sea un conjunto de factores los que definan o aclaren el contexto en el cual se hace la percepción. Sin embargo, al

igual que en el caso de la enfermedad física, la relación entre estrato y percepción de enfermedad mental se acentúa al mantener constante el efecto de educación. De nuevo aquí no se observa una relación directa de dependencia entre la percepción de enfermedad mental y el nivel educacional.

Aquí, la tendencia es a mayor vulnerabilidad entre aquellos que tienen un nivel primario o menos.

En relación al sexo, se observa, en la categoría de mayor vulnerabilidad, que no hay una relación directa con la percepción de enfermedad mental. Sin embargo, existe una tendencia en los diferentes estratos en el sentido de que la vulnerabilidad de los hombres, tiende a disminuir al disminuir el nivel socio-económico; mientras que las mujeres tienden a ser más vulnerables al disminuir este nivel. El que los hombres tiendan a ser más vulnerables a la enfermedad física y las mujeres a los problemas de salud mental concuerda con lo esperado.³³ En cuanto a la edad, los resultados no muestran una tendencia definida. En el estrato medio la vulnerabilidad aumenta con la edad. No así en los otros estratos. En el estrato alto son más vulnerables los del grupo de menor edad, mientras que en el grupo rural son más vulnerables los de mayor edad.

Estos resultados ponen de manifiesto la variabilidad en la percepción de la enfermedad en los diferentes niveles socio-económicos. Más aún, cuando los síntomas son considerados individualmente, se hace evidente que la relación entre la percepción de enfermedad y el nivel socio-económico no es simple y sencilla. Estos resultados reflejan con claridad, que la enfermedad mental y la física no son percibidas de igual manera. La importancia de síntomas asociados a problemas de salud mental tiende a ser negada, mientras que la importancia de síntomas asociados a problemas de salud física tiende a ser reconocida y aceptada con mayor facilidad, en todos los estratos.

Los resultados de este estudio concuerdan con lo ya señalado en la literatura, en el sentido de que “—en nuestra sociedad la enfermedad tiene dos connotaciones: una ‘vergonzosa’ y otra ‘respetable’,”³³ así como el hecho de que “—existe un estigma respecto a la enfermedad mental, el que no ocurre en casos de enfermedad física.”³⁴

Por otra parte, la enfermedad puede ser considerada como una nueva imposición que se suma a las imposiciones existentes en la vida cotidiana del individuo, y, ciertamente, ella constituye una imposición económica. En el grado en que esto se cumpla, es de suponer que a menor nivel socio-económico mayor será la tolerancia, o sea menor la vulnerabilidad, a la enfermedad física o mental. En este sentido se ha señalado³⁵ que la enfermedad no es una simple “ecuación” en la que el “síntoma” lleva al “diagnóstico y tratamiento”. El enfermarse por lo contrario, está influido por muchos factores, como

son el temor, la preocupación por el costo, la necesidad relativa de tratamiento en relación con la edad y con el papel social del individuo en la familia, y las expectativas del grupo.

BIBLIOGRAFIA

- Adis Castro, G. "Algunas observaciones sobre la investigación en psiquiatría social," *Acta psiquiat. psicol. Amér. Lat.*, 15, 1969.
- Adis Castro, G. "Salud mental, investigación y contexto socio-cultural," en J. Mariátegui y G. Adis Castro, *Epidemiología psiquiátrica en América Latina*. Buenos Aires: Acta, Fondo para la Salud Mental, 1970.
- Berelson, B. and Steiner, G. A. *Human behavior: an inventory of scientific findings*. New York: Harcourt, Brace, and World, Inc., 1964.
- Bloom, S. W. *The doctor and his patient*. New York: Russell Sage Foundation, 1963, pp. 98-99.
- Fábrega, Jr. H., Rubel, A. J. & Wallace, C. A. "Working class Mexican psychiatric outpatients: some social and cultural features," *Arch. Gen. Psychiat.*, 16, 1967.
- Fonseca Tortós, E., Adis Castro, G., Amador Sánchez, F., Hernández Ureña, R. y Thomas Claudet, P. "Estratificación social y planificación familiar, aspectos descriptivos." Centro de Estudios Sociales y de Población, CESPO, 1970.
- Gursslin, O. R. et al., "Social class and the mental health movement," en F. Riessman, et al. (Eds.), *Mental Health of the Poor*. New York: The Free Press, 1964.
- Kasl, S. V. and Cobb, S. "Health behavior, illness behavior and sick behavior," *Arch. Environ. Health*, 12, 1966.
- Kasl, S. V. and Cobb, S. "Some psychological factors associated with illness behavior and selected illnesses," *J. Chron. Dis.*, 17.
- King, S. H. *Perceptions of illness and medical practice*. New York: Russell Sage Foundation, 1962.
- Koos, E. L. *The health of Regionville*. New York: Columbia University Press, 1964.
- Phillips, D. L. and Claney, K. J. "Response biases in field studies of mental illness," *American Sociological Review*, 1970.
- Polgar, S. "Health and human behavior: areas of interest common to the social and medical sciences," *Current Anthropology*, 3, 1962.
- Rosenberg, M. "Test factor standardization as a method of interpretation," *Social Forces*, 41, 1962.
- Scheff, T. J. "The role of the mentally ill and the dynamics of mental disorder: a research framework," en S. Spitzer and N. K. Denzin, *The mental patient: studies in the sociology of deviance*. New York: McGraw-Hill Book Co., 1968.
- Spiegel, I. P. "Some cultural aspects of transference and countertransference," en F. Riessman, et al. (Eds.), *Mental health of the poor*. New York: The Free Press, 1964.
- Stainbrook, E. "The community of psychiatric patient," en S. Arieti, *American handbook of psychiatry*, Vol. 1. New York: Basic Books, Inc., 1959.
- Wedge, B. "Changing perceptions of mental health," *Mental Hygiene*, Vol. 48, 1964.

NOTAS

¹La obtención de los datos para este estudio fue posible gracias a que se permitió incluir las preguntas correspondientes en el cuestionario del *Proyecto de Estratificación Social: Aspectos Psicosociales y Organizativos*, realizado por el Departamento de Ciencias del Hombre y el Instituto de Investigaciones Psicológicas, y codirigido por el Dr. Eugenio Fonseca Tortós y por el primer autor de este trabajo. Este proyecto fue realizado con la ayuda económica de la Fundación Ford, a través del Centro de Estudios Sociales y de Población (CESPO). Los autores agradecen, además, la colaboración de los Profesores Elizabeth de

ADIS CASTRO & THOMAS CLAUDET

León y Albam Brenes en el cálculo de estadísticas y revisión del manuscrito.

²B. Wedge, "Changing Perceptions of Mental Health," *Mental Hyg.*, v. 48, 1964, p. 26.

³G. Adis Castro, "Algunas Observaciones sobre la Investigación en Psiquiatría Social," *Acta psiquiat. psicol. Amér. Lat.*, 15, 1969, p. 129.

⁴G. Adis Castro, "Salud Mental, investigación y contexto socio-cultural," en *Epidemiología en América Latina*, ed. J. Mariátegui y G. Adis Castro, Acta del Fondo para la Salud Mental (Buenos Aires, 1970), p. 187.

⁵S. H. King, *Perceptions of Illness and Medical practice*, Russell Sage Foundation (New York, 1962), p. 47.

⁶S. H. King, *Ibid.*, pp. 139-40.

⁷S. H. King, *Ibid.*, p. 110.

⁸S. W. Bloom, *The Doctor and His Patient*, Russell Sage Foundation (New York, 1963), pp. 98-99.

⁹*Ibid.*, p. 99.

¹⁰I. P. Spiegel, "Some Cultural Aspects of Transference and Countertransference," en *Mental Health of the Poor*, ed. F. Riessman et al. (New York, 1964), p. 311.

¹¹O. R. Gursslin et al., "Social Class and the Mental Health Movement," en F. Riessman, et al. (eds.), *op. cit.*, 1964, pp. 59-63.

¹²S. Polgar, "Health and Human Behavior: Areas of Interest Common to the Social and Medical Sciences," *Current Anthropology*, v. 3, 1962, p. 167.

¹³S. Polgar, *Ibid.*, p. 168.

¹⁴S. V. Kasl and S. Cobb, "Some Psychological Factors Associated with Illness Behavior and Selected Illnesses," *J. Chron. Dis.*, v. 17, p. 325.

¹⁵S. V. Kasl and S. Cobb, "Health Behavior, Illness Behavior and Sick Behavior," *Arch. Environ. Health*, v. 12, 1966, p. 249.

¹⁶S. V. Kasl and S. Cobb, *Ibid.*, p. 249.

¹⁷Ver E. L. Koos, *The Health of Regionville*, Columbia University Press, New York, 1954.

¹⁸E. L. Koos, *Ibid.*, p. 33.

¹⁹Fonseca Tortós, E.; Adis Castro, G.; Amador Sánchez, F.; Hernández Ureña, R.; Thomas Claudet, P.; "Estratificación Social y Planificación Familiar, Aspectos Descriptivos," Centro de Estudios Sociales y de Población, CESPO, 1970.

²⁰Según tabulaciones basadas en datos del Censo de Población de 1963, Dirección General de Estadística y Censos, San José, Costa Rica.

²¹Conviene aclarar que lo que en Costa Rica recibe el nombre de "tugurio" corresponde a lo que en algunos países de América del Sur llaman "villas miseria", "callampa", "favela", etc.

²²Se escogió San Antonio de Escazú por coincidir sus características con el conocimiento e intereses de otros estudios de investigación del equipo.

²³E. Fonseca, et al., *Estratificación Social y Planificación Familiar Aspectos Descriptivos*, *op. cit.*, pp. 41-42.

²⁴Véase la parte de metodología. Estos índices incluyen tres categorías, a saber: vulnerabilidad baja, intermedia y alta. El grado de vulnerabilidad a la enfermedad varía según el número de síntomas percibidos como conductas que requieren atención médica.

²⁵Utilizando el método de "estandarización" propuesto por Rosenberg véase en la bibliografía, M. Rosenberg, "Test Factor Standardization as a Method of Interpretation", *Social Forces*, v. 41, 1962, pp. 53-61.

²⁶Ver la parte correspondiente a la metodología.

²⁷D. L. Phillips and K. J. Claney, "Response Biases in Field Studies of Mental Illness," *American Sociological Review*, 1970, pp. 503-504.

²⁸S. V. Kasl and S. Cobb, "Health Behavior, Illness Behavior, and Sick Behavior," *op. cit.*, p. 249.

²⁹S. Polgar, *op. cit.*, p. 166.

³¹Véase T. J. Scheff, "The Role of the Mentally Ill and the Dynamics of Mental Disorder: A Research Framework," en S. Spitzer and N. K. Denzin,

PERCEPCION DE ENFERMEDAD

The Mental Patient: Studies in the Sociology of Deviance (New York, McGraw-Hill Book Co., 1968).

³²Véase en estudio de H. Fábrega, Jr., A. J. Rubel y C. A. Wallace, "Working Class Mexican Psychiatric Outpatients: Some Social and Cultural Features," *Arch. Gen. Psychiat.*, v. 16, 1967.

³³E. Stainbrook, "The Community of Psychiatric Patient," en S. Arieti, *American Handbook of Psychiatry* (New York: Basic Books, Inc., 1959), v. 1, p. 152.

³⁴B. Berelson and G. A. Steiner, *Human Behavior: An Inventory of Scientific Findings* (New York: Harcourt, Brace, and World, Inc., 1964), p. 635.

³⁵S. W. Bloom, *op. cit.*, p. 110.