

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

Depto. de Psicología Social. Cub.25 ed."C" p.b.

Ponencia: Representación social género y salud mental

Autora: Dra. Fátima Flores Palacios

México, D.F. a 16 de Octubre de 1993.

A MANERA DE INTRODUCCION

Este trabajo es un estrato de una investigación más amplia llevada a cabo en el continente europeo con una población de habla hispana, en el que discutimos la importancia que dentro de la psicología social y en concreto desde la teoría de las representaciones sociales, tiene la categoría de género porque permite articular los procesos simbólicos y subjetivos que confluyen en la formación del pensamiento y en la traducción de conductas sociales.

Demostramos cómo una representación social de un objeto, sujeto o conocimiento se encuentra permeado por la cultura y este hecho determina una postura definida ante ese objeto.

REPRESENTACION SOCIAL GENERO Y SALUD MENTAL

Partimos del convencimiento de que la teoría de las representaciones sociales, como en su momento menciona Páez (1987), al tener un lugar como la ciencia del sentido común, abre la posibilidad de indagar en la complejidad de la construcción del pensamiento colectivo, en comprender que la legitimización de normas y valores se convertirán en modelos dominantes con una fuerte carga ideológica modelada y configurada desde la interacción cultural.

Para comprender la idea anterior y anclarla al estudio de género, vamos a recurrir a la explicación y organización de los contenidos que intervienen en una representación social, a comprender sus niveles de influencia hasta llegar a la configuración de una ideología colectiva, que como veremos más adelante, tiene una estrecha relación con el pensamiento social.

Di Giacomo (1980) define a las representaciones sociales como "modelos imaginarios de evaluación de categorización y de explicación de las realidades entre sujetos sociales, particularmente entre grupos, que conducen hacia normas y decisiones colectivas de acción". Es decir, las representaciones sociales proveen de información, desde su función estructurante y jerarquizada, predisponiendo al sujeto actitudinalmente hacia los fenómenos y objetos sociales de la realidad social. En este sentido nos encontramos con que las representaciones tienen una importancia fundamental en cuanto a la manera en que se desarrolla una interacción.

Sobre esta misma línea (Páez y Ayestarán, 1985) mencionan que la representación incluye como elemento intrínseco una guía para las interacciones, es decir no sólo clasifica y explica, sino que dispone ciertamente de una actitud a los sujetos de una colectividad respecto al objeto al que se refiere.

Una representación será social si es compartida por un grupo y si es elaborada por éste con el fin de clasificar al objeto al que se refiere y explicar sus características para incorporarlo a su realidad social. Es también todo un proceso de apropiación

de la realidad a través de la experiencia, de la vivencia colectiva, es una categoría que por ser dinámica tiene vida propia.

La incorporación social de la novedad según Jodelet (1989) puede ser estimulada por el carácter creador y autónomo de la representación, lo que permite que el sistema de relaciones preexistentes se modifiquen por contacto con nuevos conocimientos y a la vez éstos, al ser asimilados, toman una naturaleza y estructuración distinta.

En este sentido, estamos haciendo referencia al proceso dinámico que una representación tiene para apoyar el fenómeno de deconstrucción-reconstrucción del orden genérico a nivel simbólico.

Doise (1986) apunta a que la representación social organiza los procesos simbólicos que intervienen en las relaciones de comunicación. De ahí que justamente es fundamental considerar que una representación siempre encontrará influida y dominada por el lenguaje, así como por estados psíquicos que se traducen en productos de acción y de comunicación humana, en conclusión, el sistema representacional se traduce en conductas permeadas por un contexto ideológico determinado.

Pensamos que el uso de la noción de representación social no se puede reducir a una comprensión cognitiva del universo, porque caeríamos en el error de explicar de manera parcial un evento dado, sin detenernos a observar el **proceso simbólico** y los

elementos afectivos que intervienen en la construcción de dicho evento, que será traducido más tarde en una conducta social.

Para el tema que nos ocupa, la construcción social de género, es necesario considerar los tres elementos básicos de una representación social. Por un lado, el campo de información que hace referencia al conocimiento a su cantidad y calidad, y ésta puede ser en mayor o menor medida original, muy somera o estereotipada en relación a un objeto social; existen diferentes niveles de acceso a la información de un objeto, de tal manera que cada grupo tiene su propia información y puede ser distinta para cada uno de ellos. Por otro lado, tenemos el campo de representación que tiene la función de ordenar y jerarquizar el contenido de la representación. En esta dimensión interviene un núcleo figurativo que en cierta manera determina el peso y el significado del resto de los elementos que conforman al campo representacional.

Finalmente tenemos la dimensión de la actitud o disposición afectiva que hace referencia a la disposición emocional y dinámica que se tiene hacia un objeto, puede ser negativa o positiva; esta dimensión apoya una toma de postura hacia el objeto y determina la manera de relacionarse con ese objeto.

La utilidad de este análisis tridimensional por lo tanto, nos permite realizar estudios comparativos sobre figuras y la diferenciación de los grupos, en función de sus representaciones sociales. (Herzlich, 1972).

En este sentido, la propuesta se encamina a indagar en los modelos representacionales de los géneros por grupo para llegar a contextualizar posibles estrategias de cambio, de desarticulación y articulación. No podemos englobar en un sólo contexto la representación de una colectividad, ni generalizar los contenidos que son específicos de una realidad social.

En este sentido nos detendremos a comentar de manera general los resultados que obtuvimos a través de una investigación en el ámbito de la salud mental y veremos cómo el sistema representacional con sus componentes internos actúan y se articulan en modelos de evaluación y diagnóstico que tiene consecuencias a nivel social.

REPRESENTACION SOCIAL Y SALUD MENTAL

Una representación de salud o enfermedad puede dar lugar a una organización subjetiva en la que el sujeto se coloca y dentro de la cual se originan comportamientos y creencias que le definen. Es importante considerar que dentro del campo de la representación y la salud se articulan el pensamiento científico y el pensamiento social, aspectos claves para nuestros objetivos en la investigación, porque es desde esa articulación de donde parte justamente nuestro interés en cuanto a la manera de representarse diversas manifestaciones de enfermedad o salud en relación a un rol social determinado.

Para nuestros fines de investigación entrevistamos a una población de setenta profesionistas de la salud mental de distintas nacionalidades de habla hispana y de ambos sexos, con orientaciones terapéuticas definidas -psicoanalistas, rogerianos y conductistas-. Para la obtención de datos recurrimos a la técnica de asociaciones libres por estímulo (feminidad, masculinidad y paciente psiquiátrico), aplicamos un diferencial semántico y un cuestionario que fue el resultado de un pretest contestado por una muestra reducida de profesionales.

Todas las técnicas utilizadas fueron elaboradas con la intención de obtener las tres dimensiones básicas de la representación social que describimos anteriormente.

Nuestro objetivo en esta investigación era saber si la representación social de los profesionales acerca de los roles genéricos influían de alguna manera en el tratamiento de sus pacientes, y si esta representación era homogénea o diferenciada entre ambos sexos, así como descubrir en qué circunstancias se establecía su representación social. En conclusión nos propusimos indagar si los profesionales de la salud mental habían construido una representación social de la feminidad y masculinidad que pudiera estar influyendo en el tipo de diagnóstico y tratamiento que realizaban.

Los supuestos de los que partimos fueron los siguientes:

a) Los profesionales de la salud mental construyen su representación social de la feminidad y masculinidad a partir de las funciones biológicas y del 'rol social' adjudicados tradicionalmente a varones y mujeres.

b) Los profesionales de la salud mental parten con frecuencia en la valoración diagnóstica de estereotipos de enfermedad establecidos por creencias y consenso social, de acuerdo con el sexo del paciente.

c) Los profesionales de la salud mental no tienen en cuenta en el diagnóstico, la enfermedad de varones y mujeres como malestar de género determinado por las condiciones psicosociales en que los pacientes se encuentran inmersos.

Es importante señalar que empleamos la categoría de género justamente como una herramienta para la comprensión de los procesos diferenciados de construcción del pensamiento, que se convierten en comportamientos sociales distintos en función del sexo y a partir de las asignaciones culturales que se han establecido para el desempeño de los roles femenino-masculino.

Antes de pasar a comentar nuestros resultados y considerando los supuestos que planteamos en la investigación, nos parece interesante reflexionar sobre dos niveles representacionales

delimitados en el campo de la salud mental por la importancia que reviste esta consideración a la luz de las conclusiones a que llegamos.

Tenemos el nivel representacional del modelo médico tradicional que considera la enfermedad mental como un proceso de degradación sistemática en el que pueden intervenir aspectos fisiológicos contribuyendo a la formación de patologías clasificadas rígidamente y debido a causas externas o internas que se manifiestan en síntomas igualmente clasificados.

El modelo psicosocial funcional considera la enfermedad mental como el resultado de un malestar cultural y poco adaptado a las normas y modelos de aprendizaje social, en este modelo no intervienen de manera rígida y casi se excluyen los componentes fisiológicos (Martínez y Herreros, 1984; Farina y Fisher, 1982). Sin embargo, nosotros consideramos que en este segundo modelo también se recurre, aunque de manera menos rígida, al diagnóstico en función de cuadros previamente definidos. Y por último el modelo mágico religioso, que nos remite a la disposición fatalista basada en una representación social moral-punitiva, induce a sentimientos de miedo y rechazo, provoca reacciones vinculadas a lo desconocido, a la falta de control de una situación determinada.

Ante la exposición de los modelos y su esquema representacional no podemos dejar de mencionar que cada uno tiene consecuencias y delimitaciones en su ejercicio profesional. El modelo médico tradicional parte de una orientación biologicista,

preponderantemente individualista y ahistórica con criterios duales basados en la salud-enfermedad, donde la patología etiquetada determina el grado de anormalidad o inadaptación.

Por su parte el modelo psicosocial funcional esta más orientado a una concepción humanista y busca mantener el equilibrio y la armonía de acuerdo a las funciones y roles que un individuo "debe" desarrollar socialmente es decir, requiere un tipo de racionalidad afirmada que le mantenga satisfecho con su rol. Se trata de un modelo más permisivo que el médico tradicional, pero finalmente retoma etiquetas del modelo tradicional.

La representación social que se tenga de salud o enfermedad mental incluye de cierta manera una aproximación valorativa y ética a cualquiera de los modelos que venimos comentando. En este sentido contribuye a formas específicas de comportamiento y actitudes que corresponden con el significado del corpus representacional.

Sabemos que por medio del aprendizaje de roles, de estereotipos y a través de la formación de un esquema social de pensamiento sobre el género sexual, se conforma la identidad sexual, estipulando así a qué categoría, femenina-masculina, pertenece el sujeto y por ende, cuál será su función social.

Esta función social, al determinar un estereotipo acabado y un rol específico, orienta la conducta y la valoración de un individuo de acuerdo al grado de ajuste que mantenga con su

entorno social, lo que implica una forma de entender la permanencia "equilibrada" en un contexto dado. Así, la representación que se tiene de lo femenino y masculino, pasa por un orden cultural que está absolutamente impregnado de la ideología patriarcal que sustenta los roles específicos determinados socialmente que legitiman la permanencia "adecuada" de un individuo.

Si tomamos en cuenta que uno de los contenidos de la ideología es justamente la representación social y que no son independientes uno del otro, comprenderemos cómo un sistema ideológico se traduce en representaciones a partir de una práctica cotidiana. En cuanto a la problemática de género, esta articulación entre ideología y representación social tiene un sentido fundamental para el estudio que nos propusimos, queremos decir con ello que en la medida en que una representación se encuentra impregnada de ideología, los géneros femenino-masculino están situados en un contexto casi inamovible, construido en el imaginario y constituyente de una subjetividad social.

La subjetividad femenina tiene un antecedente marcado desde el "ideal social" las mujeres desde su función reproductiva se han visto contrapuestas entre su propia sexualidad y la reproducción, entre su deseo y su función, entre el ser sujeto y ser objeto; de esta manera la estabilidad emocional del género femenino siempre ha estado cubierta y en ocasiones amenazada por múltiples determinantes que la organizan pero también que la confunden en su propia subjetividad.

Irigaray (1977) menciona que las mujeres reciben el valor de la comparación al pasar del estado de naturaleza al estado de objeto social. Esta transformación del cuerpo de las mujeres en valor de uso y de cambio inaugura un orden simbólico. Orden simbólico colectivo desde el cual la representación adquiere la importancia que le venimos dando en este contexto. Pensamos con Irigaray que el intercambio entre la función y el uso legitima una simbolización del ser social de la mujer.

Finalmente esto nos lleva a comprender la importancia de que una representación social en función y desarrollo del rol sexual, puede delimitar etiquetas de enfermo o sano. Este hecho ocurre tanto en la colectividad como entre los profesionales de la salud mental; de ahí la discusión y la importancia de considerar nuevas categorías que pongan en tela de juicio el modelo de representación patriarcal.

De hecho, las teorías clínicas proporcionan estándares para evaluar la conducta del paciente, determinar su grado de salud o enfermedad, el nivel de ajuste social y formular objetivos terapéuticos. Nos encontramos con que si las teorías refuerzan las concepciones estereotipadas acerca de varones y mujeres, la práctica clínica puede servir para perpetuar semejantes concepciones.

Pensar en las representaciones que nuestra cultura ha producido, comenta Burín (1987) acerca de la salud y enfermedad mental de los varones y mujeres, nos lleva también a pensar en los medios utilizados para hacer circular tales representaciones

en la cultura. En este sentido, nos comprometimos también a indagar las prácticas sociales para develar cómo se han implementado las nociones vigentes acerca de la salud y la enfermedad mental.

Desde el paradigma de la perspectiva de género, no podemos dejar de mencionar que la muestra en estudio evidenció un sistema representacional por sexo, suponiendo con ello que a pesar de la consideración de ciertos factores socio-culturales, lo que les daba una pertenencia al modelo psico-social, no intentan comprender los procesos diferenciales que desde un desarrollo genérico, hombres y mujeres sufren hasta complejizarse en enfermedad. Los roles estereotipados de los pacientes conllevan a un malestar de género que suscita diferencias comprobadas como el hecho de que las mujeres consulten por problemas afectivos, depresivos, angustias y somatizaciones (ver tabla 1) mientras que los varones lo hacen por problemas laborales y de "estrés", datos avalados por varones y mujeres de la muestra en estudio.

Nos pareció interesante observar que cuando medimos los estímulos de feminidad-masculinidad y paciente psiquiátrico, la feminidad en todos los casos, se encontró más cerca del estímulo paciente psiquiátrico que del estímulo masculinidad. No resulta extraño este dato si consideramos que el mayor porcentaje de consultas psicológicas lo llevan a cabo mujeres. Al parecer, el modelo de interacción social favorece a los varones en cierto equilibrio emocional.

La tendencia a estereotipar a partir de los roles, también está clara cuando la única similitud que encontramos entre masculinidad y paciente psiquiátrico se encuentra en relación con la agresividad y la rudeza; la feminidad no aparece en este contexto, ni por grupo de orientación ni por sexo.

El modelo evaluativo que los profesionales tienen está impregnado de supuestos culturales que determinan su conducta hacia la feminidad y masculinidad. Esta situación nos preocupa, en tanto que no podemos preconizar la readaptación de los roles sexuales desde la práctica clínica. Insistimos en considerar la categoría de género como una posibilidad de cambio, como una herramienta que permite ser juez y parte, que articula los elementos subjetivos y representacionales con los aspectos culturales, que pretende explicar las disposiciones afectivas y emocionales desde la consideración del individuo como sujeto social marcado por su rol sexual.

Las conclusiones generales a las que llegamos en nuestra investigación fueron las siguientes:

- La muestra de profesionales estudiada, a pesar de su proximidad al modelo psicosocial funcional, recurre al diagnóstico y etiquetaje de síntomas de acuerdo al sexo del paciente. La información, como la dimensión básica de la representación, queda socialmente anclada en un estereotipo.

- La disposición afectiva de los profesionales estudiados, como segundo componente de la representación, queda fijada por los estereotipos tradicionales de feminidad y masculinidad.

- Encontramos diferencias significativas en la representación social de los estímulos "feminidad" "masculinidad" y "paciente psiquiátrico" entre la muestra estudiada.

- Los profesionales, independientemente de su orientación profesional, definen su representación a partir de estereotipos socioculturalmente compartidos.

- Comprobamos que no hay diferencia en la representación social de feminidad y masculinidad entre varones y mujeres. A partir de ello suponemos que el estereotipo de los estímulos analizados se generaliza para ambos sexos.

- Los profesionales al tener un estereotipo representacional, tienden a diagnosticar de acuerdo al rol sexual del paciente.

- El rol sexual de género influye en la sintomatología de los pacientes. Esta condición apoya la organización y la información de la representación social que los profesionales de la salud mental tienen acerca de los padecimientos de varones y mujeres.

- Desde el campo de la representación encontramos que el grupo de profesionales estudiados, a pesar de considerar la influencia de diversos aspectos socioculturales en la salud mental, no abordan de manera específica los malestares de género como consecuencia

de un sistema estratificado por sexos.

- Existe por lo tanto, un universo consensuado de significación atribuida a masculinidad y feminidad que se percibe con toda claridad en la representación social del grupo estudiado.

Finalmente, si estamos de acuerdo en que las representaciones sociales hacen posible clasificar personas y objetos, comparar y explicar comportamientos insertándolos de hecho y de derecho en nuestro marco social, (Moscovici, 1988) cabe la posibilidad de utilizar el concepto de representación social para investigar acerca de la construcción de significados que subyacen a la subjetividad de los individuos.

En este sentido, nos queda claro que al estructurarse la representación social alrededor de objetos y conocimientos provenientes de un marco ideológico y científico, podemos tener acceso al conocimiento y evaluación del proceso mediante el cual el estereotipo de un fenómeno se convierte en valores que delimitan y definen conductas.

Lo importante en este caso es comprender los procesos mediante los cuales una representación social se encarna en pautas de comportamiento, en normas, en actitudes, etc. que pueden implicar finalmente una representación consensuada que supone diversas connotaciones en el registro de la cultura y cómo esas representaciones se convierten a la postre en conducta, siguiendo una de las tradiciones más sólidas aunque más polémicas

en la psicología social: aquella que pretende establecer una relación entre actitud y conducta.

Desde una postura teórica que tenga críticamente en cuenta el mosaico ideológico en el que se construye la subjetividad e intente indagar en los procesos representacionales de los individuos, quizás se pueda llegar a plantear como una estrategia de cambio cierta deconstrucción de la representación social del género sexuado, que como hemos visto, tiene implicaciones más allá de estereotipar, de asignar roles, de identificar conductas a partir de un sexo determinado.

De hecho hemos comprobado cómo algunas de las implicaciones están relacionadas e influyen en el ejercicio profesional independientemente de los grupos de pertenencia. En este sentido, nuestra preocupación se encamina hacia la posibilidad de reconstruir nuevos modelos que revolucionen el sistema consensuado y estratificado por sexos.

Tendríamos que estar atentos a la revisión de las prácticas clínicas, a la educación de los profesionales de la salud mental, al cuestionamiento de los modelos sexistas tradicionales en el campo de la salud.

BIBLIOGRAFIA

- Burín, M. (1990). El malestar de las mujeres.; La tranquilidad recetada. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Di Giacomo, J.P. (1980). Intergroup alliance and rejections whitin a protest movement (Analysis of the social representations). *European Journal of Social Psychology*, 10, 329-344.
- Doise, W. (1986). Les représentations sociales: définition d'un concept. En W. Doise. A. Palmonari: *L'étude des Représentations Sociales*. Ed. Delachaux & Niestlé, París.
- Herzlich, C. (1972). La représentation sociale. En S. Moscovici (ed): *Introduction a la Psychologie Sociale*. Larousse. París.
- Irigaray, L. (1977). *Ce sexe qui n'est pas un*. Editions de Minuit. París.
- Jodelet, D. (1989). Nature, culture and social psychology. *European Journal of Social Psychology*. Vol. 16.

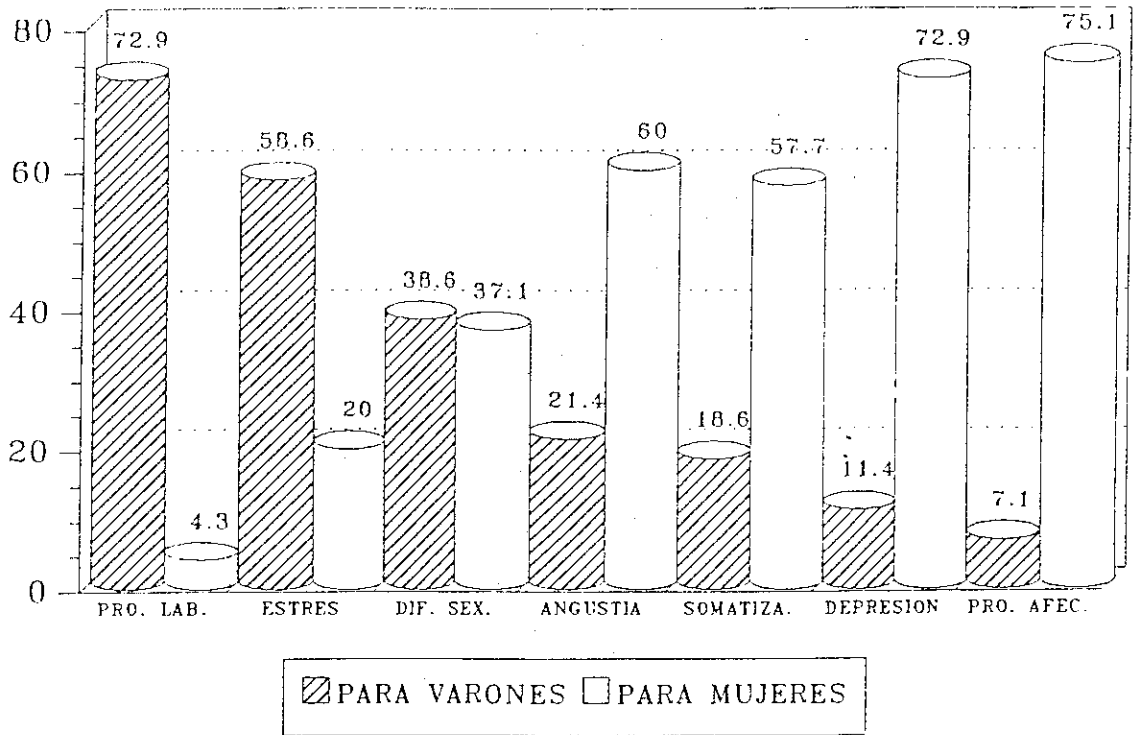
Martínez, C. y Herreros, L. (1985). Estudio comparativo de las representaciones sociales de la enfermedad mental en el Servicio de Psiquiatría de San Sebastián y en los Centros de Salud Mental de Irún, Rentería y San Sebastián. En S. Ayestarán: Psicología de la enfermedad mental; Ideología y representación social de la enfermedad mental. Universidad del País Vasco.

Moscovici, S. (1986). L'ère des représentations sociales. En W. Doise y A. Palmonari. L'étude des Représentations sociales. Ed. Delachaux et Niestlé. París.

Páez, D. y Cols. (1987). Pensamiento, Individuo y Sociedad. Cognición y Representación Social. Ed. Fundamentos. Madrid.

Páez, D. y Ayestarán, S. (1985). Representaciones sociales de la enfermedad mental. En S. Ayestarán. Psicología de la enfermedad mental; Ideología y representación social de la enfermedad mental. Universidad del País Vasco.

GRAFICO 1
MOTIVOS DE CONSULTA



(DATOS EN %)