

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA.**

CARRERA DE PSICOLOGÍA.

TÍTULO:

**“Salud y género desde las
representaciones sociales”.**

Nombre de la aspirante: Laura Iliana Aguirre González.

Número de cuenta: 300238534

Generación: 2003-2006.

Opción de titulación: Tesina.

Asesor de proyecto: José Esteban Vaquero Cázares.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gracias a mis padres, a mi hermano, a los pequeños corazones hacedores de vida, familia y amigos todos incomprensidos y seguramente defraudados, pero no por ello menos amados, gracias por la constancia y esperanza que mantiene la lucha por permanecer atados como ángeles con grandes alas de cadenas a este ser eternamente fugitivo de realidades y certezas.

Gracias por la presencia que delimita fronteras, y por las ausencias que anuncian el instante indefectible del más feliz o amargo encuentro, anunciado proféticamente durante largas y melancólicas noches de orfandad.

Gracias UNAM por mantener viva una utopía milenaria y eternamente cambiante, por los caminos que abriste y brechas inconstantes que clausuraste, por existir más allá de la Institución; y brindar el perfecto refugio al corazón.

Laura.

El insurgente no se pondrá de acuerdo con los otros hombres sino en la medida y durante el tiempo en que el egoísmo de ellos coincida con el suyo propio. Su verdadera vida está en la soledad donde saciará sin freno el ansia de ser, que es su único ser.
Stirner, 1974

La tierra es la única verdad a la que hay que ser fiel, y de ella hay que vivir y hacer el medio de salvación, pero vivir en una tierra sin ley es imposible, porque vivir supone precisamente una ley.
Nietzsche, 1987.

Ser libre es abolir los fines. Voluntad decidida de ser lo que se es en un mundo que sea lo que es. Considerarse a sí mismo como una fatalidad, no querer hacerse de otro modo que como se es.
Camus, 2003.

*...No queda nada de lo que fue nada (era ilusión lo que creía era todo, y que, en definitiva era la nada)
Qué más da, que la nada fuera nada si más nada será después de todo, después de tanto, todo para nada.* Vida, José Hierro, 2002.

*Todos sabemos que esto no es definitivo que es una suerte loca
quizá un breve delirio.*

*Ahora vale la pena vivir aunque haga frío aunque la tarde vuele.
O no vuele. Es lo mismo. Benedetti, 1961.*

*Las paredes se van, queda la noche, las nostalgias se van, no
queda nada.*

*“Ya mi rostro de vos, cierra los ojos y es una soledad tan
desolada”. Benedetti, 1974.*

Índice.

Introducción.	2
1. Representación social de género.	
1.1. Concepción de las representaciones sociales	5
1.2. Significado y proceso de construcción de las representaciones sociales.	8
1.3. Institucionalización y reproducción inconsciente de las representaciones sociales a partir de la socialización.	16
2. Género y quehacer desde las representaciones sociales.	
2.1. Significado de género e implicaciones	21
2.2. Asignación y roles de género.	23
2.3. Dimensiones del término género: Masculinidad y feminidad.	
2.3.1. Formas de interacción y relación interpersonal entre géneros.	24
2.3.2. Espacio urbano, género y ciudad.	36
3. Salud y representación social.	42
3.1. Modelos de explicación y acercamiento a la salud.	47
3.2. Efectos de los roles y expectativas de género en la salud.	52
3.3. Modos de enfermar, según especificaciones clínicas.	61
Conclusiones.	83
Referencias bibliográficas.	90

Resumen

La equidad de género, es un tópico no deja de cobrar relevancia tanto en el dominio de la opinión pública como en el de la investigación, debido al interés provocado por las diferencias que biológicamente impone la identidad sexual es la primera asignación que se hace a los individuos, y un parámetro universal que delimita su ser y hacer dentro de un grupo social específico que presenta una realidad instituida y preservada en las representaciones sociales, que definen las ideas y prácticas que mantiene una sociedad, de tal forma que la categoría de género y el lugar que los individuos ocupan dentro de todo grupo social, norman el ser, y producen posibilidades de acción particulares que evidentemente afectan las condiciones de vida de los seres humanos en el plano, afectivo, cognitivo y físico.

La salud, término que engloba el estado de bienestar integral, es considerada hoy en día, un problema social que atañe a todos los sectores de la población, debido al incremento en la tasa de personas con algún tipo de padecimiento.

El presente trabajo privilegia una aproximación social hacia la problemática que las condiciones de salud representan, tomando como base para su análisis, la categoría de género desde el enfoque de las representaciones sociales el cual permite dar una explicación más compleja de las situaciones a las que se enfrentan los individuos.

En el primer capítulo, se definen las representaciones sociales, el proceso implicado en la instauración de sentidos y prácticas en el imaginario colectivo e individual, hasta convertirse en realidades aparentemente incuestionables e insustituibles, que plantean al ser humano como simple reproductor de un sistema instaurado a priori y ausente de todo vínculo con las posibilidades y necesidades que plantea el devenir de la sociedad actual.

En el segundo capítulo se considera la categoría de género, y las características diferenciales atribuidas a hombres y mujeres, las cuales producen consecuencias en la salud de los individuos, fenómeno analizado en el tercer capítulo, donde se describen las principales enfermedades reportadas por cada género y se asocian con las prácticas y sentidos que ambos mantienen.

Introducción.

La salud es un aspecto de vital importancia en la vida de los seres humanos al ser definida como un estado de bienestar psicosocial, además de la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas construidas cultural e históricamente en la propia interacción social, la cual depende de las condiciones socio-culturales, económicas y políticas de un grupo de personas.

En la actualidad se realiza una considerable investigación acerca del tema de salud debido a su importancia para el desarrollo individual, y de la sociedad en su totalidad, de la misma manera; se ha presentado un notable incremento en la cantidad de personas que padecen alguna enfermedad física y mental, ello; a pesar de los servicios clínicos que están a su disposición los cuales se hacen insuficientes, debido a que hasta hace poco la salud mental y sus implicaciones era un tema estigmatizado que se había considerado poco, aún cuando según estadísticas de la OMS una de cada cuatro familias presenta al año por lo menos un pariente afectado por un trastorno en la salud mental, los cuales suman alrededor de 450 millones de personas que presentan estados de perturbación psicosocial que genera problemas emocionales cognitivos y comportamentales.

La psicología es una disciplina interesada en dar explicación acerca de los factores que constituyen la salud, así como los patrones en la misma, sin embargo y debido a que como señala Mora (2002), al referirse a cuestiones meramente humanas se abordan problemas que incluyen elementos ideológicos e incluso subjetivos, que permiten la construcción y aprehensión de la realidad.

Es apropiado especificar que al hablar de salud, estamos haciendo referencia al proceso de construcción de los individuos, quienes finalmente la viven, debido a que adquieren una identidad dentro de un mundo social que los pre-existe el cual cuenta con normas y sentidos determinados, y concretizados en las representaciones sociales que como menciona Moscovici (1988) son mecanismos necesarios para el establecimiento de identidades colectivas e individuales, por lo cual se requieren para la coexistencia y estabilidad social, es decir, el orden y la

dinámica de cada grupo de personas está creado y preservado a través de las representaciones sociales que tienen la función simbólica de guiar el comportamiento según el sentido que para cada persona tenga el mundo en que vive y con el que se relaciona.

De esta forma, se ha encontrado que tanto hombres, como mujeres se enfrentan a condiciones y sentidos de vida diferentes, hasta el punto de encontrar todo un mundo de posibilidades para el género masculino y otro muy distinto para el femenino, pues a pesar de que ambos géneros comparten un espacio físico no lo viven en equidad y reciprocidad.

Al considerar el tema de salud desde una perspectiva de género, se amplía el límite de acción de la Psicología como disciplina capaz de responder a la problemática social que representa la salud, al generar así, una explicación capaz de identificar diversos aspectos implicados en este fenómeno, logrando visualizar con mayor precisión las diferentes condiciones de vida, para hombres y mujeres, así como las representaciones sociales en que éstas se fundamentan y que a su vez propician una participación social y estados de salud particulares a cada género, además de que a partir de dicha explicación será posible modificar las situaciones sociales e individuales, generadoras de enfermedades.

En el presente, se pretende dar cuenta de la interrelación entre las representaciones sociales de género y la salud, ya que como establece Fernández (2001), es a partir de las primeras que se determinan expectativas y comportamientos específicos tanto para hombres como para mujeres, lo cual repercute en su forma de interacción social y sus estados físicos y psicológicos. Mora (2002) indica que el enfoque de las representaciones sociales ha sido considerado por algunos psicólogos como apropiado y útil para la indagación de los fenómenos sociales e ideológicos que posibilitan una estructura social específica al implantarse en la subjetividad de los individuos como una forma de sentido común.

El trabajo comprende tres capítulos, en el primero se presenta el enfoque de las representaciones sociales, cómo son concebidas, cuáles son sus funciones así como la forma en que éstas se concretizan. En el capítulo dos, se enfatizan las

representaciones sociales de género, identificando cuál es su participación en la instauración de las condiciones de vida para hombres y mujeres, con la finalidad de tener una perspectiva general de cómo el individuo y su práctica adquiere sentido con respecto a lo que socialmente ha sido legitimizado para él, ya que únicamente al conocer la forma en que se construyen las representaciones sociales, es posible modificarlas (Lamas, 1990).

En el tercer capítulo; se describe la manera en que es concebida la salud desde un ámbito social, haciendo hincapié en la salud mental, y la forma en que las prácticas anteriormente mencionadas, probabilizan o no situaciones de malestar mental, haciendo hincapié, en la situación de la mujer, debido a que es el grupo con mayor riesgo de incidencia en diversos trastornos.

Finalmente se analiza cómo la representación social de la salud, determina las prácticas de los individuos, además de considerar la manera en que cada individuo independientemente del género al que pertenezca, se apropia del deber ser impuesto en la representación, desempeñando así; un rol establecido que muchas ocasiones no está vinculado con el rol deseado, lo cual permea nuestro quehacer cotidiano, al igual que nuestros sentidos de ser y pertenecer, a pesar del deterioro que ello pueda generar.

Capítulo 1. Representación social de género.

1.1. Concepción de las representaciones sociales.

La perspectiva de las representaciones sociales implica el conocer los procesos de construcción de la realidad y la manera en que el conocimiento y las prácticas se constituyen y reconstruyen a partir de una forma particular de aprehensión y aprendizaje cultural de la misma, de esta manera, es posible definir las representaciones sociales como la red de conocimientos que posibilitan y delimita formas interactivas específicas, así como sentidos y fronteras de todo individuo.

A pesar de que se considera que éste enfoque fue propuesto por Moscovici (1961), se ha identificado la influencia que éste recibió para la postulación de los principios fundamentales de dicho enfoque, según Banchs (1999), en sus inicios al hacer referencia a las representaciones sociales se pretendía reformular en términos psicosociales el concepto durkheimniano de “representación colectiva”, con el cual se aludía a las formas de conocimiento o ideación construidas socialmente que no pueden explicarse como fenómenos de la vida personal o recurriendo a una psicología individual. Al acuñar el término de representación colectiva, Durkheim además de establecer las diferencias entre representaciones individuales (variables y conceptos efímeros) y colectivas (universales, impersonales y estables manifiestas en los mitos, religiones, etcetera) demuestra que lo colectivo no puede ser reducido a lo individual, es decir; la conciencia colectiva que consiste en un saber normativo común a los miembros de una sociedad trasciende a los individuos, al contener una fuerza coactiva, en la medida

en que cargan de significado la realidad, es decir; la representación tiene valor en sí misma, a pesar de que requiere de la sociedad para preservarse.

Para Durkheim, el conjunto de “representaciones colectivas conforman el sistema cultural la estructura simbólica, la cohesión social de una sociedad” (Mora, 2002 p. 6) por lo que dan sentido a un grupo instituido de significados, a partir de los cuales la sociedad, sus individuos y prácticas adquieren una identidad tanto individual como social, a través de la interacción en la que los actores sociales (individuos y grupos) se apropian del significado aceptado por la sociedad. Estas representaciones cuentan con tres elementos básicos que son:

1. La Normatividad legitima: que es el deber ser en cuanto la fijación de los límites y el bien como parte de lo deseable, como lo que nos hace posible desear, a este respecto es posible hacer referencia que existe un deber ser delimitado según las características biológicas de hombres y mujeres.
2. La Externalidad que hace referencia elementos que van más allá de las manifestaciones individuales, por lo que se establece que nos permitan ordenar el mundo
3. La Intersubjetividad definido como el conocimiento compartido que dentro del marco de salud, se identifica en las prácticas comunes realizadas frente a los problemas de salud y que han sido transmitidas de generación en generación.

Tuvieron que pasar varios años para que Moscovici retomara estos planteamientos, a este respecto. Alvaro (1995) considera que el concepto de

representación social, difiere del concepto de representación colectiva debido a que el primero tiene un carácter más dinámico, a partir del cual se desarrolló una teoría de la psicología social con una marcada tendencia sociológica, la cual se hace evidente al observar que los trabajos de Durkheim fueron la principal influencia de Moscovici quien estudiaba los aspectos ideológicos y de construcción social para la explicación de fenómenos psicológicos.

Flores y Díaz (2001) señalan que al analizar los fenómenos sociales a partir del enfoque de las representaciones sociales se logran identificar las estructuras de las interacciones y prácticas sociales, derivadas de un orden social determinado, este enfoque posibilita una aproximación al significado que un conjunto de personas con valores y creencias específicas otorgan a sus actividades, así como la interpretación de procesos en los que intervienen factores afectivos, cognitivos, ideológicos y sociales que integran y participan en la construcción de la identidad de género.

Las representaciones sociales son definidas como “los sistemas de valores, ideas y prácticas, que mantiene una sociedad, y cuentan con dos funciones: la primera de ellas es establecer un orden que capacite a los individuos a orientarse a sí mismos, dentro de un mundo social y material, para así dominarlo; la segunda función radica en hacer posibles la comunicación entre los miembros de una comunidad proveyéndolos de un código de intercambio social y otro para nombrar y clasificar, sin ambigüedades, los varios aspectos de su mundo y su historia individual y grupal” (Moscovici, 1988 p. 466).

1.2. Significado y proceso de construcción de las representaciones sociales.

Por medio de las representaciones sociales que unifican el conocimiento en términos de estereotipos o roles, el mundo y sus componentes adquieren sentido, al configurar un sistema de pensamientos y sentimientos en los individuos, quienes, en la medida en que construyen y aprehenden dichos sentidos, es como se van constituyendo un significado de la actividad y el ser individual (identidad), además nos permiten la interacción social al **legitimar, definir y orientar ciertos pautas de comportamiento** afectivo y normativo que organizan la comunicación social, asimismo posibilitan la comprensión de los elementos u objetos nuevos que se presenten a lo largo de la vida, pues a partir de su vinculación con experiencias y significados pasados, es posible dotar de sentido a las situaciones y objetos novedosos, es con base en ello, que se ha determinado el carácter dinámico de las representaciones sociales, tanto colectiva como individualmente.

Moscovici (citado en Banchs, 1999) identificó tres formas en que las representaciones pueden ser sociales en función de las relaciones entre los miembros de un grupo, esto es, a partir de la acción e interacción entre individuos es que se crean las representaciones, a pesar de que lo primero, está justificado en ellas.

La primera forma de representación social se presenta cuando es compartida por todos los miembros de un grupo, sin que haya sido producidas por el mismo, éstas prevalecen implícitamente en las prácticas sociales y parecen ser muy uniformes y coercitivas. El segundo tipo de representaciones considera a las que se generan

como producto de la transmisión de conocimientos e ideas pertenecientes a diversos subgrupos, que están en contacto y quienes re-crean sus propias representaciones modificándolas y adaptándolas a un sistema más complejo, por lo que se ha señalado que cuentan un grado de autonomía y finalmente se encuentran las representaciones originadas a partir de conflictos o controversias sociales las cuales no comparte del todo la sociedad debido a que están determinadas por relaciones antagónicas entre sus miembros e intentan ser mutuamente excluyentes.

Los individuos nacen así, en un mundo ya establecido que contiene normas de interacción y sentidos definidos, es decir; cuenta con todo un conjunto de representaciones sociales especificadas y continuadas por medio de la cultura y la socialización de la que son sujetos aquellos que se integran al sistema social (Bernal, 2004 citado en Massolo, 2004), por lo que podemos decir que las representaciones sociales se constituyen en la realidad social, debido a que se fundamentan en las prácticas y fenómenos recurrentes, es decir; siempre están vinculadas o hacen referencia a un objeto, manteniendo una relación de simbolización e interpretación con y de los mismos

Moscovici (1988) señala que una representación social permite integrar los elementos nuevos del ambiente, y se constituye en dos dimensiones:

- La Información: se refiere al volumen de conocimientos que el sujeto posee de un objeto social, a su cantidad y calidad, de tal forma que puede ser entendida como los sentidos que para el individuo tiene el mundo, debido a que éste conoce una multiplicidad de objetos con los que establece contacto a lo largo de su vida, los cuales componen las situaciones y prácticas de las

que forma parte, de tal manera que al conocer un objeto, y con base a su experiencia previa, él interpreta y se apropia de las representaciones sociales que de él se generen.

- La actitud: que manifiesta la orientación que el individuo tiene frente a los significados de los objetos, es decir, hacia el objeto, ésta puede ser positiva o negativa dependiendo de la evaluación o afecto que se tiene hacia determinado objeto. Las actitudes se componen por ende de elementos afectivos y cognitivos en su composición. Finalmente cabe recalcar lo ya establecido por Banchs (1999) acerca de que las raíces de las actitudes no están en los individuos sino en las estructuras sociales y de grupo de las que los individuos forman parte, lo cual implica que la sociedad también determina las representaciones sociales actitudinales aceptadas o no con respecto a los objetos, los individuos de esta forma aprenden sus actitudes en la interacción social.

Por tanto el conocer una representación social implica determinar qué se sabe (información-representación-significados) se cree y cómo se interpreta dicha información o significado de algún objeto o situación, para posteriormente actuar en consecuencia de dicho conocimiento (actitud).

Jodelet considera que las representaciones son una forma de conocimiento social, un saber del sentido común constituyéndose en "...modalidades de pensamiento práctico orientado hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal..." (Moscovici, 1988. p. 472) dichas modalidades permiten a los sujetos interpretar, dar sentido a lo inesperado,

clasificar las circunstancias, los fenómenos y los individuos, permitiendo actuar en consecuencia, a partir de esto, es como se aprehenden los acontecimientos de la vida diaria, lo que sucede en el medio ambiente, las personas que hacen parte del entorno próximo o lejano, estas representaciones se constituyen a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, educación, la comunicación y la cultura.

A pesar de que las representaciones sociales permiten el establecimiento y la continuación de un orden social, posibilitando la coexistencia y estabilidad social, éstas no se definen como una simple reproducción pasiva de un exterior en un interior, ya que los individuos no se limitan a apropiárselas y perpetuarlas sin modificación alguna, ya que esto implicaría una inmovilidad e inflexibilidad social insostenible, por lo cual se considera que cada individuo participa, crea y re-crea las representaciones sociales, al formar parte del imaginario tanto individual como social.

Las representaciones sociales se construyen en cinco dimensiones individuales y sociales diferentes que se deben tomar en cuenta como medios de transmisión de las mismas:

1. La primera se refiere a la actividad puramente cognitiva, con una dimensión de contexto y una de pertenencia, en donde un individuo se encuentra inmerso en una situación o un estímulo de interacción social y la representación aparece como un caso de cognición social.

2. La segunda pone énfasis en los aspectos significantes de la actividad representativa en la que el individuo es capaz de expresar el sentido que da a su experiencia social, sin embargo, este significado aún no se desliga de lo socialmente establecido, por lo que la representación es considerada la expresión de una sociedad determinada
3. La tercera considera a la representación desde una dimensión discursiva: esto es; la representación es una forma de discurso que se desprende de la práctica de los individuos de una sociedad. Sus propiedades provienen de la situación de comunicación, de la pertenencia social de los sujetos que hablan y de la finalidad de su discurso, este elemento es bien ejemplificado en los discursos que se presentan en los ámbitos políticos y en los medios de comunicación quienes a partir de la comunicación que establecen, emplean y manipulan las representaciones sociales según beneficios personales.
4. La cuarta dimensión hace referencia a la práctica social del individuo la cual está influenciada por el lugar que ocupa en la sociedad, esto puede verse con las madres y padres quienes según su rol de progenitores deben cumplir con ciertas prácticas sociales para que su cualidad como padres cobre sentido.
5. El quinto elemento plantea las relaciones intergrupales las cuales determinan la dinámica de las representaciones, sin embargo esta es una dimensión que implica el intercambio social en diferentes estratos sociales.

De esta forma, es importante el considerar el papel de la sociedad como creadora de las representaciones sociales, debido a que éstas últimas adquieren una dimensión desmedida, hasta el grado de forjarse como una autoridad per se, en la medida en que la sociedad las preserva a través del tiempo, sin analizar su funcionalidad y necesidad para la estabilidad de sus individuos, quienes ven posibilitado su desarrollo a partir o a pesar de ellas, si bien es cierto que todo grupo cuenta con normas y significados a través de los cuales se organiza, también es loable cuestionar dicho orden.

Para lograr una mejor comprensión de las representaciones sociales, se hace necesario el identificar los procesos objetivos mediante los cuales los individuos las aprehenden y que al mismo tiempo constituyen su estructura.

Según los planteamientos de Moscovici y Jodelet existen dos procesos mediante los cuales se forma la representación social (Flores y Díaz, 2001), el primero de ellos es la objetivación por medio del cual se concreta y materializa el conocimiento en objetos concretos, permitiendo así el transformar ideas en un conocimiento accesible a la práctica cotidiana, por medio de tres pasos (Moscovici, 1976, citado por Páez, 1987):

- a) La *construcción selectiva*: Que se presenta cuando se selecciona información específica con respecto a un objeto descontextualizándolo de cualquier sistema de pensamiento manifiesto en los discursos y dimensionándolo en un contexto de significaciones propias, realizadas además en función de criterios

culturales y normativos, al retener de forma selectiva algunos elementos que se organizan libremente, según lo determine el individuo.

- b) *Contrucción de esquema figurativo* de pensamiento en el que el discurso se estructura y objetiviza en un esquema de pensamiento, sintético, simple, concreto, que está formado de imágenes vividas y claras, así, los conceptos teóricos se constituyen en un conjunto gráfico, coherente que permite comprenderlos en forma individual y en sus relaciones.
- c) *La Naturalización*: que se presenta cuando la representación social se transforma de representación conceptual, abstracta en expresión directa del fenómeno presentado, con lo que se establece una transformación de los conceptos en categorías sociales del lenguaje que expresan directamente la realidad: “toman vida automáticamente”.

La segunda fase es el anclaje o proceso de inserción de las representaciones en las relaciones intergrupo o en las representaciones pre-existentes cuando la representación o el conocimiento se inserta dentro de un pensamiento constituido” (Jodelet, 1984, citado en Flores y Díaz, 2001. p. 253).

Este proceso implica la integración cognitiva del objeto representado desde el mismo sistema de pensamiento. El anclaje articula tres funciones básicas de la representación: la función cognitiva de la integración de la novedad, la función de interpretación de la realidad y finalmente la función de orientación de las conductas y las relaciones sociales (Jodelet, 1986 citado en, Mora, 2002).

El proceso de anclaje se descompone en varias modalidades que permiten comprender la forma en que se confiere significado al objeto representado, haciendo relación al sentido que se le otorga a la representación, cómo se utiliza la representación en tanto sistema de interpretación del mundo social marco e instrumento de conducta, así como la manera en que se opera su integración dentro de un sistema de recepción y la conversión de los elementos de este último relacionados con la representación.

El proceso del anclaje que sirve para guiar los comportamientos conlleva los siguientes pasos:

- El anclaje como inserción en las relaciones de grupo. El sistema de conocimiento de la representación se ancla en la realidad social, atribuyéndole una funcionabilidad y un rol regulador de la interacción grupal.
- El anclaje como inserción en los sistemas cognitivos preexistentes. Al entrar una representación en contacto con los sistemas de representaciones sociales preexistentes entra a innovarla y modificarla. El anclaje actúa como una asignación de sentido de la representación social y como un proceso de instrumentalización del saber social. La representación social se transforma en un marco de interpretación de la realidad y ayuda a construirla.

A través de la estructura de las representaciones sociales, se genera además de su normativación al establecerse como el patrón “normal” y adecuado a seguir

dentro de la sociedad, su institucionalización que es el mecanismo por medio del cual una representación social se instaura y se reconoce como constituyente de una ideología que determina de forma ocasionalmente automatizada las formas de acción y de pensamiento de los individuos que componen determinada sociedad, dicho aspecto es analizado a continuación.

1.3 Institucionalización y reproducción inconsciente de las representaciones sociales a partir de la socialización.

En la investigación social Banchs (1999) identificó que al parecer muy pocas personas se han percatado de que el mundo en el que vivimos es una construcción social, y no sólo eso, sino que además no han analizado el sentido y las posibilidades que representan, lo cual se explica debido a que no se percibe esta construcción o imaginario social como tal, al participar activamente de dicha construcción Moscovici (1988) señala que vivimos creyendo que vivimos en un mundo que es así, porque otros lo definieron así para nosotros, antes que nosotros o por encima de nosotros, lo cual implica que muy pocas veces se creen relaciones, formas de actuar, pensamientos e incluso sentimientos a partir de un proceso deliberado que incluya la reflexión, se vive sin ser conscientes del sentido del vivir mismo.

Sin embargo ¿qué fenómeno explica esta alineación y alienación a las representaciones sociales y construcciones realizadas por grupos de poder? La respuesta a dicha interrogante reside en la cualidad de rutina que tiene nuestro

quehacer social, y es ahí donde interviene la institucionalización de las representaciones sociales contenidas en la ideología.

Se considera que la institucionalización está precedida por la habituación, que implica que un acto sea repetido con frecuencia, creando una pauta que con el paso del tiempo pueda reproducirse con economía de esfuerzos y que es aprehendida como pauta para el que la ejecuta.

Por medio de la habituación la representación social y las pautas de comportamiento que ésta justifique se convierten en una rutina que como tal restringe las opciones de (seleccionar) y torna innecesario definir cada situación de nuevo. Así "... la institucionalización aparece cada vez que se da una tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores" (Berger y Luckman, 1991 p. 76).

Las instituciones son, por lo tanto, objetivaciones -o naturalizaciones según nuestra explicación de la estructura de las representaciones sociales- que cumplen el papel de regular y orientar los comportamientos humanos, convirtiéndose así en ordenadoras del mundo social, tienen fuerza normativa en tanto se experimentan como existentes por encima y más allá de los individuos a quienes "acaece" encarnarlas en ese momento... se experimentan ahora como si poseyeran una realidad propia, que se presenta al individuo como un hecho externo y coercitivo.

Las construcciones sociales requieren de procesos de objetivación y anclaje a fin de ser transmitidas a una nueva generación y éste es el lugar que ocupan las

instituciones en tanto se experimentan como realidad objetiva. Tres momentos constituyen el proceso dialéctico entre el hombre productor y el mundo social como producto de la misma actividad del hombre: La externalización que es entendida como el proceso por medio del cual las instituciones aparecen fuera del individuo, persistentes en su realidad "están ahí", existen como realidad externa, es decir, a pesar de que el individuo no las comparta, éstas se mantienen en la institución, manifestando y proclamando su independencia y poder sobre él, quien se encuentra fuera de ellas momentáneamente, pero que a partir de su interacción sociales y las demandas que ella le generen ira aprehendiendo por medio de la objetivación y el anclaje dichas formas de conceptuar y dar sentido a sus prácticas, a sí mismo y a los demás.

Cabe señalar que para Moscovici (1988) durante el proceso de anclaje a través de la habituación en que el individuo se integra totalmente al orden institucional; los sentidos, las representaciones sociales y quehacer significativos para otras personas, se vuelven subjetivamente significativos para los individuos, aún cuando no se haya considerado el origen de dicha significancia.

La socialización es un proceso complementario a la institucionalización. Para que las instituciones mantengan su vigencia, éstas deben ser asumidas por los nuevos miembros de la sociedad. Comprende dos fases:

- Socialización primaria: el niño o la niña adquiere capacidad de actuación, modelos de relevancia y lenguaje, en la mayoría de los casos de la familia.

- Socialización secundaria: la persona añade diferentes papeles sociales (profesión, roles conyugales).
- Como se puede intuir todo individuo en el transcurso de su vida desempeña diferentes roles sociales, establecidos a partir de las representaciones que cada sociedad mantiene, sin embargo éstos no se presentan de forma fortuita y descontextuada, en la que el individuo decida el sentido que le va a dar a su vida, sin tener referentes que de alguna forma le delimiten, pues existe una distinción, podría plantearse universal, con respecto a las exigencias y roles a desempeñar, esta es la distinción de género que más allá de la simple diferenciación biológica, contempla una red de significaciones socio-culturales, que imponen y proponen las formas de vida particulares, por lo que es importante identificar las representaciones que se tiene con respecto al género.

En resumen; se puede señalar que las representaciones sociales constituyen un modelo de aproximación a la realidad basado en el análisis de lo cotidiano y los sentidos construidos socio-culturalmente, a partir de los cuales se dota de sentido a las personas y al grupo social al que pertenecen, estableciendo identidades colectivas e individuales que contienen una red compleja de representaciones, cada una de las cuales funge como el instrumento y concreción de las normas, ideologías, pautas de acción, comportamientos e interacción, que delimitan el “ser” y por ende las formas de vida. Con base en las representaciones sociales, que engloban el conocimiento permitiendo la aprehensión del mundo y de lo que en él existe, se implanta el orden necesario para la convivencia y supervivencia,

sin embargo, para la preservación de dicho orden, es indispensable que los habitantes de una comunidad se apropien de las significaciones que el resto del grupo comparte y mantenga, para lo cual a lo largo del desarrollo, los individuos se enfrentan a un proceso formativo que incluye dos mecanismos, el primero de ellos es la objetivación que materializa el conocimiento en objetos concretos y el segundo es denominado anclaje en el que se establecen pautas de comportamiento con base al conocimiento objetivo, toda vez que las representaciones han sido interiorizadas a través de la rutina y la habituación, las personas las mantienen sin analizarlas, reproduciéndolas de forma inconsciente, generando así perpetuar condiciones y estilos de vida particulares, sin considerar la validez o invalidez con que cuentan.

Capítulo 2. Género y quehacer desde las representaciones sociales.

2.1. Significado de género e implicaciones.

La sociedad genera posibilidades de acción, pautas de comportamiento y sentidos, sin embargo; estas pautas no se presentan en el vacío, ya que se establecen según el género de las personas, y es por medio de las representaciones sociales que los individuos se apropian de la realidad, constituyendo parte de su estructura simbólica. Flores (2000) señala que en la interacción social contextualizada, se adquiere una percepción y una identidad propia, lo cual implica que existe una categoría de género que aborda la subjetividad como una construcción psíquica-cultural donde la sociedad asigna a sus individuos con respecto a sus órganos sexuales, los cuales parecen ser condicionantes funcionales con respecto al rol que deben desempeñar.

Mancilla (citado en Flores, 2001) considera que a partir de la cultura las sociedades en un momento histórico, manifiestan diferencias “de género”, entre hombres y mujeres las cuales se cifran no únicamente en un plano biológico, sino también en uno cultural, así; se puede hablar de que esta categoría es una construcción sociocultural. La cultura forma una red de significaciones que pasan a través de un proceso de construcción social sobre la cual se sustenta el “deber ser”.

Sin embargo, Lira, Saltijeral y Caballero (citados en Lara 1995) afirman que el concepto de género hace referencia a una construcción simbólica mediante la cual se considera que ciertas características pertenecen a uno y otro sexo, cuestionan

la forma en que socialmente se presentan y son naturalizadas las representaciones sociales, pues únicamente se suscriben a los aspectos meramente biológicos y sexualmente dimórficos entre los seres humanos, ello complejiza la comprensión de las representaciones sociales de género al manipularse por medio de la dimensión discursiva que establece el género a partir del sexo sin contemplar su aspecto cultural.

Se hace necesario incluir el sistema sexo-género a través del cual se instauran formas y sentidos de vida que históricamente concretiza relaciones de desigualdad y una situación de discriminación y marginación hacia las mujeres. Este sistema fue descrito por Rubin (citado en Flores, 2001) y permite establecer la distinción entre sus componentes, y así clarificar el sentido de las representaciones sociales.

El término sexo hace referencia a la descripción de la diferencia biológica entre hombres y mujeres y no establece necesariamente los comportamientos de los individuos. El género por su parte, es un término que designa lo que en cada sociedad se atribuye a cada uno de los sexos, aludiendo a la construcción social del hecho de ser mujer y hombre, a la interrelación entre ambos y las diferentes relaciones poder / subordinación en que estas interrelaciones se presentan, por lo que es aprendido, y por ende susceptible al cambio.

2.2. Asignación y roles de género.

Flores (2000) considera el género como una categoría que se dimensiona en tres niveles diferentes que la componen:

- *La atribución o asignación de género*, este componente se encuentra en un nivel biologicista que responde a un criterio de identificación (hombre-mujer), dicha atribución en un primer momento es realizada por los médicos y familiares del recién nacido. Esto se relaciona con lo mencionado por Capo (1998, citado en Banchs, 1999) acerca de que se reconocen las características fisiológicas diferenciales entre hombres y mujeres, las cuales sirven como criterio de identificación de un sujeto y determina el núcleo de su identidad de género; a partir de este dato la familia se ubica produciendo relaciones, situaciones y campos de acción específicas.
- *La identidad de género* es un nivel en el que confluyen factores biológicos y psicológicos articulándose como señala Lara (1995) a partir del descubrimiento de los genitales, pero con el curso del desarrollo individual, se complejiza en la medida en que se insertan en las representaciones socialmente instauradas.
- *Rol de género* que es el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos adecuados socialmente para los individuos de cada género, este nivel es más funcional socialmente ya que en él se determina el quehacer que como hombre y mujer se deben llevar a cabo. Se establecen patrones como masculinidad-

feminidad, de esta forma el cuerpo recibe una significación sexual que lo define como referencia normativa inmediata para la construcción en cada sujeto de su masculinidad o feminidad, y perdura como norma permanente en el desarrollo de su historia personal.

Los roles de género, prescriben a través de la transmisión generacional de las representaciones sociales, el comportamiento humano y establecen diferencias, que van más allá de las biológicas, y tienden a beneficiar a los hombres frente a las mujeres; para dar cuenta de ello, a continuación se especificarán los roles que desempeñan tanto las mujeres como los hombres a partir de los cuales tienen formas de interacción específicas, en la sociedad en la familia, con respecto a su propio sexo, al sexo contrario, ante los hijos, incluido en ello determinadas particularidades psicológicas atribuidas y aceptadas, así como los límites en cuanto al modo de desarrollar, comprender y ejercer la sexualidad.

2.3. Dimensiones del término género: Masculinidad y Feminidad.

2.3.1 Formas de interacción y relación interpersonal entre géneros.

Los roles de género estructuran las interacciones entre hombres y mujeres, sin embargo estas formas no se constituyen en los individuos desde su nacimiento, sino que son las personas mayores quienes en su relación con los bebés van marcando las diferencias correspondientes según su sexo, de esta forma se les prepara para pensar y actuar uniformemente, según la norma social (Moscovici, 1988).

Por ello se dice que es en la experiencia y en la socialización primaria principalmente que se introyecta el rol que ordena la subjetividad de un individuo; incluso Flores (2001) comenta que entre los tres y seis años los individuos ya se conciben a sí mismos como pertenecientes a un género y con base en ello es que establecen relaciones de complementación con individuos del sexo opuesto y de identificación con los miembros del mismo sexo.

Para Saavedra (2004), las representaciones sociales acerca de lo que significa ser hombre o mujer, propias para una cultura, se incorporan a la subjetividad individual en creciente y activa elaboración. Así, la asunción de un determinado rol (transmitido por la ideología y las prácticas sociales) hace que también asignemos otro complementario al género opuesto configurándose nuestras expectativas en este sentido; la forma en que estas representaciones se transmiten es principalmente por subordinación, ya que en las interacciones, un grupo o personas les indican a las demás las formas de comportamiento aceptado, es decir, los niños que aún no cuentan con la capacidad de reflexionar acerca de sus prácticas y sentidos, se las apropia prácticamente por subordinación y es hasta que éste crece tiene la posibilidad de modificar dichas representaciones, toda vez que éstas han sido ancladas y objetivadas.

La socialización primaria en la construcción de la identidad, es imprescindible reconocer la influencia del núcleo familiar como un poderoso transmisor cultural, así, a las niñas se les trata con delicadeza, se le imponen juegos que no requieren de un esfuerzo físico mayor, de hecho desde ellos se les prepara en su desempeño social posterior, al considerar preferente juegos que implican realizar

actividades maternas, como lo es el jugar a la mamá, a la “comidita”, a la maestra, etcétera. Los padres les proveen los instrumentos necesarios para el desarrollo de estos juegos, que posibilitan la aprehensión de sus roles. Algo relevante para nuestro estudio es que desde esos momentos tan tempranos la niña desempeña actividades que tienen que ver con el cuidado de los otros, el estar al servicio de alguien más, así; su actividad sólo cobra sentido en la presencia del otro, lo cual las coloca en una situación de desigualdad frente a los niños, el necesitar de otros que confirmen su valor. Las niñas además deben tener un lenguaje más propio que los niños, a quienes se les consiente un lenguaje más “coloquial”. A los niños por su parte se les incita a desempeñar juegos que impliquen actividad física abundante, en los que constantemente compitan, para conseguir supremacía dentro de un grupo, se les permite ser más activos, sus actividades están encaminadas a la consecución de metas, que no competen a nadie más o que en su defecto el principal beneficiario son los niños, quienes se confirman por si solos (Cohrane, 1982).

Cabe mencionar que en las familias se educa a las niñas para que conforme crecen adopten el papel que desempeña la madre, es decir; las mujeres, al ser hijas y hermanas, se deben consagrar a las labores del hogar y a atender a aquel ser que les confiere sentido, de hecho la educación formal de la mujer no es considerada relevante para su desenvolvimiento social, en una edad adulta ya que lo de más valía es que ella se case, para lo cual es entrenada durante su estancia en el hogar paterno, en tanto a los hombres se les presentan mayores posibilidades para estudiar, ya que esto es la base de su futuro, al enfrentarse con la búsqueda de un empleo que no únicamente le permitirá la manutención de su

familia, en caso de que decida conformar una, sino que además le de un status social reconocido; con lo anterior se hace explícito que existen diferencias entre la familia, cuando existen hermanos de distinto género.

Grela y López (2001) consideran que las relaciones que desarrollan las mujeres se basan en la dependencia afectiva por lo que anidan la necesidad de vínculos protectores que se hacen manifiestos en el ser hija de familia en una primera instancia, para posteriormente pasar a ser madre de familia, de tal suerte que no concibe un proyecto de vida que no incluya la convivencia en pareja, pues según señalan sería emocionalmente intolerable, al verse a ella misma dueña de sí y a la deriva, sin el yugo protector de los otros; esto se apoya en que no cuenta con antecedentes ni historia social que la valide habilite y valore por sí misma, es decir, tienen un papel de “dadora” incondicional. Al respecto Lara (1995) comenta que las expectativas de género hacia las mujeres son comportarse de manera sumisa, y sus actividades únicamente cobran sentido al convertirse en madres (amas de casa), esto es de suma importancia ya que parece que el destino de toda mujer que pueda considerarse como tal es el ser madre, ya que de no ser así se convierte en todo, menos en mujer, ella no tiene valor ni reconocimiento por sí misma: “ser mujer es ser madre” (Burín, 1996 p. 94).

Dimauro (1995) señala que de forma evidente la identidad del género masculino está no únicamente constituida sino basada en la maternidad, en una maternidad que exige, y delimita el quehacer de la mujer, y que finalmente no es reconocida como debiese.

Este orden de las cosas, logra comprenderse en la medida en que nos desenvolvemos en una cultura patriarcal que busca preservar su oligarquía, ella

está basada en la razón que es por excelencia el instrumento por medio del cual se gobierna la sociedad, dejando de lado los afectos, sin embargo, es importante que las mujeres los expresen y concreten en la educación de sus hijos, pues son las encargadas de formar a los “hombres del mañana” con valores y normas, es decir, se les adjudica una gran responsabilidad con respecto al curso y desarrollo de una sociedad, a pesar de que su labor es minimizada.

La masculinidad tradicional se encuentran muy asociada a la fortaleza tanto física como espiritual, a la agresividad y actividad profusa, al buen desempeño, la excelencia, la rudeza corporal y gestual, la violencia, la agresividad, la eficacia, competencia así como el ejercicio del poder, la dirección y definición de reglas, invulnerabilidad. La independencia, seguridad y decisión indican fortaleza espiritual, unido a la racionalidad y autocontrol.

La feminidad tradicional se asocia a la contradicción maternidad-sexualidad tranquilidad, sacrificio, dolor, al borramiento de la identidad personal para integrarse a la identidad de otros. La maternidad se convierte en la exigencia social que da sentido a la vida de la mujer, el eje de la subjetividad femenina, de su identidad genérica y personal. A partir de aquí se le atribuyen características como la sensibilidad, expresividad, docilidad, menos agresiva, se le atribuye además la generosidad, dulzura, prudencia, receptividad, su identidad se encontrara más conectada a la relación con los otros, su comportamiento es menos competitivo, expresando su poder en el plano afectivo y en la vida doméstica.

Así, socialmente, el rol femenino ha estado constreñido a la esfera la vida privada concretamente al cuidado de los miembros de la familia y a la atención de las tareas domésticas (Blasco y Serra, 1994) Este plano privado es asociado al afecto, al amor, la pareja, la familia, la maternidad, al cuidado, a lo emocional, a la reproducción de la vida cotidiana, al trabajo "no productivo" y, por tanto, no remunerado, no visible ni tangible, asimismo se le relaciona con el tedio, lo repetitivo, lo rutinario.

Granados y Ortiz (2003) al respecto mencionan que en múltiples ocasiones a la mujer se le considera débil y es por ello que se le permite la expresión de sus sentimientos, pues al pertenecer al mundo privado cuenta con el poder de los afectos, lo cual legitima que exprese lo que siente, al menos eso se plantea en el discurso, no así en la práctica, pues al ser para los otros, no se concibe que ella tome tiempo para sí misma y pierda tiempo para atender y cuidar de los demás, por lo cual cuando realiza acciones encaminadas hacia su cuidado y satisfacción puede ser juzgada. El rol tradicional femenino se caracteriza ante todo por estar centrado en el interés y cuidado de las relaciones íntimas.

En la socialización en la que se toma en cuenta el contacto íntimo y la expresión de los sentimientos, se les permite a las mujeres sólo de forma contenida, de forma tal que no afecte a aquellas personas que se sirven de ella, porque su naturaleza es el sacrificio por el otro, es ser afectiva, sensible, articulada a su "esencia maternal" deben entonces ser del hogar, fundar y amar a su pareja y su familia (Flores, 2001).

A este respecto se identifica un factor adicional a la representación social del ser mujer, pues debido a que se le considera dueña del ámbito afectivo, es ella a quien se le confiere la obligación de mantener las relaciones de afecto, considerándoseles las responsables de su conservación. En el amar y querer está implícito el sacrificar, esto conduce a reflexionar sobre la red de significaciones sociales que mantiene y posibilita las condiciones y el orden de toda sociedad, pues el afecto también es una construcción social, apropiada por los individuos, quienes preservan y dan sentido a la sociedad.

A este respecto es posible identificar que la sociedad mantiene un doble discurso acerca de la importancia y el papel del afecto dentro, pues en un momento específico se le valora, e incluso se le llega a considerar como invaluable debido a sus alcances y posibilidades, y en otra circunstancia o momento, se le desvaloriza o minimiza, hasta el punto de negarlo imponiendo como único criterio de valor a la razón y la objetividad imposible en el sentir; de hecho la ciencia colocada en la cúspide de las actividades del hombre, a través del positivismo que es la ideología preponderante en ella, no únicamente niega a los sentimientos, sino que los reprueba dentro de sus códigos y pautas de acción.

Así, al ser las mujeres primordialmente “sentimentales” hasta el grado de denominárseles “cursis”, no son capaces para desenvolverse en un mundo ajeno que intenta ser objetivo, este sentido de las cosas indiscutiblemente genera condiciones de desigualdad hacia las mujeres, a quienes siempre se les ha exigido llevar las riendas de la educación de los hijos, la atención a enfermos,

ancianos, al esposo, brindar afecto, desde su condición de madres - esposas, protectoras, sacrificadas, orientadas a los demás a la vez que dejando de ser.

Sin embargo, este quehacer no ha sido, ni lo es hoy, suficientemente valorado por la sociedad e incluso más bien devaluado y tratado como lo cotidiano, lo afectivo, a lo cual se añade que desde las asignaciones culturales la mujer lo vive y experimenta como sacrificio, como lo no calificado, con culpas y no siempre como realización.

Se ha señalado que el amor es una representación social importante que afianza a su vez las representaciones de género, pero también el dinero; lo económico es una representación que preserva la desigualdad. Entonces el dinero se presenta como un valor fundamental social, y así; se le adjudica un valor similar a la productividad de riquezas, de ganancias, a lo racional, lo creativo, lo verdadero. Se trata aquí del trabajo "socialmente útil", de la participación en instituciones u organizaciones sociales. Esto se ha asociado al poder económico, a la excelencia, la capacidad y el buen desempeño, a la competitividad que genera el mercado del trabajo donde se demanda razón, precisión, creatividad, triunfo, este ámbito ha sido protagonizado por los hombres, quienes también por "naturaleza" cumplen con estas características.

La desigualdad de poder en la familia se percibe al observar que dentro de una familia es el hombre quien ostenta el poder de la misma, debido a que éste trabaja y aporta dinero al hogar, incluso a pesar de que la mujer trabajase, debido a que ella pocas veces tiene acceso a trabajos bien remunerados que no vallan más allá del "servicio al otro" no cuenta ni siquiera con una situación de igualdad de poder

dentro de la familia, debido a que son socialmente los hombres quienes disfrutan de mejores empleos, de salarios más elevados, de menor desempleo, poseen mayor representación pública y un status social más elevado. La magnitud de las diferencias es tal que no se hablan tanto de diferencias como de desigualdades.

En el plano laboral y público según Burín (1996), se suele considerar a las mujeres como si tuvieran un potencial más bajo para los puestos de trabajo que exigen mayor dedicación y esfuerzo intelectual, además de que son objetos de menor valía para quienes las emplean, esto nos presenta un panorama general del por qué la falta de equidad en cuanto a oportunidades de crecimientos existe entre hombres y mujeres, aunado a ello habría que agregarse que debido a que el eje que dota de sentido a la mujer es el ser madre, el trabajo es visto como una actividad adicional, y no nuclear en la vida de las mujeres, a diferencia de cómo se presenta en los hombres, por lo que las mismas mujeres no le dan tanta importancia a su desarrollo en este ámbito, además de que en caso de hacerlo, son juzgadas socialmente como egoístas y por tanto rechazadas, por no cumplir con las expectativas que se tienen sobre ella. Lo anterior genera que la mujer que trabaje fuera del hogar, también tenga que hacerlo dentro de él, lo cual genera una sobrecarga de actividades, que le dificultan aún más el dedicarse a ella misma.

Para Saavedra (2004), el ámbito laboral no está exento de una distinción de género, pues al igual que en torno a otros objetos socialmente significativos, dentro de él se estructuran un conjunto de ideas y representaciones sociales e ideológicas que si bien están determinadas por un contexto, se recrean y perpetúan modos de interacción para hombres y mujeres; a partir de esta premisa se ha encontrado que la participación laboral de los hombres y mujeres está

condicionada por estos sistemas representacionales de género, las cuales han sido objetivadas hasta el punto de considerárseles como algo “natural”, a partir del anclaje e interiorización posibilitados en los procesos de socialización y aprendizaje.

Tales representaciones han incidido en la forma en que hombres y mujeres se han incorporado al mercado de trabajo y en la estructuración de la propia organización laboral, la cual se encuentra segmentada incluso en función del género, de modo tal que el área de servicios es ocupada por el género femenino, mientras los puestos ejecutivos y administrativos por los hombres.

Para Cigarini (1996, citada en Saavedra, 2004), las mujeres aún en medio de un sin número de dificultades para ingresar al ámbito laboral y a al plano público, actualmente se vive un cambio con respecto a su inmersión en esta área, que es vivida como una experiencia de nacimiento y liberadora más allá de el incremento en exigencias que ello genera al tener que cumplir con sus roles domésticos y laborales, ya que las mujeres ven en el trabajo una posibilidad de manifestarse o de iniciarse en una experiencia que estaba vedada y que al mismo tiempo les produce un sentimiento de realización personal mediante la valoración de su trabajo diario, esto se presenta de forma diferente para el género masculino, pues para ellos el trabajo a pesar de que es una actividad que produce cierto reconocimiento social, ellos consideran esta idea de libertad asociada a aspectos extralaborales, es decir, con la exención de la necesidad.

La razón de lo anterior se le ha adjudicado al valor o condición de obligatorio el trabajo formal, para los hombres, y en este sentido se podría explicar el porqué

para las mujeres los trabajos domésticos son tan poco apreciados por ellas mismas, mientras que el trabajo formal al ser una experiencia novedosa y finalmente reprobada socialmente, implique la liberación de los mandatos que la sociedad ha adscrito y que las recluían en el ámbito de lo doméstico.

Con ello, comienza a resquebrajarse ese orden social que confiaba a las mujeres gran parte del trabajo de reproducción, sobre el que se apoyaba todo el sistema productivo y social, así cuando las mujeres iniciaron sus demandas por incorporarse al ámbito laboral y expresaron su voluntad de aportar al mercado sus capacidades, su inteligencia y profesionalidad, sin embargo y como afirma Buttarelli (2001, citado en Saavedra, 2004) la función económica de la mujer, en virtud de un sistema de representaciones sociales construido en torno al género, continua guardando una relación muy estrecha con la evolución del ciclo de vida por el que atraviesa, según el estado civil, la presencia de un compañero, el nacimiento de los hijos o la edad de los mismos, las diferencias generacionales, etc. (Manassero y Ríos, 2000 citado en Saavedra, 2004). Por el contrario, la mayoría de los varones construye su perfil laboral independientemente de las transiciones en el ciclo de vida familiar, con relación a sus atributos individuales y en función del principio trabajo-ocio. En las sociedades orientadas hacia el trabajo, como la nuestra, se les hace saber que de ellos se espera que “se ganen la vida” cuando crezcan, esto se vincula con lo ya expresando con la situación de la educación pues desde una época relativamente temprana, los varones se enfrentan a poderosas presiones culturales, cuyo objetivo es producir un adulto económicamente independiente, sobre la base de algún tipo de trabajo.

Para explicar las representaciones de género en el trabajo y la modificación que éstas han sufrido a lo largo del tiempo, recurriré al proceso de anclaje señalado por Moscovici (1988) ya que consideró que éste se puede generar como la implementación de nuevas representaciones sociales a los sistemas cognitivos pre-existentes, innovándola y modificándola.

Este tipo de anclaje se observa en la inmersión a un plano público por parte de las mujeres, a pesar de ello, dicho cambio se produce como respuesta a una exigencia o necesidad real generada por el sistema capitalista y la globalización que han devenido en una falta de empleos y nuevas formas de interacción que impelen a las mujeres a salir de su hogar para ayudar a la manutención de los mismos, por lo cual, estas transiciones en las representaciones sociales de género que hoy día son más permisivas hacia la participación de la mujer en el trabajo formal, no se genera en esencia, al no ser reflexionada ni analizadas las representaciones sociales rígidas que las limitaban al ámbito privado, esto lo fundamento mostrando incluso cual es el sentido principal de su entrada a este ámbito que es el “atender y procurar a sus hijos” no así por una decisión propia para su crecimiento personal, incluso es loable considerar que no se cumplió en su totalidad con el proceso por medio del cual se afianzan las representaciones sociales, pues pareciera que la *construcción selectiva*, se da con base a la significación de ser madre, para ser mujer, recordemos que este mecanismo consiste en la selección de información específica con respecto a un objeto dimensionándolo en un contexto de significaciones propias, realizadas en función de criterios culturales y normativos.

Finalmente podemos señalar entonces que existen expectativas distintas según el género, que tienden según Blasco y Serra (1994) hacia la expresión de los sentimientos, la presión hacia el éxito en las tareas académicas o laborales, la participación en los trabajos domésticos, el compromiso con el cuidado e interés por las relaciones y cuidado de los demás, etc. esto a partir de que las mujeres se viven a ellas mismas como dueñas de un espacio privado y simbólico que se materializa en la unidad doméstica principalmente, reduciendo así su campo de acción que genera sentimientos de subordinación, temor, debilidad y dependencia. El hombre por su parte se desenvuelve en un espacio público por lo que desarrolla mecanismos identificatorios que se proyectan hacia fuera (extroversión, dominio, superioridad, agresividad, competitividad e independencia), dicha situación da lugar a importantes consecuencias psicológicas que hay que recalcar no se presentan como una abstracción, es decir, se manifiestan en un espacio concreto que tampoco está exento de un género, por lo cual es importante hacer hincapié en las disposiciones espaciales y temporales dentro de las que se insertan las prácticas sociales.

2.3.2 Espacio urbano, género y ciudad.

El espacio urbano, no simplemente se vive, sino que además permite ese vivir, pues está construido y constituido a través de las relaciones de género que mantiene hombres y mujeres, es así como Massolo (2004) señala que ambas concepciones tanto la de género como espacio urbano o ciudad, comparten una historia, cultura, poder y cambios a lo largo del tiempo, lo cual significa reconocer que las relaciones de género también se transforman y propician sobre este

espacio, al mismo tiempo que las representaciones sociales sobre la feminidad y la masculinidad posibilitan dicho espacio debido a que este último encuentra su soporte en la cultura.

En el espacio y el género se identifica una visión localizadora de los sexos, es decir; existe un lugar para lo masculino y otro para lo femenino que refleja y refuerza las relaciones desiguales entre los géneros, esto está tan arraigado que el espacio mismo se ha convertido en una categoría mental clasificadora que determina que el ámbito político y público es para el hombre, mientras que el privado para la mujer, este aspecto refleja y refuerza las condiciones de desigualdad.

El espacio ha sido entendido como un espacio físico de sentimientos, símbolos y memoria colectiva, en tanto que lugar se refiere a la subjetividad y el entorno en donde las personas se desenvuelven comúnmente.

Pareciera ser que anteriormente la mujer no tuviera derecho a la ciudad, debido a que ésta estuvo creada por y para los hombres: “la ciudad es pensada y organizada a la medida de los hombres” (Massolo, 2004 p. 14) al ser ellos quienes tienen que salir a trabajar para proveer económicamente a la familia, mientras la mujer permanece en el hogar cumpliendo con su rol genérico, lo cual delimitaba su participación dentro del espacio urbano, sin embargo; con la incursión de la mujer al ámbito público, se hace necesario reconstruir la ciudad brindando seguridad y un espacio cotidiano que satisfaga a todos sus habitantes, para lo cual se requieren condiciones básicas de accesibilidad, autonomía,

sociabilidad y habitabilidad (condiciones ambientales que hacen del espacio algo seguro y agradable).

De esta manera la mujer ha participado poco en la construcción del espacio común, y se ha conseguido una ciudad considerada como pesada para trasladarse y trabajar, dificultando su vivir y quehacer cotidiano (Rivas, 1998 citado en Massolo, 2004).

En la actualidad las mujeres son las agentes primordiales de la articulación entre las unidades domésticas y la estructura urbana, lo cual pone de manifiesto que dentro de esa vida cotidiana de las mujeres tan desvirtuada “urbanamente” es la que mantiene las células sociales, sin embargo; son ellas quienes mayormente padecen problemas de salud, por lo que es válido señalar que el modelo urbano es ineficaz, desde que fue concebido a partir de las necesidades de los hombres, mientras las mujeres participan poco en la construcción de su propio espacio vital, logrando únicamente una ciudad complicada para moverse, trabajar y vivir.

Con respecto al espacio urbano se ha identificado que la mujer se encuentra en una situación de desigualdad debido a la poca accesibilidad que tiene a los bienes, servicios y personas, además de las dificultades de movilidad, también se señala que no existe aún un espacio autónomo que potencialice la facultad de la persona para satisfacer las necesidades de actividad y relación sociales sin depender de otros. Lo anterior se vincula con las pocas redes sociales u organizaciones a las que tiene acceso la mujer, y que intervienen en sus procesos de individuación que como indica Bernal (2004, citado en Massolo, 2004) se ven influenciados por el número de contextos en los cuales se desenvuelve todo individuo, perteneciendo así a un variado número de grupos sociales a partir de

los cuales se trabe contacto con las representaciones sociales circunscritas a cada grupo, apropiándose de forma dialéctica, de las representaciones sociales al transformarlas según los sentidos y experiencias con que cuente, de está forma, la ciudad permite de forma limitada la pertenencia a diversas organizaciones sociales, factor que promueve procesos generadores de cambios en las subjetividades de los individuos.

Se ha encontrado que el tiempo es un factor de género importante dentro de la ciudad, ya que las mujeres se desplazan más tiempo que los hombres a través de transporte público, debido a que la disociación entre hogar y trabajo genera que realicen dobles desplazamientos aumentando así las distancias y la accesibilidad, es gracias a ello, que conocen mejor los problemas de la ciudad, a pesar de que dedican mayor tiempo al hogar que los hombres, otro dato importante es que ellas cuentan con la mitad de tiempo libre (doble jornada de trabajo) incluso se ha identificado que los hombres en promedio en un día laboral trabajan dos horas menos y no aportan trabajo doméstico.

Hasta ahora se ha descrito la importancia de las representaciones sociales en el quehacer cotidiano de los individuos, sin embargo; aún no se analiza las implicaciones que dichas representaciones tienen acerca de su bienestar, ya que como Fernández (2001) afirma, es a partir de él que las personas que conforman una sociedad establecen sus estados físicos y psicológicos, sin embargo estos estados, son también una representación social denominada como salud/enfermedad, la cual permea el énfasis que hacia ella se tiene, de modo tal

que igualmente determina ciertas prácticas y formas de pensarse y actuar específicas a la representación que de ellas se genere.

De esta forma, los estados de bienestar y de salud, son entendidos como una representación social más que contiene además de un factor fisiológico, uno psicológico, por lo cual es importante considerar los aspectos implicados en la salud como constructo social.

En suma, el género como representación social, define, los requerimientos que una cultura en un momento histórico específico, asigna a las personas de uno u otro sexo, decretando la forma en que deben comportarse y relacionarse tanto hombres como mujeres, se establecen entonces diferencias significativas a partir de las cuales se posibilita la existencia de uno y otro género basada en la contradicción que entre ambos existe, pues mientras la feminidad se asocia a la sumisión, pasividad, sacrificio, entrega incondicional hacia los otros, sensibilidad, y se le confina al ámbito de lo privado en donde prevalece el afecto y lo emocional derivado de su rol principal como madre, permitiéndole manifestar sus sentimientos, así como su capacidad para educar a y atender a su familia, pero no para dominar en un ámbito público, pues es ahí, donde lo masculino cobra relevancia, siendo los hombres sus protagonistas, al desempeñarse en un ambiente laboral, lo cual les impele y exige mostrarse competitivos, fuertes física y emocionalmente, agresivos, valerosos e invulnerables. Así, la participación entre géneros en los diversos contextos sociales se presenta diferencialmente, pues incluso los espacios están pensados y estructurados para un género particular, la ciudad, es un ejemplo de ello, al ser considerado por las mujeres como un lugar

de poco acceso, en el cual perciben inseguridad, dificultades para trasladarse y establecer diferentes redes sociales. Todas las disposiciones que la sociedad ha generado para sus habitantes, intervienen en el desarrollo personal de los individuos que a ella pertenecen.

3. Representación social y salud.

La salud definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) como un estado de bienestar físico, emocional, psicológico y social, con ello se determina el papel elemental que ésta tiene para asegurar el bienestar general de los individuos, ha sido explicada desde diversos enfoques y perspectivas, sin embargo, organizaciones enfocadas a su promoción la definen como un complejo de aspectos interrelacionados y por ende indispensables para considerar que una persona es sana o enferma, de forma general, la concepción de salud consensuada y aceptada de forma prácticamente universal, según las instituciones dedicadas a su preservación es la ofrecida por la OMS.

Desde esta conceptualización, se ha señalado que en ocasiones se tienen concepciones erróneas o incompletas acerca del término de salud, ya que se centran en recalcar la ausencia de afecciones o enfermedades, por lo tanto al referirnos a salud se hace alusión a un estado de bienestar que permite autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. A partir de dicha autonomía e independencia es como los individuos pueden reconocer sus habilidades y ser capaces de enfrentar todas las situaciones de su vida cotidiana, lo cual les permite trabajar productivamente y así contribuir con sus comunidades, al alcanzar sus propios objetivos de forma productiva y fructífera (OMS, 2004, p. 7).

La enfermedad incluye además del individuo que la padece, a las personas que le rodean y que finalmente en mayor o menor proporción participaran de ella, al

atenderlo y proporcionarle el tratamiento y cuidados especiales que requiera, esto conlleva a que la enfermedad no sea considerada en aislado, pues existe todo un universo circundante que se ve afectado por ella.

Los conceptos de enfermedad y sus implicaciones se han analizado desde diversas perspectivas, lo cual hace posible que en la actualidad sea sencillo reconocer aspectos como las creencias acerca de la naturaleza de la salud, la causa de la enfermedad, clasificación, explicación y efectos de la enfermedad, así como las técnicas, fármacos o tratamientos utilizados para contrarrestarla, todo este conocimiento forma parte de la información con que se cuenta de la representación social específica a cada enfermedad que parte de una construcción intelectual, parte de la orientación cognoscitiva de los miembros del grupo.

Por su parte el aspecto del cuidado y la atención que requiere un enfermo y la misma enfermedad, constituye un sistema posible dentro de una institución social que involucra como mínimo al paciente y al profesional de la salud, a partir de este sistema se promueven los recursos del enfermo, su familia y su sociedad. Este sistema refleja también el conocimiento, pero implica más la actitud que se tiene con respecto a la enfermedad.

Entonces, si una cultura determina los sistemas de salud obedeciendo a sus intereses, no es de extrañar que para ejercer una hegemonía mayor, solo sea uno el que se institucionalice, y responda de esta forma al poder económico o académico, dejando por fuera de él a las pertenecientes a otras culturas, sin

integrar los patrones de creencias relacionados con las causas de la enfermedad que dirigen su curso, incluyendo la evaluación y el tratamiento.

El mismo autor afirma que las creencias y el comportamiento que conforman las prácticas están influidas por instituciones sociales particulares (clínicas, hospitales,) roles sociales (enfermo, médico) relaciones interpersonales (médico paciente; paciente y su grupo familiar, y red de relaciones sociales), interacción de escenarios (hogar y consultorio del médico).

Lo que nos permite dar cuenta de cómo la representación social que se tiene acerca de la salud, hace referencia a un estado que más allá de lo que en su subjetividad manifiesta el individuo, le permite contribuir a la preservación de un orden social específico, en el caso de nuestro país y de todos aquellos que realizan prácticas determinadas por la OMS; el sistema capitalista fija las bases o normativiza, según Moscovici (1988) el concepto, estableciendo el deber ser de los individuos, es decir, para que a alguien se le considere sano debe ser autónomo, (en la medida de lo posible) hábil y capaz de llevar a cabo sus actividades cotidianas, también impuestas socialmente, siendo así, que quien no cumpla con estos requerimientos, será catalogado como un enfermo, que además de requerir cuidados especiales y protección, está faltando a sus deberes e impidiendo que los otros los cumplan como normalmente lo hacen.

Algo relevante de señalar es esta visión “satanizada” que se le da a la enfermedad, lo cual ejemplifica claramente la influencia de la actitud, sobre las representaciones sociales y sus prácticas, de tal forma que como señala Banchs

(1999) las estructuras sociales estipulan una actitud negativa hacia la enfermedad, que es apropiada por los individuos que la componen, ya que por medio de la alineación manifiesta en la representación social, ellos no se permiten o se reprochan a sí mismos el estar enfermos, buscando por todos los medios, una forma de curar rápida y eficazmente, esto a pesar de que el estado de enfermedad creo que es indispensable para conceptualizar y dotar de significado al de salud.

Al respecto Guinsenberg (2001) considera que existe una manipulación de conceptos de salud-enfermedad, en función del control del Estado y grupos de poder, legitimando así una ideología represiva ante la desviación como “fuera de lo común”.

Así, la representación social de salud no únicamente se refiere a un estado de bienestar, sino a un estado de normalidad definiendo como normales y “sanos” a aquellos que de forma consensuada se adaptan y adoptan pautas de comportamiento aceptadas socialmente, es decir; se encuentran institucionalmente integrados, en tanto los enfermos o “locos” son aquellos desadaptados que rompen con dichos estándares, por lo que se conciben y plantean posibles soluciones, no en función de la “salud mental” que implica bienestar, sino como la integración-adaptación que permita el cumplimiento de una función social pre-establecida.

Con base a lo anterior es posible entender el por qué anteriormente se consideraba a las mujeres como naturalmente enfermas, desde una visión

biologicista, ya que existen procesos que en cierta medida limitan el cumplimiento de su rol social, como madres y esposas.

Burín (1996) señala que el parto, el climaterio, la menstruación y el embarazo eran consideradas como etapas problemáticas que fundamentaban el que la salud mental de las mujeres devenía de su naturaleza fisiológica, mas que de aspectos socio-culturales, sin embargo, en el presente trabajo, se considera la salud misma como una representación social, y que a pesar de que pueden existir aspectos fisiológicos intervinientes en la salud mental tanto de hombres como mujeres, estos están supeditados a aspectos culturales.

Berger, y Luckman (1968) aseveran que las representaciones sociales se manifiestan en la manera en cómo los individuos explican y afrontan el proceso salud - enfermedad. De tal manera que, la forma en que viven sus estados físicos y mentales, las prácticas que realizan en torno a ello, y la manera en que lo abordan los profesionales de la salud en la interacción con el paciente está relacionado directamente con las representaciones, esto conlleva el proceso de anclaje a partir del cual las representaciones sociales se insertan en las relaciones que establecen los individuos, y no sólo hace hincapié en las interrelaciones, sino en los sentidos individuales de los conceptos salud/enfermedad, ya que como indica Flores (2000), estos son significantes sociales con contenidos de gran estima por la sociedad, de esta forma se puede señalar que los individuos elaboran sentimientos de identificación con un grupo social (enfermos o sanos) según se perciba a sí mismo, después de su identificación, él asumirá comportamientos y creencias propias de la misma, y con base en ellas se posibilitan las prácticas que guían la interacción entre el profesional y el paciente,

es por ello que cobra relevancia el aludir a los diferentes paradigmas o modelos de interpretación que han tratado de dar una explicación al aspecto de la salud de los individuos, dicha alusión se hará a continuación con la finalidad de presentar un panorama más amplio con respecto al estudio que hasta ahora se ha desarrollado sobre el tema.

3.1. Modelos de explicación y acercamiento a la salud.

La elaboración conceptual de la salud y la enfermedad ha sido eje de discusión en el área de las ciencias de la salud. En el intento por construir una teoría explicativa se hace necesario recurrir a la historia, que es la que nos dá el legado que permite entender el presente y hacer propuestas para el futuro.

El primer paradigma es el *gnoseológico o médico* y tiene sus orígenes desde la era presocrática en la que se tiene una idea naturalista del cuerpo y de la enfermedad, por lo que en este contexto y vista la salud mental desde esta perspectiva, la enfermedad es entendida como una alteración de esa naturaleza se propone como el desequilibrio de la naturaleza del cuerpo humano, su naturaleza radica en que aparta al organismo individual de la ordenación regular de su propia naturaleza. Debido a la amplia historia que este paradigma tiene de haberse establecido, cuenta hoy en día con un lugar preponderante en el estudio y en las prácticas de la salud mental que está caracterizado por el biologicismo, la a-historicidad y la concepción de los individuos como a-sociales. (Grela y López, 2001).

A partir de este paradigma, las mujeres están biológicamente predispuestas a ser enfermas, debido a que en los momentos problemáticos arriba señalados (parto, menstruación, embarazo, etc.) existe un desequilibrio corporal que las excluye del orden natural de la sociedad, este hecho enfatiza como explica Burín (1996), una diferencia muy rígida entre lo normal y lo patológico, y es a partir de ahí, de donde surge el modelo Psicopatológico que es considerado como una derivación del paradigma. Este modelo con una gran falta de objetividad tiene como premisa que “las mujeres son todas unas locas” (Burín, 1996 p. 87). Debido a que está basado en el criterio de enfermedad como desviación de lo normal, la forma de intervenir es por medio de expertos empleando herramientas como fármacos o métodos coercitivos.

Cabe recalcar que dentro de este paradigma también se presenta una concepción Psicodinámica que pone énfasis en los estados de armonía o equilibrio, al suponer que la salud se divide en dos niveles uno físico y otro mental, por lo que es necesario contar con instrumentaciones o técnicas que según Grela y López (2001) exigen la división de un plano físico y otro mental, para la intervención y tratamiento de la enfermedad, estableciendo mecanismos para cada aspecto que se vea afectado en el individuo.

El segundo paradigma es el *moderno* basado en un enfoque de la salud enfermedad apoyado en la línea clínica a través de 3 versiones:

- La anatomoclínica que perpetúa una clasificación anatómica de la enfermedad, donde ésta existe sólo desde el momento en que aparece la

lesión y se manifiesta por medio de los signos, y en la que, por lo tanto, la salud es la ausencia de estos

- La fisiopatológica, donde el concepto de función nace como una realidad independiente de la estructura
- La Etiopatológica que nace con la teoría microbiana del origen de las enfermedades.

Este enfoque incidió en los planteamientos de la epidemiología, la cual establece que la enfermedad es una realidad de modificación estructural y funcional de los órganos, causada por agentes externos que ahora se intentan controlar. Las condiciones ambientales intervienen como elementos para que el agente entre en contacto con el futuro enfermo. Tanto las condiciones ambientales como los microorganismos, los signos, los síntomas y los cambios en el cuerpo pueden ser observados y medidos, si las técnicas son adecuadas; sus comportamientos pueden ser interpretados en análisis estadísticos, cuantitativos y expresados finalmente en leyes universales.

Dentro de este paradigma en donde comienza a complejizarse tanto la concepción del ser humano como la etiología de las enfermedades, se encuentra el modelo asistencialista puesto muy en práctica desde las instituciones del Estado (Burín 1996). Estas instituciones promueven la salud y ayudan principalmente a las mujeres a que logren superar su estados de enfermedad, a partir de asistencia especializada a cada enfermedad que presenten, sin embargo; se ha determinado que este paradigma no es del todo funcional debido a que favorece la creación de

vínculos de dependencia entre el paciente y aquel que preste la asistencia, o bien con respecto a los posibles fármacos recetados para aliviar la enfermedad.

A pesar de que cada uno de los dos modelos anteriores han definido campos de acción que permiten enfrentar con cierto éxito problemas inmediatos e individuales, existía una insatisfacción generalizada acerca de los métodos y concepciones que se tenían acerca de la salud, debido a sus resultados parciales, por lo que surge un tercer paradigma que considera ampliamente los aspectos sociales, para la formación tanto de los conceptos, como de las causas y sintomatologías de las enfermedades, dicho paradigma es denominado como social el cual contiene la premisa de que el contexto sociocultural interactúa con lo genético, lo biológico y lo psíquico en el proceso de organización de las formas mismas de presentación, representación y modificación de los procesos vitales del individuo, incluyéndose por obviedad los de salud/enfermedad.

Dentro de este paradigma, se pueden situar los modelos enumerados por Burín (1991) y que incluyen una concepción más participativa, al considerar a las mujeres como sujetos sociales activos capaces de crear sus propios criterios de la salud mental, así como la concepción que de la misma se construye a lo largo de la vida, por lo que no es estática proponiendo como solución a dichos malestares, un cambio en las condiciones de vida opresivas que los propician; también señalan que es necesario feminizar las teorías y prácticas en salud mental, estudiando las problemáticas de la vida cotidiana, de las relaciones de poder y de los recursos de participación social.

Estos modelos son: el Emotivo: que equipara la salud al equilibrio por lo que a través del asesoramiento y psicoterapias se pretende armonizar los problemas afectivos que ponen en tensión las relaciones familiares -¿al servicio del estado y de la perpetuación de las condiciones de vida actuales?-. Y el modelo tensional conflictivo: el cual enfatiza las condiciones opresivas que producen los malestares, así como las relaciones de poder intra e inter-género, y pretende explicitar las condiciones de vida que producen modos específicos de enfermar.

En este paradigma ya se consideran las relaciones y diferencias de género como factores intervinientes en los estados de salud/enfermedad tanto de mujeres como de hombres, e incluso se logra un avance al incluir los aspectos de la socialización dentro de su análisis, considerándose que es a partir de que el individuo nace y va creando y re-creando formas de interacción específicas que lo vulnera o fortalece, ante la dicotomía arriba mencionada.

Tomando como base las formas de socialización, en el siguiente apartado se señalan algunas manifestaciones y concretizaciones de la desigualdad de condiciones sociales existentes entre géneros, es decir, se enfatiza en los efectos que la socialización llevada a cabo a partir de las representaciones de género tienen en la salud de los individuos, especialmente las mujeres que, a pesar de que padecen, son quienes continúan perpetuando las representaciones sociales que además de dotarlas de sentido, también las someten a formas de vida, no del todo aceptables; a este respecto es importante señalar que son las mujeres de quienes se espera que cuiden a los hijos, hijos que seguramente mañana se convertirán en esposos y compañeros de trabajo que intenten preservar su hegemonía sobre el género femenino.

A este respecto cabe señalar la participación activa que los hombres desempeñan en la preservación de las formas de vida que hasta ahora se preservan, ya que no simplemente las mujeres con madres, transmiten determinadas representaciones sociales, sino que los hombres, como padres, hijos y/o hermanos además de moldear las condiciones que posibilitan la transmisión de la ideología, también la generan y mantienen.

3.2. Efectos de los roles y expectativas de género en la salud.

A partir de los roles de género y las expectativas que cada sociedad precisa tanto para hombres como para mujeres, se establecen diversas disposiciones para su socialización que traen consigo consecuencias psicológicas ya sean positivas o negativas para los individuos, de esta forma se ha identificado que la salud tiene una dimensión colectiva o social importante.

Burín (1991) recalca que dentro del rol de género se encuentran muchos más que están supeditados a él y que originan malestares en las mujeres. Al hablar de malestares se alude a los sufrimientos psíquicos y emocionales que se dan como consecuencia de las condiciones sociales a las que se enfrentan las mujeres, específicamente, sin embargo también existen condiciones particulares que a los hombres pueden generar malestar, a continuación se presenta una serie de factores de riesgo que vulneran la salud de los individuos:

Primeramente se debe señalar que se vive dentro de una sociedad patriarcal en la que los hombres ostentan el poder, mientras las mujeres se ven subordinadas con

respecto a ellos; a pesar de que éste pudiese ser considerado como el principal aspecto a retomar al aludir a la salud de las mujeres, es menester tomar en cuenta los roles sociales, que desempeñan y en el caso de ellas, se ha establecido que su principal función social que las dota de sentido es el de ser madres, incluso Burín (1991) considera que éste es el rol principal del género femenino, el cual además de que implica que el su cuerpo sólo es un instrumento para la reproducción (Lara, 1995), es un lugar de y para otros que al no cumplir con su función carece de valor.

Además, el rol exige el atender y cuidar a los demás sin considerar las propias necesidades; se observa así que es el mundo familiar en el que se desenvuelven mayoritariamente, en él alimenta su existencia, hasta el punto en que construye su identidad centrada en la maternidad, es decir, su feminidad se legitima únicamente al convertirse en madres, ya sea naturales o simplemente al maternalizar todos los roles (ser madre de los hijos, de los esposos, de los hermanos, compañeros, etc.) lo cual implica una vocación de servicio y una suerte de dar incondicionalmente, de hecho esto es relevante, ya que culturalmente y legalmente los hijos deben estar mientras son pequeños con sus madres en caso de separación, salvo sus contadas excepciones, esto porque son las madres, quienes no únicamente deben cuidarlos, sino además quienes pueden darles todo lo que necesiten porque su naturaleza es ser madres y por ende entregarse a los hijos (Grela y López, 2001).

Lo anterior conlleva a que su capacidad de dar afecto y cuidados es “innata”, debido a esto se generan expectativas tanto de ellas, al considerar que debido a

su inagotable disposición por atender al otro, e incluso sacrificio, al anteponer sus intereses y necesidades a las de los demás, estos se ven comprometidos a comportarse de la misma manera con ella, esperan de esta forma una igual retribución a todo su trabajo y esfuerzo, “si yo doy, alguien me dará a mí”, dicha expectativa la mayoría de las veces se frustra debido a que el DAR se sostiene sobre la postergación de las necesidades y deseos propios (Burín, 1996).

Dicha retribución evidentemente no se presenta en la mayoría de los casos y esto deviene incluso desde una visión religiosa, pues hay que recordar que en nuestro país el catolicismo y no sólo ello sino la fé hacia la Virgen de Guadalupe, es la preponderante; lo cual afianza las representaciones sociales que existen con respecto a las mujeres, como dadoras incondicionales. Así es posible dar cuenta de que en nuestra sociedad machista, se contempla que el hombre es quien ostenta el poder, por lo que debe salir y trabajar, participando de esta forma en un mundo público, mientras la mujer al igual que la Virgen, se dedica a cuidar a los hijos y apoyar al hombre, incluso se puede decir que la mujer es vista como un objeto que simplemente permite la reproducción de la especie.

La religión católica, en donde el Dios es autónomo se crea por sí mismo, pero requiere de la mujer para su concretización (Jesús) quien cumple con la función reproductora incluso sin haber cumplido con su asignación de género. Al mismo tiempo que es machista se ubica bajo la protección de una madre, que lo cuida y apoya hasta el último de sus días, por lo cual se le aprecia y coloca en una situación privilegiada, que igualmente avala la función de cuidadora de las mujeres.

La vocación de servicio en las mujeres se considera así, como una pauta universal de comportamiento que permite el sentimiento de ser y pertenecer, pues pareciera que para ser; se depende de la valoración del otro, de esta manera, su comportamiento responde a la necesidad de ser un ser totalmente ajeno a sí mismo, abandonado a la opinión y juicios de valor de aquellos a quienes sirve o protege, lo cual explica el porque de que las relaciones que establecen las mujeres se basen en la dependencia afectiva, que exige la acción centrada en el otro, y de no ser así, se sanciona a la mujer juzgándola de egoísta, o ella misma se siente culpable por atender sus necesidades antes que las de los demás.

Esto fundamenta además que las mujeres dependen de otros afectivamente, por lo que anidan la necesidad de vínculos protectores que se hacen manifiestos en el ser hija de familia en una primera instancia, para posteriormente pasar a ser madre de familia, de tal suerte que no concibe un proyecto de vida que no incluya la convivencia en pareja, pues sería emocionalmente intolerable, al verse a ella misma dueña de sí y a la deriva, sin el yugo protector de los otros, esto se apoya en que no cuenta con antecedentes ni historia social que la valide, habilite y valore por sí misma.

Es de esta forma, como los otros desempeñan un papel fundamente para la mujer, al definir su valoración con respecto a su papel de “dadora” incondicional, que refuerza la creencia acerca de su ilimitada capacidad de dar, por lo que los demás formulan peticiones y demandas cada vez más difíciles de satisfacer, lo cual produce una cadena de demandas e insatisfacciones, que tiene efectos nocivos para el desarrollo de la autoestima, mayores grados de autonomía y agotamiento tanto físico como emocional.

Grela y López (2001) consideran que debido a que la mujer cobra sentido en su actividad enfocada al otro, presenta grandes miedos a no ser reconocida y valorada por los demás, ello repercute en su estado de autonomía e independencia generándole efectos nocivos para su salud mental y específicamente para su autoestima.

Ahora bien, se puede argumentar que a lo largo de la historia de la humanidad se han presentado situaciones de vida similares para las mujeres, al ser ellas quienes se han encargado del hogar, por lo que esta actividad no explica de forma integral el incremento en el padecimiento de malestares, es por ello que se han recalcado otros aspectos como predisponentes de algún tipo de malestar. Estos aspectos también se relacionan con el ser madre, ya que hoy en día, gracias a la globalización e industrialización, el escenario doméstico se ha ido estrechando hasta volverse en cierta medida excluyente de la sociedad, debido a que cada familia tiene su propia casa (cada vez más reducida espacialmente) y existe un distanciamiento con la familia de origen y con las personas que viven dentro de la misma comunidad, de tal suerte que existe una reducción del contexto social de las mujeres. A este respecto es loable mencionar lo identificado por Bernal (2004, citado en Massolo, 2004) acerca de que a mayor número de organizaciones y redes de apoyo con las que cuente una mujer, mayores procesos de individuación y menores riesgos a padecer malestares mentales.

Aunado a esto, se ha presentado una multiplicación de escuelas y espacios recreativos fuera del hogar para los hijos, lo cual genera un sentimiento con respecto a su rol de madres, quienes cuentan con mayor tiempo de ocio como consecuencia del avance de la tecnología que maximiza los procesos y

quehaceres domésticos. El tener hijos pequeños, un matrimonio tradicional, en el que el hombre es el “jefe” de la casa, un nivel educativo y un sector económico bajo constituyen factores de riesgo.

Otro aspecto relevante es la libertad a la sexualidad, pues hay que recordar que si la mujer simplemente “sirve” para traer hijos al mundo, es natural que se le negara el derecho a sentir placer en lo que respecta a sus relaciones sexuales, las cuales se juzgaban como tabúe, por lo que ni siquiera era permitido que lo hablasen con sus parejas debido al estigma social que ello podía generar.

Finalmente se señala que la mujer por cumplir con esta función de madre, se ha visto en la necesidad de inmergirse en el área laboral y económica, lo cual le genera una doble jornada de trabajo agotadora física y psicológicamente. Saavedra (2004) señala que en la actualidad las mujeres han incrementado su participación en el campo laboral principalmente en el área de servicios que fundamentalmente son una extensión del trabajo doméstico y en menor medida en puestos de jerarquía. De esta manera su participación se caracteriza por una segregación, condicionamiento y desvalorización, viéndose así como un grupo discriminado y subordinado, que devienen de esta desigualdad de poder con respecto a los hombres (Arroyo, Barroso y Ramírez, 1999).

Al darse cuenta de esto Burín (1991) conceptualizó la situación definiéndola como una especie de “techo de cristal” que supone la existencia de una superficie invisible ubicada como plano superior más allá del cual no puede traspasar (existe un límite en el desarrollo laboral) esta situación aunque real se hace invisible debido a que no obedece a criterios establecidos ni a normas impuestas

claramente, dicho techo de cristal se posibilita gracias a las responsabilidades domésticas, el nivel de exigencias (a las mujeres se les exige más que a los hombres) y a los estereotipos sociales.

Habría que señalar además del anclaje que históricamente se encuentra arraigado, con respecto al papel de las mujeres como dedicadas al hogar mientras sus esposos son los proveedores y quienes sobresalen en la esfera pública ya que incluso se ha encontrado que las mujeres mismas al sumergirse en el ámbito laboral en miras de un desarrollo, temen perder su identidad de género que implica entre otras cosas que su rol como trabajadoras es complementario o secundario a su rol de madres (disyuntiva-culpa).

Cabe resaltar que alrededor de la actividad laboral, se encuentra un conjunto de representaciones sociales que inciden en la forma en que hombres y mujeres se han incorporado al mercado de trabajo y en la estructuración de la propia organización laboral, pero no simplemente ello, sino que también ha modificado el sentido que tanto hombres como mujeres le dan a su propia vida y función social, así para las mujeres el encontrarse a sí mismas como capaces de desenvolverse en la esfera pública han compartido el honor, estima y respeto que otorga dicha actividad, ya sea en relación con los demás y consigo misma, es decir; para las mujeres más allá del agotamiento que puedan vivir, el trabajar es considerado como una actividad que mediatiza el logro de otros fines, tales como el salario, beneficios, bienestar económico, progreso, junto con la idea de cansancio y esfuerzo; pero también como forma de vida que otorga satisfacción y la posibilidad de establecer vínculos sociales, centrándose el discurso en el compañerismo y las

relaciones. Saavedra (2004) encontró que aquellas mujeres que tienen una inserción satisfactoria al ámbito laboral, lo vinculan con algo placentero y saludable, es decir, como “una parte de la vida para sentirse bien” o, como una “distracción que ocupa la mente y el tiempo.

Al mismo tiempo, los individuos de sexo masculino conciben el trabajo ya sea como un deber y obligación impuesta por su rol de género o, simplemente, como un medio para satisfacer necesidades, por lo que le adjudican una menor connotación emocional, y además ahora no les produce la misma satisfacción que anteriormente les provocaba, gracias a esta cualidad de exclusividad con respecto a las mujeres, sin embargo; hoy los hombres se encuentran con que sus espacios, responsabilidades y tareas están siendo invadidos por las mujeres en la formación académica, tanto en los niveles inferiores como superiores.

De esta forma las mujeres están alcanzando los mismos logros o incluso superando los de los hombres; ya que la mujer si bien se ha incorporado al mundo laboral, tampoco ha abandonado las responsabilidades domésticas; pues la actividad familiar de las mujeres se sigue manteniendo y en los grupos de ocio la igualdad del género empieza a ser un hecho cotidiano. Un cambio trascendente es que a pesar de que es la mujer quien continúa desempeñando sus labores de madre, como antes lo hacía, es real que existe un requerimiento social, hacia los hombres con respecto a su participación en la esfera privada.

Según Fernández (2001), esta situación les está generando sentimientos de vacío y desesperanza ante los cuales no saben qué hacer, debido al hermetismo con que se han establecido y mantenido los roles de género masculinos; esto ejemplifica que las representaciones sociales no únicamente pueden convertirse

en una carga para las mujeres, sino también para los hombres, que históricamente han asumido el papel de proveedores y fuertes que en su familia a través de la socialización les han transmitido, y que conforme pasa el tiempo son menos válidos ante la pérdida de valor en su relación con las mujeres y en diversas estructuras sociales.

Este rol masculino determina que el hombre no debe doblegarse ante el dolor, ni pedir ayuda aunque ello lo conduzca a la soledad; ciertamente a las mujeres se les impide el dedicarse tiempo a ellas mismas para satisfacer sus necesidades tanto físicas como emocionales, pero a los hombres ni siquiera se les permite considerar o hacer manifiestas estas necesidades emocionales. Se le prescribe, alejarse de los compromisos afectivos muy profundos, de la expresión de los sentimientos, por lo que tampoco cuentan con redes de apoyo con respecto a los posibles malestares que puedan presentar. Requiere a su vez, de la constante admiración femenina como nutrimento de su autoestima, esforzándose más por la demostración de su masculinidad que por su propio crecimiento; es decir, el hombre cobra valor según el reconocimiento de las demás personas, ya sea a partir de su fuerza física, su capacidad intelectual o poder económico; ello indiscutiblemente los enfrenta a condiciones difíciles de satisfacer, tanto para los otros como para sí mismos.

Se puede hacer hincapié en que las representaciones sociales que se tienen acerca del rol femenino, se han flexibilizado y cambiado poco a poco, hasta el punto de contar con representaciones más positivas con respecto a sí misma y su propia imagen y su desempeño en la sociedad, mientras que los hombres

continúan preservando el rol tradicional que cada vez se presenta más obsoleto y disfuncional.

Así, se han llevado a cabo investigaciones que establecen diferencias en los modos de enfermar y malestares para cada género, partiendo de la base de las condiciones y formas de socialización generadas por las representaciones sociales como determinantes para dichos malestares. Hasta el momento sólo se han revisado las expectativas y prácticas comunes tanto para hombres como para mujeres, sin embargo aún no se abordan concretamente los malestares que se han identificado. Por ello el apartado siguiente se enfocará a mostrar las evidencias encontradas de que los modos de enfermar se vinculan con el género, hasta el punto en que estos intervienen en la especificidad.

3.3. Modos de enfermar, según especificaciones clínicas.

Cohrane (1982), al notar que en edades tempranas no existían diferencias significativas entre hombres y mujeres, con respecto a los malestares en torno a la salud, mientras que en la adultez, éstas se marcan con gran intensidad se dio a la tarea de rastrear los datos que le permitiesen investigar cuáles eran estas diferencias encontrando que los malestares de tipo psicológico, como conjunto no muestran diferencias de género, pero sí en su tasa específica de prevalencia en cada trastorno, de tal forma que las mujeres presentan con mayor frecuencia síntomas de depresión, cuyos componentes fundamentales son el aislamiento y la baja autoestima. Estos componentes llevan a reafirmar la creencia de que la mujer

es débil y dependiente, por lo que necesita protección dentro de un ambiente circunscrito al hogar.

Dicho estudio contribuyó a introducir una dimensión social y colectiva a los trastornos psicológicos, la cual no era considerada anteriormente dentro de los modelos de explicación de salud existentes, debido a que únicamente se analizaban los aspectos biológicos que intervenían para el desarrollo de los mismos, por lo que la mujer era considerada como “naturalmente enferma” al presentar momentos de transición relevantes dentro de su ciclo vital como lo son la menstruación, el embarazo, la menopausia, etcétera.

Lara (1999), en un estudio basado en entrevistas clínicas realizadas a pacientes adultas con síntomas depresivos, que presentaban disminución en su estado de ánimo concretizado en un decremento de energía y de motivación para llevar a cabo las actividades que anteriormente producían satisfacción, identificó que la sintomatología de estas mujeres se asociaba con la percepción de no lograr alcanzar sus metas, vinculado con una imagen de incapacidad hacia ellas mismas, lo cual implica que no atribuían a factores externos la causalidad de sus condiciones de salud y bienestar, es decir, consideraban que su estancamiento profesional y personal, era resultado de un ineficaz rendimiento propio, sin tomar en cuenta las situaciones a las que se enfrentaban dentro de su entorno, lo cual produjo en ellas sentimientos de inadecuación y baja autoestima.

La misma autora identificó que las mujeres tienen una mayor incidencia en trastornos obsesivos-compulsivos y psicósomáticos. Sin embargo, su estudio no

finalizó con esta diferenciación, ya que además, estableció que las mujeres hacen más evidentes sus síntomas o malestares mientras los hombres, quienes reportan mayores índices en trastornos más graves como la esquizofrenia y abuso de sustancias, no suelen acudir con ningún profesional para tratar su malestar, esto puede considerarse como reflejo del rol social que ellos desempeñan el cual les impele a mostrarse fuertes e invulnerables, por lo que el que expresen síntomas que afecten su desempeño en el ámbito familiar o laboral, no es concebido por ellos.

Comienza a considerarse que el mundo social que pre-existe a los individuos, el cual cuenta con normas y sentidos determinados que dotan de un orden y estructura específica a cada sociedad, interviene en los estados de salud de aquellos que la conforman. Fernández (2001) señala que hombres y mujeres se enfrentan a condiciones de vida diferentes, hasta el punto de encontrar todo un mundo de posibilidades para el género masculino y otro muy distinto para el femenino, quienes aunque comparten un espacio físico no lo viven en equidad y reciprocidad, por tanto, al abordar el tema de la salud mental específicamente de depresión, desde una perspectiva de género, se logra visualizar con mayor precisión las diferentes disposiciones que la sociedad crea según el género de sus individuos, así como los roles de género en que éstas se fundamentan y que a su vez propician una participación social y una salud particular a varones y mujeres. Al respecto Granados y Ortiz (2003) indican que el hecho de que la sociedad cree posibilidades de acción diferentes para el desenvolvimiento de sus individuos, genera consecuencias psicológicas, ya sean positivas o negativas. Tanto hombres

como mujeres durante su desarrollo se apropian de las representaciones sociales vigentes en la sociedad en la que se desenvuelven, lo cual implica que su propia actividad y sentido de vida, no es estrictamente una elección, sino una imposición simbólica que a través de la educación y la cultura se perpetúa, generando “silencios” individuales, aislamiento y vacío emocional, lo cual acarrea estados de angustia que evidentemente actúan en detrimento de su salud.

Al respecto, en la actualidad, se ha identificado que las mujeres expresan más sus malestares, sin embargo ello sólo es permitido si no descuida sus labores dentro del hogar. Granados y Ortiz (2003) señalan además que los malestares de los hombres, reflejan la importancia que ellos brindan a la masculinidad, hay que recordar que donde presentan mayor incidencia es en el abuso de sustancias, sin embargo, culturalmente se ha establecido que el ingerir este tipo de bebidas proporciona ciertos rasgos identificatorios con la masculinidad, por lo cual desde la adolescencia el consumo de alcohol y de otras sustancias, se observa como una muestra de superioridad, mientras en las mujeres se reprueba, ello explica sus menores índices de incidencia en este malestar.

Del mismo modo los hombres emplean el consumo de drogas como sustituto del cual el sujeto dispone para una adaptación a la realidad cuando éstos no logran cumplir el rol de proveedor, al mismo tiempo es aceptado que dicho consumo se emplee como medio para la expresión de los sentimientos y emociones tan reprimidas socialmente hacia ellos. Para ejemplificar esto, apelo a la memoria cinematográfica de nuestro país y particularmente a los estereotipos ahí plasmados con respecto al macho mexicano que únicamente cuando se encontraba en estado de ebriedad era capaz de expresar sus sentimientos y llorar;

incluso en la actualidad de forma recurrente, se presenta que cuando los hombres se enfrenten a un problema sentimental acudan al uso y abuso de sustancias para sentirse mejor y no sólo ello, sino que además se cree que esto ayuda a olvidar los conflictos, mito totalmente falso pero que sostiene las representaciones y significados que los hombres dan a sus acciones.

Arroyo, Barroso y Ramírez (1999) señalan que las mujeres presentan mayor incidencia en la ansiedad, la cual se genera a partir de eventos tales como la limpieza del hogar, la salud de sus hijos, la aceptación de su marido en caso de que se encuentre casada, y de no ser así la ansiedad se presenta con respecto a su salida del hogar que implica según las representaciones sociales un descuido de su rol maternal. Acerca de la ansiedad, Blasco y Serra (1997) refieren que este malestar refleja sentimientos de vulnerabilidad, representando así la cualidad de las mujeres quienes se ven inferiores a los hombres quienes reportaron como causas de su ansiedad, el chequeo de sus esposas y jefes, así como el cumplimiento eficaz de sus actividades realizadas primordialmente en el área laboral.

En lo que atañe a los porcentajes de prevalencia, Lara (1995) a través de un estudio encontró que las mujeres casadas reportan menos síntomas que las solteras quienes a su vez presentan menos síntomas que los solteros, por su parte, los casados muestran más síntomas si sus esposas trabajan, mientras ellas al hacerlo muestran una menor sintomatología.

Se ha hecho referencia a un tipo específico de padecimientos, que muestran índices diferenciales entre hombres y mujeres, como lo son la depresión, ansiedad, abuso de sustancias, etc. Dichos patrones diferenciales, se observan

también en el problema que representan diversas enfermedades como principales causas de mortalidad en nuestro país, de tal manera que dentro del último Boletín de Salud Pública divulgado por el INEGI y la Secretaría de Salud (2005), se identifica que hombres y mujeres padecen y mueren por diferentes enfermedades, es decir, al igual que dentro de los trastornos psicológicos, en los padecimientos físicos existen índices diferenciales en las tasas de mortalidad por causa de alguna enfermedad específica, lo cual puede ser atribuido a las prácticas socio-culturales que desempeñan los individuos según el rol atribuido.

La ciudad y sus condiciones generan malestares, los cuales se ven acentuados en las mujeres, quienes al padecerla, presentan irritabilidad, desesperación y agotamiento tanto físico como mental, además de los miedos que para ella representa el trasladarse en las calles de la misma, esto conlleva a una angustia y ansiedad que indiscutiblemente inciden en su salud.

El género, entonces, puede ser considerado como un factor que contribuye a estados de salud/enfermedad en los individuos al provocar necesidades y riesgos de salud exclusivos para hombres y mujeres, lo cual explica las diferencias de padecimientos entre hombres y mujeres, que incluso se refleja en las tasas de mortalidad para cada uno de los géneros, siendo el masculino quien presenta mayores índices de fallecimientos, como se observa en la Tabla 1. En el año 2005 se registraron 134.6 defunciones de hombres por cada 100 defunciones de mujeres, esto se debe principalmente a que los hombres tienen conductas de riesgo que producen la muerte con una menor temporalidad que las conductas de riesgo que realizan las mujeres, lo cual se vincula con lo señalado por Burín (1991) acerca de que mientras las mujeres padecen enfermedades por un largo

periodo de tiempo, los hombres mueren rápidamente por conductas riesgosas, los hombres mueren, y las mujeres padecen enfermedades crónicas que alargan su vida en condiciones desfavorables, el hecho de que sean ellas quienes reporten en mayor proporción el desarrollo de este tipo de enfermedades se debe a los múltiples roles que como mujer desempeña lo cual implica un considerable número de aspectos que deterioran su salud.

Otro aspecto que influye en el patrón de mortalidad entre géneros es que las mujeres acuden al médico en mayor proporción que los hombres, de tal manera que son éstas quienes demandan considerables servicios de salud, a diferencia de los varones quienes recurren en menor medida a este tipo de servicios, hecho que puede ser atribuido a que socialmente son percibidos como fuertes y proveedores del hogar, siendo la enfermedad un impedimento para cumplir con las expectativas que su rol de género impone, al requerirle periodos de inactividad laboral o en su defecto, decremento en la productividad de la misma, asimismo, el género masculino al estar inserto en el ámbito público más que las mujeres, percibe contar con una menor cantidad del tiempo libre necesario para acudir a algún centro de salud, lo cual permite identificar el nivel de importancia que tiene el desempeño laboral, para los individuos de este género.

Orden	Enfermedad	Defunciones	%	Enfermedad	Defunciones	%
		Hombres			Mujeres	
Total		272 236		Total	221 575	
1	Diabetes mellitus	30 842	11.3	Diabetes mellitus	36 248	16.4
2	Enfermedades isquémicas del corazón	29 677	10.9	Enfermedades isquémicas del corazón	23 508	10.6
3	Cirrosis y enfermedades crónicas del hígado	20 848	7.7	Enfermedad cerebrovascular	14 493	6.5
4	Enfermedad cerebrovascular	12 875	4.7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9 082	4.1
5	Accidentes de tránsito	12 298	4.5	Enfermedades hipertensivas	7 548	3.4
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11 171	4.1	Infecciones respiratorias agudas bajas	7 068	3.3
7	Afecciones originadas en el periodo perinatal	9 423	3.5	Afecciones originadas en el periodo perinatal	7 000	3.2
8	Agresiones (homicidios)	8 552	3.1	Cirrosis y enfermedades crónicas del hígado	6 714	3.0
9	Infecciones respiratorias agudas bajas	7 909	2.9	Nefritis y Nefrosis	5 266	2.4
10	Nefritis y Nefrosis	56 130	2.3	Desnutrición calórico protéica.	4 302	1.9

Tabla 1. Principales causas de mortalidad en hombres y mujeres 2005.

Las mujeres por su parte, en caso de enfermedad suelen emplear el tiempo dedicado al hogar para tratar sus padecimientos, incluso esta práctica se relaciona con su función de cuidadora, pues aunque dicha función está exigida para los otros, su cumplimiento posibilita cierto nivel de familiaridad con conductas encaminadas a la curación y tratamiento de las enfermedades, ya sea por la aplicación de estrategias para ello o por la simple asistencia a lugares dedicados al cuidado y preservación de la salud.

El número de suicidios perpetrados por hombres y mujeres, es otro factor interviniente en la cantidad de defunciones registrados durante el 2005, siendo el 82.8% de suicidios de hombres y tan sólo el 17.2% de mujeres, es decir; por cada mujer suicida, existieron aproximadamente cinco hombres, teniendo en cuenta que la mayoría de estos actos se originó por la pérdida de empleo o problemas económicos para la solvencia de las necesidades dentro del hogar, en tanto, una menor cantidad de suicidios se atribuye a disgustos familiares o problemas amorosos, se deduce que los hombres se enfrentan a una fuerte presión social para el desempeño de lo que su rol de género demanda, a esta exigencia, se le añade la situación económica y política del país, en la que los índices de desempleo se incrementan año con año, dificultando así, el cumplimiento de las funciones que al género masculino competen, ante la incapacidad del país por cubrir el derecho a trabajar.

La identidad de los hombres, gira en gran parte alrededor del trabajo remunerado, más allá de su posible significado como medio de supervivencia, por lo que es evidente la repercusión que en ellos tiene la ausencia de oportunidades de trabajo. La sociedad dictamina ciertas pautas de comportamiento, sentidos y quehaceres que los individuos que la conforman “deben” llevar a cabo, mientras el panorama actual limita dicha acción, y la demanda colectiva para su cumplimiento persiste, hombres y mujeres se encuentran luchando silenciosamente contra dos fuerzas que se contraponen, generando una disonancia entre las representaciones sociales de género y las posibilidades de acción, es decir; las expectativas sociales e individuales divergen de las posibilidades reales para su cumplimiento, de esta forma, los estados de salud y bienestar de los individuos se deterioran,

ante la percepción de incapacidad para cumplir con las expectativas que la sociedad y ellos mismos tiene de sí.

Cabe hacer notar que los roles de género femenino se han flexibilizado con la incursión de las mujeres en el ámbito público, específicamente al área laboral, lo que genera cierto grado de desapego de la norma social con respecto a su función como madre y cuidadora, fenómeno que implica además de una mayor competencia laboral para los hombres, una diversidad de actividades, con la cual los hombres aún no cuentan, debido a la rigidez de sus esquemas representacionales.

Con relación la especificidad de enfermedades por género, el INEGI (2005) indica que a pesar de que las diferencias por causas de muerte se aprecian desde los primeros años de vida, éstas se acentúan a partir de los quince, cuando prácticamente los individuos comienzan a insertarse en la vida pública de forma activa, al desenvolverse en contextos que excluyen la participación de sus padres, y por ende iniciar con prácticas de riesgo, como ejemplo de ello se observa que los varones comienzan a ingerir bebidas alcohólicas y otras sustancias a partir de los 12 años, factor que afecta su salud, por otro lado, las mujeres comienzan su vida sexual a corta edad, poniendo en riesgo su salud, pues según la OMS (2004) cada año mueren 600 000 mujeres por causas del parto y embarazo, mientras 50 millones padecen enfermedades y lesiones a partir de estos momentos, y son las mujeres de entre 15 y 19 años quienes están más propensas a ello.

El 70 u 80% de los factores de riesgo para la salud de los individuos se atribuyen a sus estilos de vida, y siendo las representaciones mediadores de las relaciones sociales, sentidos y prácticas cotidianas, es posible identificar que los cambios

económicos, políticos y sociales no se reflejan de forma automática en los cambios familiares e individuales, aspecto relacionado con los padecimientos que hombres y mujeres reportan.

Al analizar las diez principales causas de muerte durante el año 2005, no se observan diferencias entre las primeras dos enfermedades causantes de muerte en hombres y mujeres, siendo la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón la primera y segunda causa de muerte respectivamente para ambos géneros sin embargo, la proporción de hombres que fallecen a causa de algún padecimiento del corazón es mayor que el de las mujeres, tomando en cuenta que aún es el género masculino el que se desenvuelve en menor medida en el ámbito público, dicho patrón en las enfermedades del corazón se puede vincular con los malos hábitos alimenticios de los hombres, quienes suelen consumir alimentos con altos índices de grasa o en su defecto, omitir comidas durante el día, respondiendo así a su rol de género en el que se determina que deben ser prácticos, a pesar de contribuir por ello al desarrollo de este tipo de padecimientos. Las mujeres se alimentan de forma más saludable, pues las amas de casa, usualmente comen cuando lo hacen los demás miembros de la familia y prácticamente son alimentos preparados por ellas mismas, en caso de que las mujeres trabajen, éstas consumen alimentos menos nocivos para la salud que los hombres, debido a que al ser cuidadoras, conocen los riesgos de una mala dieta y buscan ingerir alimentos saludables, también hay que considerar que en una gran proporción de mujeres trabajan medio tiempo, lo cual facilita una alimentación menos dañina, a este suceso se le añade el que los estereotipos sociales de

estética o belleza femenina, a pesar de que en la actualidad se han modificado perdiendo rigidez, continúan posicionando a la mujer delgada como el ideal.

Las consecuencias de que las mujeres se apropien de la creencia de la mujer esbelta como bella, se identifica en que la desnutrición como causante de muerte en las mujeres se ubica en el décimo lugar, mientras no figura como causal de muerte en los hombres, de ello se deriva que dicha representación conlleva conductas de riesgo en las mujeres, quienes para conseguir dicho ideal, hacen dietas estrictas, o dejan de comer lo cual produce un desbalance corporal que afecta su salud.

El abuso del alcohol y otras sustancias es una conducta de riesgo usual para el género masculino, así, la cirrosis y otras enfermedades del hígado ocupan en este género el tercer lugar como causa de muerte con un 7.7% como se muestra en la Tabla 1, situación que se atribuye a los cambios en la estructura social que implican el riesgo o la pérdida de empleo, aunado a una permanencia en las creencias y representaciones de género concretizadas en el ejercicio de ser hombre, el cual aunque tiende a diversificarse como lo ha hecho la mujer, este fenómeno genera según Rius (2001) una crisis de masculinidad, que puede derivar en problemas de salud mental y física. El consumo de sustancias es la forma más común en que los hombres evaden o enfrentan los momentos conflictivos estresantes y tensionales; a este respecto cabe recalcar que la mujer libera su tensión o frustración comunicando sus sentimientos a terceras personas y cuenta con la libertad para dicha expresión.

Socialmente el ingerir bebidas alcohólicas es más aceptado para hombres que para mujeres, siendo los primeros quienes inician el consumo de las mismas a más temprana edad como expresión de virilidad y competencia hacia sus congéneres, hecho que tiene injerencia en el desarrollo de dependencia hacia estas sustancias, hasta el punto de generar enfermedades hepáticas altamente riesgosas.

La intención por la cual hombres y mujeres consumen bebidas alcohólicas diverge, de tal manera que mientras los individuos del género masculino beben además de para evadir sus problemas, para adquirir un estatus social y afirmarse como hombres, las mujeres en su mayoría lo hacen como medio de pertenencia a algún grupo social en situaciones particulares y por satisfacción. Esta conducta de riesgo es para los varones una especie de exigencia y requerimiento social, que de no ser cumplido, se presenta nuevamente una disonancia entre el deber ser, prescrito en su rol de género y la acción individual; en el caso de las mujeres, la presión social para consumir este tipo de sustancias se observa como una posibilidad de acción que no repercute en su identidad de género, fenómeno que reafirma lo señalado por Flores y Díaz (2001) acerca de que en la medida en que las personas se apropien las representaciones sociales de género sin analizarlas con respecto a su ser individual, tendrán un menor nivel de satisfacción y percepción de bienestar.

El INEGI (2005) reporta que la enfermedad obstructivo crónica (EPOC) ocupa el cuarto lugar como causal de muerte en mujeres, en tanto en hombres se observa en el sexto lugar, aunque de forma general se observa que el porcentaje entre ambos géneros es el mismo (4.1% como se muestra en la Tabla 1), existe una

diferencia en el número de personas que fallecen debido a esta enfermedad, siendo mayor en varones, lo que hace necesario el conocer los orígenes de dicha enfermedad, según la Secretaría de Salud (INEGI 2005) el 70% de los casos de EPOC se debe a consumo de tabaco, de 20 a 25% a inhalación de humo y el resto a una combinación entre ambos, esta enfermedad también afecta a los trabajadores expuestos a sustancias químicas como los de manufactura, piel, carbón, productos alimenticios, agricultura y de la construcción

A pesar de que existe un incremento en los índices de mujeres fumadoras, continúan siendo los hombres quienes consumen tabaco en mayor proporción, asimismo se puede considerar que ellos participan más en actividades vinculadas con la inhalación de humo y otras sustancias nocivas.

En lo que respecta a la quinta causa de muerte, se reporta que para los hombres ésta es derivada por accidentes de tránsito, y para las mujeres por enfermedades hipertensivas, esto último se explica a partir del trabajo que como madres realizan, ya que se enfrentan a condiciones estresantes y de tensión permanentes, pues como amas de casa, los integrantes de la familia la perciben como “dadoras incondicionales” de modo tal que mientras la mujer responde a las exigencias de terceros, estos afianzan dicha percepción y demandan más, propiciando una situación de excitación continua en las mujeres.

A pesar de que algunas de ellas están integradas a la vida laboral, en su mayoría lo hacen desempeñando trabajos de servicio como enfermeras, maestras, secretarías, etcétera, los cuales conllevan altos grados de tensión y angustia en el desempeño de sus funciones.

Una diferencia significativa entre géneros referente a las causas de muerte se encuentra vinculada con las conductas de riesgo realizadas por los hombres, como los accidentes de tránsito que al igual que las agresiones (homicidios), son dos causas que en las tasas de mortalidad de las mujeres no figuran, dentro de las 10 principales; ambas conductas se relacionan con el abuso de sustancias y se encuentran sustentadas en el rol de género masculino que implica competitividad, fuerza y poder, manifiesto tanto en el control de algún tipo de transporte, como en el uso de la fuerza física sobre otra persona, pues cabe recalcar que toda pelea implica un sometimiento que para aquel que lo ejecuta es percibido como satisfactorio. El índice de sobremortalidad masculina más alto se registra en el grupo de 15 a 29 años (INEGI, 2005), y dichos decesos se generan por conductas de riesgo que responden a las representaciones sociales de género.

Las causantes de muerte para cada género es un parámetro que permite identificar la forma diferencial en que los individuos “viven y padecen” sus roles de género, ya que los hombres al ejecutar esas conductas de riesgo, evidencian la imperiosa necesidad de diversificarlos, mientras las mujeres viven en silencio, dicha necesidad no satisfecha, pero no por ello menos indefectible.

Así, el género masculino realiza acciones que de forma inmediata repercuten en su desarrollo, al coartar su vida, mientras el femenino al responder a las expectativas sociales que de éste se tienen, lleva a cabo conductas que si bien actúan en detrimento de su salud, no son percibidas como tal, debido a la discontinuidad entre éstas y las consecuencias, lo cual acentúa la importancia de analizar la influencia que la sociedad como transmisora de ideologías y pautas de comportamiento ejerce sobre sus individuos.

Con respecto a los malestares derivados específicamente del trabajo, se ha encontrado en la investigación referente al tema, evidencia de que existe relación entre los malestares psicológicos y el proceso de trabajo, manifestándose en síntomas tales como: irritabilidad, agresividad, alteraciones del sueño y enfermedades psicosomáticas asociadas a condiciones como ruido, supervisión estricta, rotación de turnos, escaso control ocupacional e incluso la presión que implica la búsqueda del trabajo al enfrentarse a situaciones particulares resultado de la síntesis de atributos sociales bajo los cuales se evalúan las actividades, aptitudes y comportamientos que definan al puesto, los requerimientos para acceder a él, los criterios de promoción y las prestaciones a que las mujeres tienen derecho.

El que la mujer se centre al ámbito privado y tenga poca participación en el ámbito público es considerado como un aspecto importante que repercute en sus estados depresivos. Grela y López (2001), después de llevar a cabo un taller encaminado a mejorar la salud mental de 52 mujeres uruguayas que presentaban síntomas de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, observaron a partir de la observación directa, a lo largo del taller, así como de entrevistas y la aplicación de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Radolph (CES-D) que mide la sintomatología depresiva enfatizando el componente afectivo, también aplicaron la Escala de Ansiedad de Zung correlacionando los datos obtenidos con el grado de participación en el ámbito público y/o privado, encontraron que las mujeres con mayor incidencia en áreas laborales o con mayores grupos de referencia presentaban niveles más bajos de depresión y

ansiedad. Estos datos se contrastan con lo señalado por Burín (1991) acerca de que las mujeres que trabajan, temen perder su identidad de género que implica entre otras cosas que su rol como trabajadoras es complementario o secundario a su rol de madres, además de trastornos mentales derivados no simplemente del cansancio que les provoca la doble jornada de trabajo (casa/organización) sino además los sentimientos de culpa por un aparente “abandono” a su rol tradicional como madre.

Al analizar todos los factores intervinientes en el proceso salud-enfermedad de las mujeres, que participan de una doble jornada laboral Arroyo, Barroso y Ramírez (1999) comentan que es importante considerar tres aspectos implícitos en la inserción al ambiente laboral:

- a. producción referente al mero hecho de generar económica o materialmente algo para la sociedad, este aspecto se señala que es altamente reconocido, que ya implica la competitividad y la valoración hacia las actividades de los individuos.
- b. reproducción social que explica los modos en que las personas transmiten y mantienen el orden social a partir de las representaciones sociales; es menos reconocido y principalmente adjudicado a las mujeres quienes al educar a sus hijos reproducen estas formas de acción y representaciones.
- c. reproducción biológica limitada únicamente a la preservación de la especie a través del nacimiento de los hijos, a pesar de que este aspecto es altamente valorado, es visto como parte del deber ser, en cuanto al rol de

género femenino, por lo que no es considerado como satisfactor en el proceso de individuación.

Se observa que los problemas de salud originados a partir del trabajo reproductivo son los más diagnosticados en los centros de salud, en tanto que los problemas de salud laboral femeninos son ignorados, lo cual se debe a que las actividades productivas femeninas son invisibles, el trabajo doméstico porque no se ha reconocido como trabajo y el remunerado porque se ve como complementario al gasto familiar y no una actividad que cobre valor por sí misma.

Por su parte Saavedra (2004), al analizar las causas de que las mujeres que trabajan presentan una cantidad menor de malestares, analizando las representaciones sociales que tiene con respecto a su actividad, encontró que cuando las mujeres logran una inserción satisfactoria en el mercado laboral consiguen, además de mayor reconocimiento social y personal, mejores posiciones al interior del grupo familiar, liberándose de algunas de las prescripciones culturales en términos de roles de género; así, se puede señalar que el trabajo fuera del hogar constituye una suerte de conquista en el camino hacia la igualdad y la autonomía.

Lo anterior se vincula con los hallazgos de Hoffman (1989, citado en Blasco y Serra, 1998) quien comparó la salud mental de mujeres casadas que trabajaban y aquellas que únicamente eran amas de casa, a través de entrevistas clínicas, encontrando en las primeras menores síntomas de trastornos psicológicos, por lo que se considera que el empleo favorece estados de bienestar en las mujeres. A pesar de los hallazgos anteriores, se observan datos contradictorios, al no hallar

diferencias significativas en los índices de prevalencia e incidencia en algún trastorno psicológico.

Sánchez, Aparicio y Dresch (2006) analizaron las diferencias en los estados de salud entre hombres y mujeres, encontrando que la actividad realizada por ambos es un factor que interviene más que el género en el desarrollo de enfermedades, específicamente reportan que al estudiar cinco grupos de personas: mujeres trabajadoras, hombres trabajadores, mujeres paradas, hombres parados y mujeres amas de casa, observan que el que peor salud tiene es el de las amas de casa, al ser quienes acuden más a centro de salud indicando un mayor número de dolencias y niveles de ansiedad más altos, el grupo que le siguió en cuanto a desarrollo de enfermedades fue el de las personas sin trabajo fuera del hogar, hombres y mujeres, con lo cual afirman que esta variable ejerce más influencia que la de género. A pesar de esto, señalan que en las mujeres, la salud física está relacionada en mayor medida con las variables psicológicas, esto es, los trastornos emocionales que presentan las mujeres afectan no únicamente a la percepción que tienen de su salud, sino a sus padecimientos físicos manifiestos en el número de enfermedades crónicas y número de dolencias

Cabe destacar que según Blasco y Serra (2003) existe evidencia de que tanto en hombres como en mujeres, la masculinidad tiende a estar asociada más que la feminidad con índices de ajuste personal, incluyendo una mayor autoestima y una tendencia a presentar niveles más bajos de ansiedad y depresión, por lo que el rol de género femenino, intrínsecamente ya presenta mayor tendencia a la ansiedad que el masculino, lo cual permite considerar que la cultura ejerce mayor influencia

en los estados de salud de los individuos, que la influencia que pudiese tener las condiciones físicas propias a hombres y mujeres, éstas últimas son más enfermas cultural que naturalmente.

La mujer cuenta con el poder de mantener o modificar las representaciones sociales que hacen posibles las condiciones de vida en que está inserta tanto ella como los hombres, quienes audazmente las colocan en un nivel inferior, pero al mismo tiempo les confieren la enorme responsabilidad de educar a los individuos del mañana, es decir, a sus hijos.

Por ello es relevante hacer referencia a las creencias más o menos tradicionales que las mujeres tienen hacia su propio género, sus derechos como personas, su función social, sus relaciones con los hombres, etcétera, suponen otro aspecto importante del rol tradicional femenino, básicamente estas indican que como ya se mencionó, ellas deben anteponer sus necesidades a las de sus maridos y sus hijos, tienen menos autoridad en la familia que su cónyuge, cumplen una función social más valiosa cuando se dedican a las ocupaciones familiares y domésticas que cuando trabajan lo cual produce una menor satisfacción vital, mayor ansiedad, sentimientos de inferioridad y frustración ante los hombres, incluso Flores y Díaz (2001) señalan que son las mujeres más tradicionales en donde existe un mayor anclaje de las representaciones sociales, quienes tiene mayores malestares, lo cual implica entonces que “la adhesión a la norma produce malestar”, pero esto último no es exclusivo de las mujeres, sino también se identifica en los hombres, quienes mientras más apropiados estén de las representaciones sociales propias a su género, serán más dependientes de ellas, al cobrar sentido sólo en función de las representaciones que son consensos sociales y que en ocasiones poco

tiene que ver lo que cada individuo quiere para sí, se observa un malestar que llega a generalizarse en todos los ámbitos de la vida y salud de aquellos que se exigen a sí mismos el cumplir con las expectativas y prácticas que la cultura les demanda.

Mujeres y hombres, cuentan con la posibilidad de instaurar nuevas pautas de acción propias y ajenas, pues es importante recordar el papel creador de todo individuo, quien es capaz de construir y modificar las representaciones sociales que han sido legitimadas a través del tiempo y que en el momento histórico en el que se desenvuelva pueden ser hacedoras de conflictos y limitantes dentro de su desarrollo.

En resumen, los individuos se desenvuelven según el rol de género que les corresponda, lo cual repercute en sus estados de salud, definida como un estado de bienestar general que permite desempeñarse de forma adecuada y productiva dentro de la sociedad, una sociedad transmisora de representaciones sociales que imponen un deber ser generador de afecciones en hombres y mujeres, siendo los primeros quienes mayores padecimientos vinculados con sus prácticas genéricas reportan, siendo la cirrosis, los accidentes de tránsito y las agresiones, algunas de las principales causas de muerte en ellos, patrón que refleja su necesidad por ser competitivos, fuertes y dominantes ante sus congéneres y las personas del sexo opuesto, aún cuando esto implique el llevar a cabo comportamientos que pongan en riesgo su salud. Las mujeres, por su parte, presentan un índice mayor en padecimientos de tipo emocional como la depresión y la ansiedad, además de que sus principales causas de muerte se relacionan con el estrés que genera el ser madres y dadoras incondicionales (hipertensión) y los

prototipos de belleza actuales que las motiva a privarse de una alimentación saludable con miras a cumplir con los cánones de belleza establecidos. De esta forma es posible dar cuenta de la forma en que todos los individuos sin importar el género, padecen las normas de acción que socialmente se les han impuesto.

Conclusiones

El analizar la problemática que representa la salud desde una perspectiva social brinda un amplio panorama de acción desde la práctica psicológica, al desmitificar las condiciones de hombres y mujeres, así como sus acciones hacia ella, además de circunscribir la realidad a una creación social susceptible al cambio en vías de un desarrollo individual y colectivo

Como conclusión se puede señalar el papel creador de las representaciones sociales, con base a las cuales la vida en su totalidad cobra sentido, de esta manera el ser y quehacer de los individuos se legitima y normativiza según disposiciones externas, que en su mayoría se han anclado y permanecen transmitiéndose sin reflexión alguna, y por ende, sin conciencia de su esencia e implicaciones.

Así es como los lineamientos sociales instalados culturalmente, determinan las pautas de comportamiento para cada género, además de que de alguna forma delimitan su estado físico y emocional, al encasillarlos en la diada salud-enfermedad, que en el presente trabajo cobra vital importancia, pues gira alrededor de la salud mental, por lo que es menester, hacer referencia a la representación social que simboliza el concepto de salud. Al respecto Güisenberg (2001) mencionó que la noción de salud mental ha sido entendida como sinónimo de normalidad, definiendo como normales y “sanos” a aquellos que de forma consensuada se adaptan y adoptan pautas de comportamiento aceptadas socialmente, es decir; se encuentran institucionalmente integrados, en tanto los enfermos o “locos” son aquellos desadaptados que rompen con dichos estándares, por lo que se conciben y plantean posibles soluciones, no en función

de la “salud mental” que implica bienestar, sino como la integración-adaptación que permita el cumplimiento de una función social pre-establecida.

Incluso considerando la salud desde las iniciativas que tiene la OMS hacia ella, es visible darse cuenta que los criterios de la misma se cifran en la funcionalidad y productividad que los individuos generan al contar con ella, sobre lo cual se concretiza y manifiesta la cultura y sociedad capitalista en que vivimos, en donde el dinero se posiciona no únicamente como una forma de intercambio, sino además como una cualidad de quien lo posee, de tal suerte que “quien más tiene es quien más vale”. Nos desenvolvemos en un sitio donde la producción y el consumo parecen erigirse como pautas de interacción, por ende, el Estado y los organismos represores, a pesar de que crean a los anormales o al menos los criterios para su identificación, pretende su re-ubicación e integración a la vida productiva.

Güisenberg (2001) señala que existe una enorme manipulación de los conceptos de salud-enfermedad, en función del control del Estado y grupos de poder, desde una concepción médica que permite legitimar la ideología represiva ante la desviación.

En este sentido, si el enfermo no produce y no genera, pierde su valor social, y por ende se le debe auxiliar para que recupere sus capacidades como trabajador y además reproductor de determinadas representaciones sociales. Con base en ello estimo que la salud en su totalidad tanto física como mental, es considerada una cualidad de gran valía, por lo que es anhelada y buscada, sin embargo, no se analiza el por qué o para el bien de quien es requerida; pues si la salud; representación transmitida y necesaria por aquellos que dominan, se configura

como un bienestar individual, entonces ella se convertirá en la mejor manera de vivir, lo cual implica el rechazar no sólo la enfermedad sino la propia cualidad de incapacidad para producir.

Ahora; es importante comentar acerca de la anulación de la diferencia que los conceptos de salud y enfermedad promueven, pues al incorporarlas a la representación social de normalidad se intenta eliminar las diferencias a partir de las mismas, es decir, se emplean las diferencias, para juzgar y quizá jerarquizar la actividad y el valor de los seres humanos, y cuando hablo de ello, percibo la manera en que esta peculiar forma de referir las cosas, estableciendo valores, es simplemente una reproducción de la ideología y cultura que ha sido transmitida y que además; hasta hoy, no había sido reflexionada.

Sin embargo, el sistema de representaciones sociales continua preservándose, más allá del proceso reflexivo que este trabajo promueva, por lo que sobre el cual puedo mencionar que aquellos seres "normales" adheridos por supuesto a una norma que les genera malestar, se consideran como más capaces, cualidad que le brinda el poder para dominar a aquel incapaz.

Pese a lo anterior, creo importante hacer hincapié acerca de la importancia de los criterios o parámetros que establecen que caracterizan los estados de salud y bienestar, así como los de enfermedad, ya que dicha dicotomía posibilita la preservación del orden social, pues la aceptación consensuada de todas las personas a las normas sería una situación insostenible, ya que los sanos y normales, se reconocen en sus opuestos, quienes los validan y se legitiman a sí mismos, es decir; el sistema o las instituciones de salud mental tiene como

objetivo erradicar la diferencia o enfermedad, a pesar de que con ello dificulta la conceptualización de la salud misma.

La forma en que se concibe la enfermedad mental perméa las acciones que se realizan en torno ella, debido a que según Dimauro (1995) frecuentemente se hacen calificaciones absolutas y negativas hacia las personas que las padecen, de tal forma que la persona llega a convertirse en lo que los comportamientos representan presentándose así una fusión entre sus comportamientos y la persona en su totalidad comprometiendo su identidad.

Este rol en el que la persona “es” lo que padece, es asumido por ella incorporándolo a la personalidad y actuando compulsivamente en repetidas ocasiones, por lo que se ha considerado que una forma menos nociva y más eficaz es designando la conducta o la acción o comportamiento sin incluir a la persona, evitando las tendencias cosificantes y emplear entonces el verbo estar, y no el verbo ser, que subordina los comportamientos futuros, por lo que se debe indicar con el verbo estar, una situación entre un antes y un después, lo cual permite describir la situación.

Con respecto a las representaciones dicotómicas de los géneros, cabe señalar que imponen tanto a mujeres como a hombres, limitaciones en su crecimiento personal, diseñan subjetividades contrapuestas, excluyentes que atraviesan la propia vida tanto en sus aristas privadas como públicas. Esto promueve una estereotipia que desarticula cualquier empeño por establecer relaciones interpersonales y el desarrollo de una cultura más humanas. Calvin (2001), señaló que los daños en la salud mental de género denuncian estado de cosas, de una forma de vida insatisfactoria, de presiones y mandatos contradictorios, que

dificultan el desempeño, por lo que se entiende el sin sentido de las representaciones sociales aceptadas hasta ahora.

Hasta ahora se ha establecido la manera en que la mujer se ha incorporado al universo de lo público dentro del cual se ubica su desempeño laboral y académico, sin embargo me parece importante señalar que esto no ha generado un cambio significativo en lo que a representaciones sociales se refiere, lo cual se ejemplifica en el trabajo realizado por Rius (2001), quien a través del análisis de casos de mujeres profesionales, se percató que a pesar de que para ellas su actividad profesional es altamente estimada y satisfactoria, hasta el punto en que se ubica como objetivos importantes en su vida, la maternidad sigue ocupando un lugar central para su realización como mujeres.

Rius (2001) encontró que la maternidad continúa apareciendo como eje de la identidad femenina en estas mujeres desde la visión de sacrificio, entrega incondicional, autoanulación lo cual perpetúa la sinonimia "buena mujer - buena madre", por lo que aún siguen desempeñando su rol dentro de la vida doméstica y figuras centrales de esta dinámica ejerciendo fuertes funciones de equilibrio familiar.

Esto conduce a plantear que aún crecemos en una sociedad de raíces patriarcales cuya cultura sigue influyendo a través de sutiles mecanismos de difícil identificación y desmontaje e instalándose con especial fuerza en la estructura y funcionamiento psicológico de sus individuos, debido a ello la visión social del género persiste, aunque las prácticas difieran y que además generen temor en los

hombres ante la pérdida de su identidad, pues es importante recalcar que las mujeres están cambiando sus actividades e incluso formas de relación, sin embargo los hombres no lo han hecho lo cual comienza a generar una brecha entre ambos.

Se podría considerar entonces que los hombres además de que no han respondido a los cambios presentes, tampoco están preparados para ellos, sin embargo me atrevo a decir que tampoco las mujeres lo están al continuar polemizando entre una identidad con la cual no están conformes pero que no tienen fuerza de abandonar y una identidad nueva que les asusta y aún no logran defender y anclar definitivamente.

Si el cambio no puede ser asimilado aún, la situación se agrava ya que las tendencias indican que este urge tanto para las mujeres como para los hombres, sin embargo desde mi punto de vista se requiere una transición que no implique el imitar a los hombres o quizá viceversa sino simplemente la igualdad basada en la permanente e inevitable diferencia, esto conlleva la adquisición del sentido propio no con base al otro, sino con respecto a sí mismo, es decir, mujeres y hombres deben afirmarse y representarse desde sus necesidades, capacidades y posibilidades de acción.

Banchs (1999) considera que el cambio de las representaciones sociales y roles de género es un proceso procesual colmado de conflictos y logros que se relacionan con la historia particular a cada cultura, lo cual evidencia la relevancia que está adopta dentro del bienestar social, así, la historia y desarrollo de la

sociedad, dictamina nuevas necesidades y por ende requerimientos hacia los individuos, hasta el punto de El uso, y la practicidad se transforman en factores intervinientes en la construcción de los sentidos necesarios para el establecimiento del **ser** que se pierde en la dialéctica de lo que es y puede ser, aniquilando su derecho y poder hacia la auto-confirmación mientras le cede al ejercicio de lo cotidiano la construcción de su realidad e identidad.

Para finalizar puedo comentar que lo real y el sentido del ser (mujer u hombre, sano o enfermo) se encuentra suspendido en la misma irrealidad de toda representación social, que por tanto pudiese ser considerada como superflua, pero que lamentable y afortunadamente se escribe y se aferra a la vida social, como única forma de entenderse y pensarse, cobrando vida y creciendo por sí misma hasta olvidar que no es más que una creación de un ser, que tiene la facultad de modificarla o en su defecto destruirla según los fines que a él convengan y siempre con la responsabilidad que esto implique.

Referencias Bibliográficas.

1. Alvaro, J.L (1995). *Psicología social: perspectivas teóricas y metodológicas*. Madrid: Siglo XXI.
2. Arroyo, F. Barroso, R. y Ramírez, J. (1999). *Doble jornada de trabajo femenina y efectos negativos de tipo psicológico*. UNAM- FES Iztacala.
3. Banchs, R.M. (1999). Representaciones sociales, memoria social e identidad de género En: *Revista Akademos*, II, 1, 59-76. disponible en <http://webs.uvigo.es/pmayobre>
4. Berger, P y Luckman T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu
5. Bernal, D. R. (2004). "Los procesos de individuación de mujeres en la ciudad de México". En: Massolo, A (2004) *Una mirada de género a la Ciudad de México*. México: Casa Abierta al tiempo. Pp. 185-208.
6. Blasco, J. y Serra, D. (1994). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas En *Anales de psicología*. vol . 13, nº 2. pp. 155-161. España.
7. Burín, M. (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Buenos Aires: Paidós.
8. Burín, M., Dio B. y Emicler (1996). *Género, Subjetividad y Psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós.
9. Calvín, P.M. (2001). *Género, salud mental y violencia*. Ministerio de Salud. Servicio Nacional de la Mujer. Chile.

10. Cochrane, R. (1982). La mujer, el matrimonio, el trabajo y la salud mental. En : *Salud mental*. 5(2) pp. 46-47.
11. Dimauro, M. I. (1995). *Salud mental y sociedad. Más allá de lo endógeno. Principios básicos para una psiquiatría humanística*. Argentina; Ateneos. Pp. 27-47.
12. Fernández, R (2001). *Roles de género, mujeres académicas, ¿conflictos?*. Facultad de psicología y cátedra de la mujer. Universidad de la Habana. Disponible en <http://www.campus-oei.org/salactsi/lourdes.htm>.
13. Flores F. (2001). *Psicología social y género; el sexo como objeto de representación social*. México. Ed. Mc Graw Hill.
14. Flores, P. F. (2000). *La representación social de feminidad en profesionales de la salud mental*. Tesis Doctoral. UNAM.
15. Flores, P. y Díaz, C (2001). Esquemas dicotómicos de la representación social en un grupo de profesionales de la salud mental. En: *Revista Polis*. (1)2. UAM. Iztapalapa. Pp. 247-262
16. Granados, C. J. y Ortiz, H. L. (2003). Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. En *Salud mental*. 26(1) pp 42-50.
17. Grela, C. y López, G. (2001). *Mujeres, salud mental y género*. Comisión municipal de la mujer. Intendencia municipal de Montevideo.
18. Guinsberg, E. (2001). *La Salud mental en el Neoliberalismo*. México. Plaza y Valdez. pp.34-63.
19. INEGI (2005). Boletín de Salud Pública www.inegi.gob.mx
20. Lamas, M. (1990). "Debate feminista." En: *Revista de estudios feministas*; (1) pp. 1-10. México.

21. Lara, A. (1995). "La salud mental de las mujeres. Que sabemos y hacia donde dirigirnos". En: *Anales del instituto mexicano de psiquiatría*.
22. Lara, A. (1999). "Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer." En: *Salud Mental*. Número Especial. pp. 121-127.
23. Massolo, A (2004). "Los temas de la ciudad desde la perspectiva de género". En: *Una mirada de género a la Ciudad de México*. México: Casa Abierta al tiempo. Pp. 7-31.
24. Mora, M. (2002). "La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici". En: *Athenea digital*. (27)pp:1-25. Disponible en: <http://www.blues.uab.es7athenea/num27mora>
25. Moscovici, S (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
26. Moscovici, S. (1988). *Psicología social II: pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.
27. Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en Salud mental. Departamento de Salud mental y abuso de sustancias*. Ginebra.
28. Paéz, D. (1984). "Características, funciones y proceso de formación de las representaciones sociales". En: *Pensamiento, individuo, sociedad, cognición y representación social*. Madrid: Fundamentos. Pp. 297-317.
29. Rius, F. (2001). *Roles de género, mujeres académicas, ¿conflictos?*. Facultad de psicología y cátedra de la mujer. Universidad de la Habana. Disponible en <http://www.campus-oei.org/salactsi/lourdes.htm>

30. Saavedra, M. (2004). *Representaciones sociales de género: mujeres y hombres frente al trabajo*. Centro de estudios sociales. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/Web/ces/publicaciones>.
31. Sánchez, M^a P., Aparicio, M., Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de salud: diferencias entre hombres y mujeres. En: *Psicothema*, 18 (3), 584-590.