



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

REPRESENTACIÓN SOCIAL
DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA
RESPECTO A LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

T E S I S

que para obtener el grado de
Licenciado en Psicología presentan:

Nancy Anguiano Peña
Erika Lara Baltazar

Asesoras:

Dra. Olivia Tena Guerrero
Dra. Laura Evelia Torres Velázquez
Lic. Juana Olvera Méndez



Tlalnepantla, Edo. de México

2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Con cariño, admiración y respeto:

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por ser pública y gratuita y por abrirnos las puertas al conocimiento y por su vocación de formar profesionales humanistas, preparados para servir a la sociedad.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala / Carrera de Psicología

Por formar Psicólogos con capacidad y talento
en todas las áreas de esta noble disciplina.

A la Dra. Olivia Tena Guerrero

Por todas sus enseñanzas, por su compromiso
e invaluable ayuda para lograr satisfactoriamente este proyecto.

A la Dra. Laura Evelia Torres Velázquez

Por sus sugerencias y apoyo.

A la Lic. Juana Olvera Méndez

Por su colaboración y sus enseñanzas como
profesora y como ser humano.

A todos los profesores de la FES-Iztacala

Por sus enseñanzas y por compartir sus experiencias
en pro de nuestra formación personal y profesional, especialmente
a aquellos que siempre nos apoyaron y creyeron en nosotras.

Nancy Anguiano Peña

Dedicatoria

A mis padres y hermanos

Por la confianza y apoyo invaluable que me han brindado, por no dejarme caer ante los obstáculos, por creer siempre en mí y por la fortaleza que me proyectaron para alcanzar esta meta que juntos hemos logrado.

A mis amigos

Por acompañarme en esta carrera de la vida, porque a través del tiempo y de los momentos que hemos compartido ahora forman parte de mi familia, en la cual sé que ayer, hoy y mañana seguiré contando con ellos.

Agradecimientos

A Erika porque junto a ella no sólo aprendí cuestiones académicas sino también crecí como persona, porque vivimos cosas muy semejantes en tiempos similares y concluir éste episodio tan importante no fue la excepción.

A Benjamín porque sin saberlo, logró liberarme de todo aquello que algún día me agobió y a cambio me devolvió la paz y aspectos valiosos que había perdido incluyendo mi fe en las personas.

Erika Lara Baltazar

Dedicatoria

A mis padres

Por enseñarme a luchar por mis sueños y vencer obstáculos. Por ayudarme a ser la mujer que soy; éste logro también es suyo.

A Liliana

Por creer en mí, por su cariño y por su apoyo desinteresado e incondicional.

A mis seres más queridos

A Fernando por ser mi mejor amigo; por su apoyo en todo momento. A Eliza por estar siempre a mi lado, a Juan porque con su ejemplo me ha mostrado que con dedicación todo sueño es posible. A Luis Eduardo, Miguel Ángel y mi nena que con sus sonrisas me impulsan a ser mejor cada día.

Agradecimientos

A mis amigas Nancy, Mónica y Guadalupe por creer en mí y por hacerme grato cada día que estuve en las aulas de la Universidad, por compartir sueños y desvelos; especialmente a Nan por creer en este proyecto y compartirlo conmigo.

"No se nace mujer: se llega a serlo"

Simone de Beauvoir (1949)

ÍNDICE

<i>Introducción</i>	7
Capítulo 1. Género, Salud y Enfermedad Mental	
1.1 Sexo y género, ¿conceptos diferentes?	12
1.2 El sexo como categoría analítica	15
1.3 Definiendo la salud y enfermedad mental	18
1.4 Salud y enfermedad mental de las mujeres: modelos explicativos	21
Capítulo 2. Representaciones Sociales	
2.1 Qué son las representaciones sociales	26
2.2 Formación de una representación social	30
2.2.1 El proceso de objetivación y anclaje	31
2.3 Representación social de los géneros masculino y femenino.....	33
2.4 Los malestares femeninos: causas y efectos.....	41
Capítulo 3. Representación Social de Estudiantes de Psicología Respecto a la SaludMental de las Mujeres	
3.1 Método	51
3.2 Resultados.....	53
Discusión y Conclusiones.....	67
Referencias	71
<i>Anexo 1. Instrumento</i>	
<i>Anexo 2. Diagramas de categorías</i>	

INTRODUCCIÓN

Independientemente del contexto social en que surjan, y por lo tanto de las diferencias que puedan encontrarse en ellas a través del tiempo, las representaciones sociales de género han estado basadas en la continua oposición entre lo femenino y lo masculino. Este contraste ha creado diferencias que constituyen una forma clave para que los seres humanos se identifiquen como personas, para organizar las relaciones sociales y para simbolizar los acontecimientos y procesos naturales y sociales significativos (Harding, 1996, citado en Araya, 2001).

Por lo anterior, un rasgo constante en las representaciones sociales de género es que ellas dirigen un saber, una construcción social de las categorías de sexo destinadas a mantener relaciones de supremacía y de dominación de parte de un sexo, que suele ser el masculino. Así, las diferencias entre los sexos se convierten en el sexo natural –biológico-, y éste a su vez se vuelve el principio explicativo que permite justificar las desigualdades entre hombres y mujeres (Mosconi, 1998, citado en Araya, 2001).

Lo expuesto nos dirige a la reflexión sobre el lugar que las mujeres han ocupado dentro de las sociedades, dado que la situación desventajosa que actualmente experimenta en la familia y el mercado laboral (entre otros), así como sus consecuencias, no son producto de la generación espontánea o casualidad, sino de un proceso histórico cultural.

En el sentido anterior, Benito y Martínez (2000) nos dan un ejemplo de las desigualdades entre hombres y mujeres justificadas en la diferencia sexual cuando refieren que la mujer, en la primitiva Roma, era considerada como sujeto no plenamente capaz, y en consecuencia no tenía derechos por lo que se encontraba sometida a tutelas del padre o marido; las tres principales razones de ello se decían, eran la ligereza del juicio femenino, la debilidad del sexo y la ignorancia de las cosas de foro, por lo que ni siquiera podían disponer de sus bienes, siendo estos administrados por los esposos.

Años después se reconoció que su capacidad intelectual es igual a la de los varones y se le reconocieron legalmente sus derechos, pero a pesar de ello sigue siendo tratada como inferior. Si bien actualmente tiene acceso a la educación institucional y al mercado de trabajo, la idea tan arraigada sobre su papel dentro del hogar, poco se ha modificado, teniendo así que desarrollar una doble jornada laboral (las hogareñas, por supuesto, no son consideradas como trabajo) lo cual ha generado conflicto y malestar en ellas, en detrimento de su salud mental.

Al respecto, Grela y López (s/a) manifiestan que la medicalización del cuerpo y del sufrimiento ha constituido una de las estrategias de control social más eficaces que nuestras sociedades han desarrollado para preservarse de la *peligrosidad* de la sexualidad, la locura, las diferencias y la denuncia social. En especial, señalan la psiquiatrización del cuerpo de las mujeres como medio para acallar su inconformidad ante los roles de género que la sociedad patriarcal les ha impuesto.

Así, revisando el modelo de enfermedad mental desde el lugar y la historia de las mujeres, se hace necesaria la consideración de otras miradas e interpretaciones del problema, mismas que Grela y López (s/a) puntualizan del siguiente modo:

La cacería de *brujas* (considerada entre los genocidios de la humanidad) constituyó el emergente político y social de un tiempo histórico intolerante hasta la muerte con sus mujeres; temeroso de sus capacidades y posibilidades de desarrollo e incidencia social, en tanto que las brujas eran mujeres medievales (en su mayoría pobres y ancianas) portavoces de sabiduría popular, que contaban con legitimización frente a sus comunidades.

Las *histéricas*, por su parte, eran mujeres, generalmente jóvenes (principalmente burguesas) que denunciaban con su sintomatología el enclaustramiento social y cultural del cual eran objeto las mujeres de fines del siglo XVIII.

Por último se encuentran las *deprimidas*, mujeres contemporáneas de todas las edades y sectores socioeconómicos, amas de casa, profesionales, trabajadoras, madres o sin

hijos, en pareja o como jefas de familia, que denuncian recurrentemente, a través de sus estados depresivos los malestares femeninos que padecen como consecuencia de los roles sociales que juegan.

Del modo anterior, se señala que la enfermedad mental de las mujeres ha sido vista como una patología individual y no como manifestación de inconformidad ante las condiciones sociales opresivas en que viven quienes la padecen, siendo su tratamiento equivocado, por lo que Busfield (1996) propone analizar los orígenes del desorden mental no en términos individuales sino a través de una ideología e interés social, en tanto que la ciencia no tiene un valor neutral, sino que por el contrario, es sexista, por lo que surge la necesidad de introducir la perspectiva de género en el estudio y tratamiento de la salud y enfermedad mental de las mujeres, a fin de construir nuevas hipótesis sobre dónde y cómo detectar las condiciones de vida enfermantes de las mujeres, en busca de nuevas formas de tratamiento.

Así, y bajo los argumentos anteriores, el presente proyecto es una extensión del estudio piloto llevado a cabo por Tena (2005) en tanto amplió la población empleada; el objetivo fue realizar un análisis más profundo de *la representación social de estudiantes de Psicología respecto a la salud mental de las mujeres*, aplicando la técnica de redes semánticas naturales, a fin de agregar validez externa a los datos encontrados a través de dicho estudio.

Concretamente, se analizaron las diferencias conceptuales de la muestra respecto a la salud y enfermedad mental como conceptos ordinarios y éstos mismos adjudicados a los hombres y a las mujeres, considerando que es importante conocer tales conceptualizaciones semánticas en tanto como muestra Flores (1997), éstas influyen en el tratamiento diferenciado de dichos problemas, por parte de los futuros profesionales de la salud, participando así en la reproducción y naturalización de los roles de género, que como se presenta a lo largo de este trabajo, tienen consecuencias en la salud mental tanto de hombres como de mujeres, aunque es claro el interés en el segundo grupo.

Del modo anterior, en el primer capítulo se muestran las diferencias conceptuales entre el sexo y el género como primer paso para entender al segundo como categoría analítica, además de que se describen los modelos de salud mental para el tratamiento de ésta en las mujeres, manifestándose la incomodidad con la forma en que el modelo psicopatológico y emotivo-sensible han concebido la salud y enfermedad mental de las mujeres, pues entre otras cosas, al primero se le cuestiona el uso de parámetros diferentes en sus definiciones de salud mental para cada sexo, y que las diferencias entre los géneros sean interpretadas como explicaciones más que como descripciones, en donde la causa que se arguye es casi siempre biológica; mientras que al segundo se le increpa el reconocer conflictos y únicamente tratar de armonizarlos basándose en una concepción reduccionista de lo que significa la salud.

Asimismo, se plantea como alternativa concebir la salud y enfermedad mental de las mujeres desde una perspectiva de la complejidad (modelo tensional-conflictivo) integrando un análisis de género, que de acuerdo con Grela y López (s/a) implica considerar la policausalidad de los fenómenos (condiciones socioeconómicas, producción histórica de la masculinidad y de la feminidad, sistema de valores y modelos científicos de interpretación e intervención técnica; análisis de las prácticas sociales y de vidas cotidianas) y su recursividad (los productos y los efectos son al mismo tiempo causas y productores de aquello que los produce).

Por su parte, en el segundo capítulo se presenta a la teoría de las representaciones sociales como la opción teórica que permite realizar un análisis amplio y profundo de la dupla salud – enfermedad mental de las mujeres, que va más allá de las explicaciones tradicionales, en tanto que dicha teoría presenta a la sociedad como un foco de estudio y no simplemente como el telón de fondo para las investigaciones basadas en lo individual (Morant, 1998).

Así, en este capítulo también se describe la representación social¹ de los géneros masculino y femenino, señalándose a los roles de cada uno como desencadenantes de lo que se denominan los *malestares* femeninos, mismos que se encuentran presentes en las mujeres sin importar su condición social.

Se señala con lo anterior que las formas en que las mujeres aprenden a relacionarse en las diferentes áreas de su vida están determinadas por el lugar donde el sistema dominante las ubica, el lugar de la subordinación (Tavora, s/a), de tal forma que a partir de dicho punto de vista, se reflexiona en el por qué algunas situaciones que se presentan como elementos que deterioran la salud mental de las mujeres son el matrimonio, la doble jornada laboral, el rol de ama de casa y la pobreza, entre otras (Burin, Moncarz y Velásquez, 1990, citados en Lara, Acevedo, López y Fernández, 1996).

Finalmente, en el tercer capítulo se describe la *representación social de estudiantes de Psicología respecto a la salud mental de las mujeres*, cuyas principales definidoras, de acuerdo con los resultados son *trabajadoras, tranquilas, equilibradas, concientes, abiertas, libres, y madres*, con las cuales se hace evidente que la identidad de género permea fuertemente dicha definición.

Es así como se discute la importancia de replantear teórica y metodológicamente el estudio de las enfermedades mentales de las mujeres en términos de malestares, disminuyendo su carga valorativa y generando posibilidades de estudio más allá del caso individual, patológico y adaptativo (Tena, 2005), lo anterior con el fin último de descentralizar el discurso y las prácticas profesionales en materia de salud mental del modelo biomédico.

¹ Entendida como “un conjunto organizado de cogniciones relativas a un objeto, compartidas por los miembros de una población homogénea en relación a ese objeto” (Flament, citado en Flores, 2001; p. 16).

CAPÍTULO 1

GÉNERO, SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

1.1 Sexo y género, ¿conceptos diferentes?

Actualmente es común escuchar hablar sobre equidad de género, sin embargo, existen diversas interpretaciones que hacen referencia a este término, y aunque algunas son más aceptadas que otras, popularmente todavía existe confusión debido al inadecuado manejo de su significado. Ejemplo de ello es la expresión clásica de que las mujeres pretenden ser iguales a los varones, hablándose de sexo como sinónimo de género cuando en realidad existen diferencias entre ambos conceptos. Por ello, es pertinente establecer una definición general de lo que se entiende por sexo y género como el primer paso para comprender este último como categoría analítica.

Cuando hablamos de teoría de género, automáticamente nos remite a hablar de teoría feminista, ya que ésta tiene sus primeras raíces en el feminismo, el cual de acuerdo a Huamán (2005) y Lamas (citado en Trujano, 2002) ha tenido dos momentos. El primero desde mediados del siglo pasado hasta los años setenta, que tuvo como objetivo luchar por el sufragio universal y la reivindicación de derechos. El segundo momento llega hasta la actualidad y busca una ruptura simbólica de la figura legitimada de mujer y del discurso construido sobre ella, mediante perspectivas teóricas que analizan los efectos del ocultamiento y marginación, así como las experiencias de las mujeres en espacios de poder tales como el mercado laboral.

En el ámbito de la psicología, se hace referencia al género como una construcción psicosocial de naturaleza relacional que, aunque no debe identificarse con el hecho de nacer sexuado, está entrelazado con éste, por lo que hay múltiples interacciones entre sexo y género, es decir, tradicionalmente se consideraba que, en la configuración de la identidad personal, el sexo era un factor que biológicamente determinaba las diferencias observadas entre varones y mujeres, y que era el causante de las diferencias sociales existentes entre las personas sexuadas en masculino o femenino.

Contrario a lo anterior, Mayobre (2004) señala que no se ha hallado nada que esté asociado con la feminidad o la masculinidad por lo que tiende a afirmarse que "... en el sexo radica gran parte de las diferencias anatómicas y fisiológicas entre las mujeres y los hombres, pero todas las demás pertenecen al dominio de lo sociológico, al ámbito de lo genérico y no de lo sexual, por lo tanto, los individuos no nacen predeterminados biológicamente con una identidad de género", esto en palabras de Ehrenfeld (1991) significa que las personas no nacen psicológicamente como varones o como mujeres, sino que la adopción de su identidad es el resultado de un largo proceso de construcción, en el que se va organizando la identidad sexual a partir de una serie de necesidades y predisposiciones que se forman y configuran en interacción con el medio familiar y social.

De esta manera, autores como Álvarez y Sánchez (2001) y Huamán (2005) coinciden en señalar que el término *género* refiere a la construcción sociocultural de los comportamientos, actitudes y sentimientos de los varones y mujeres, que son producto de un proceso histórico desarrollado en diversos ámbitos tales como el Estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y a través de relaciones interpersonales.

Lo anterior supone un proceso de división y jerarquización de actividades, de tal modo que lo masculino es calificado como de mayor valor que lo femenino; en términos prácticos, el concepto de género nos permite criticar sustentadamente a los roles impuestos por la sociedad y la cultura a cada sexo, además de que como señala Huamán (2005), nos permite diferenciar cuerpos de identidades.

Ahora bien, ¿qué fin persigue el concepto de género?. De acuerdo con Álvarez y Sánchez (2001), la noción surgió con la finalidad de acabar con las teorías biologicistas que justificaban las diferencias posicionales en la estructura social entre varones y mujeres como consecuencia de las características biológicas de cada uno, en la que naturalmente el varón disfrutaba de todos los beneficios mientras la mujer de *pocos o ninguno*.

Lo antes mencionado tiene un origen histórico dentro del cual, la formación entre varones y mujeres se manejó de tal manera que a los primeros se les enseñó que tenían la obligación de ser proveedores -económicamente- y por lo tanto se les proporcionó instrucción académica con el fin de que les ayudara a cumplir con ese objetivo, lo cual, acarreó como consecuencia la restricción escolar para la mujer, dejándola por mucho tiempo en desventaja ante dicha situación (Newland, 1982). Con ello, podemos advertir que la búsqueda de la equidad de género va dirigida a conseguir un equilibrio de posición social (sin jerarquía por razón de género) en todos los ámbitos de oportunidad entre hombres y mujeres.

Continuando con la tarea de diferenciar sexo y género podemos señalar que en general, autores como Álvarez y Sánchez (2001) indican que cuando se habla de *sexo* se hace referencia a diferencias biológicas entre mujeres y varones determinadas genéticamente (aplicable siempre y cuando se trate de características naturales e inmodificables). La concepción de género hace referencia al conjunto de ideas, creencias y atribuciones asignados a varones y mujeres según el momento histórico y cultural específico que determinan las relaciones entre ambos.

Por otra parte, cabe señalar que dentro de la psicología social existen dos formas disímiles de tratar el sexo como objeto de estudio social (Flores, 2001), por una parte se encuentran los estudios prescriptivos y por el otro los de género.

Los primeros se centran por lo general en las relaciones en las que el sexo ocupa una posición fundamental en su regulación (la pareja, la familia, la sexualidad...) y ubican como variable independiente al sexo (como causa de las particularidades que surgen en el estudio); por lo general, asignan atributos diferenciados y excluyentes a cada sexo¹. Por su parte, “los estudios de género entienden el sexo como un sistema socialmente prescripto, sobre lo cual intentan categorizar los fenómenos sociales que orientan las diferentes estructuras cognitivas de los sujetos” (Flores, 2001, p. 4); “postula que la diferencia

¹ Desde el punto de vista del modelo de género esta perspectiva no aporta teóricamente una explicación a la construcción cultural de la diferencia de roles sexuales (Unger y Horda, 1994, citados en Flores, 2001).

biológica no representa el origen de las funciones cognitivas específicas de cada sexo, ya que son las *regulaciones sociales* que establecen la diferencia entre los sexos y orientan desigualdades en la conducta de los sujetos” (Doise, 1990, citado en Flores, 2001, p. 4).

Cabe indicar que en este trabajo se retoma la definición propuesta por Flores (2001) sobre el género, al cual presenta como “sistema ideológico cuyos distintos procesos orientan el modelaje de la representación social diferenciada de los sexos, determinando formas específicas de conducta asignadas en función del sexo biológico” (p. 7).

Finalmente, y una vez diferenciados los conceptos sexo y género, podemos proceder a describir la relevancia del segundo como categoría analítica, misma que como se apreciará en el apartado siguiente, ha orientado el estudio de nuevas “áreas del conocimiento psicosocial”.

1.2 El género como categoría analítica

Como vimos en el punto anterior, la diferenciación de los conceptos sexo y género amplió los argumentos a favor de la equidad de las mujeres, señalando que las diferencias en la estructura social dependen de la organización social y cultural y no de las diferencias biológicas. Con lo anterior se resalta que las divisiones sociales de poder, asignan espacios, tareas, deseos, derechos, obligaciones y prestigio de una forma desigual, pues limitan las posibilidades de acción de las mujeres de forma injustificada.

En el aspecto anterior, Álvarez y Sánchez (2001) explican que la importancia del género como categoría analítica posibilitó la identificación de nuevos temas y problemas de investigación sobre la base de considerarlo un elemento constitutivo de las relaciones sociales. Algunos de dichos temas son los siguientes:

1. La división del trabajo. Consiste en una asignación estructural de tipos particulares de tareas a categorías particulares de personas y de la conceptualización de lo que es trabajo. En este sentido, Mayobre (2004) señala que ante esa división sexual del

trabajo, las mujeres han desarrollado un género social relacionado con el ámbito de la reproducción, entendida en un sentido amplio y que incluye no sólo la reproducción de la especie sino, la atención y protección de toda la familia, la preparación de alimentos, la socialización de la infancia, etcétera. Por su parte, el varón desarrolla una identidad de género asociada al control de la naturaleza, a la guerra, al desempeño de un trabajo remunerado, al dominio de la técnica, a la organización y representación social y política, a la ocupación del ámbito público, etcétera.

2. La identidad de género. Funciona como un criterio de diferencia entre varones y mujeres y de pertenencia o adscripción a unos modos de sentimientos y comportamientos que en una sociedad concreta se han definido como femeninos o masculinos, es decir “el conjunto de elementos materiales y simbólicos que permiten a los individuos identificarse como parte de un grupo social, al mismo tiempo que diferenciarse de los otros” (Montesinos, 2000).

3. Las atribuciones de género. Forman parte de las definiciones sociales, son creencias, valores y normas compartidas por los miembros de una sociedad que inciden en las representaciones acerca de los roles que han de desempeñar. Se diferencian de los estereotipos, considerados como el conjunto de características que se aplican de un modo fijo como representativas de una persona, grupo o colectivo.

4. Las ideologías de género. Son sistemas de creencias que explican cómo y por qué se diferencian los varones y las mujeres; sobre esa base se especifican derechos, responsabilidades, restricciones y recompensas diferenciales y se justifican las reacciones negativas ante los inconformes. Conllevan justificaciones y/o racionalizaciones sobre las relaciones sociales y políticas de desigualdad.

5. Normas sociales. Son expectativas compartidas referentes a la conducta adecuada de las personas que ocupan determinados roles y posiciones sociales o se encuentran en situaciones específicas.

6. Prestigio. Dado que los sistemas de prestigio se insertan en dinámicas de reconocimiento social, satisfacción de logros y estima social, es interesante analizar los procesos por los cuales determinadas actividades y profesiones adquieren prestigio o se devalúan socialmente si son desempeñadas por mujeres o por varones.

En general Álvarez y Sánchez (2001) denotan que el privilegio masculino ha sido garantizado porque el género se ha convertido en un elemento clave de la organización social y se despliega y reproduce simplemente poniendo en marcha procedimientos arraigados institucionalmente. De esta forma es importante señalar nuevamente, que “la finalidad del estudio del sistema de género en psicología social es distinguir cómo se sintetizan los diferentes procesos sociocognitivos convergentes en el objeto común de la construcción de la diferencia” (Flores, 2001, p. 21).

Con el comentario anterior, los autores citados dan pie a reflexionar sobre el arraigo y reproducción dentro de los miembros de la cultura, ya sean varones o mujeres, de los papeles que juegan dentro del sistema social, aspecto que se analizará con detalle en el capítulo dos.

Ahora bien, de la misma manera en que el sistema de género ha permeado en aspectos como los enlistados, también se relaciona con la noción y significación de la salud y enfermedad mental como se expondrá en el apartado siguiente.

1.3 Definiendo la salud y enfermedad mental

El concepto de salud mental es de difícil definición por diversas causas; la principal de acuerdo a González de Pablo y cols. (1993, citado en Álvaro, 1992) es que se trata de un concepto cuyo contenido es, en gran medida, valorativo. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos tanto afectivos como cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como sano o enfermo varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico, de esta forma, podemos señalar cuatro grandes fases de la representación social de la enfermedad mental: la primera, la consideró como posesión diabólica o inspiración divina; la segunda la interpretó como desviación social, la tercera como enfermedad física y, finalmente, tenemos una concepción basada en diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos (Silvana de Rosa, 1987, citada en Álvaro, 1992).

Como nos podemos dar cuenta, es difícil tratar de definir la salud mental sin hacer mención de la enfermedad mental, razón por la cual hablaremos de ellas conjuntamente en el proceso de diferenciar ambos conceptos, aclarando que no se trata de definir a una como ausencia de otra, en tanto que como indica Jahoda (1980, citado en Álvaro, 1992), existen personas que puede tener problemas de salud mental y no estar mentalmente enfermas.

En segundo lugar –continuando con la explicación de González de Pablo, (*op cit*)-, los procesos psicológicos asociados con la salud o la enfermedad mental pueden ser descritos de formas diversas según los diferentes modelos psicológicos y médicos (psiquiatría organicista, modelos psicosomáticos, psicodinámicos, psicoanalíticos, conductistas, cognitivos, socio-genéticos, comunitarios, etcétera), lo cual dificulta y/o hace inviable un modelo integrativo o un criterio de definición único de salud o enfermedad mental (Warr, 1987, citado en Álvaro, 1992).

En tercer lugar, existen criterios diferentes para la definición de salud o enfermedad mental. Los trastornos mentales pueden ser socialmente reconocidos a través del diagnóstico o a través de un enfoque epidemiológico en el que el objetivo es dar cuenta del

tipo y severidad de los síntomas antes que la clasificación de las personas como mentalmente sanas o mentalmente enfermas (González de Pablo y cols, 1993, citado en Álvaro, 1992).

Los criterios para el diagnóstico de las enfermedades mentales, si bien varían, tienen, en la actualidad, un punto de referencia básico en los criterios de diagnóstico del *Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV), cuyos principales criterios para el diagnóstico son la existencia de sintomatología, el comportamiento social desajustado y la duración prolongada de los síntomas. Las categorías de diagnóstico son, además, mutuamente excluyentes.

Este tipo de detección de trastornos mentales ha sido objeto de críticas, entre las cuales se destacan dos. La primera hace referencia a que la división en categorías de los trastornos mentales no refleja adecuadamente la realidad. Diversos estudios en los que se analiza la agrupación de síntomas según la técnica del escalamiento multidimensional muestran un elevado grado de solapamiento entre los síntomas que caracterizan diferentes trastornos mentales. La segunda crítica enfatiza el hecho de que los criterios de diagnóstico comúnmente excluyen a un importante número de personas con problemas psicológicos (Mirowsky y Ross, 1989, citados en Álvaro, 1992). En síntesis, los criterios utilizados para diagnosticar a aquellas personas que tienen problemas de salud mental establecen, en ocasiones, una realidad superpuesta a los problemas reales, cognitivos y/o emocionales, de las personas.

Como ya se señaló, los criterios convencionales para definir la enfermedad mental siguen los criterios del diagnóstico anteriormente reseñados; en lo que respecta a la salud mental, autores como Jahoda o Warr (1980; 1987, citados en Álvaro, 1992) han tratado de identificar los componentes principales de la salud mental: bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etcétera.

Las investigaciones llevadas a cabo principalmente en el área de la salud mental, se han centrado básicamente, en el estudio de los factores psicosociales que determinan diferencias en salud mental entre distintos grupos sociales de la población. El punto de partida de estas investigaciones es el de considerar la enfermedad mental o el deterioro psicológico no necesariamente como una reacción patológica sino como una respuesta adaptativa ante las presiones del medio cuando otras estrategias de afrontamiento no se encuentran disponibles (Cochrane, 1983, citado en Álvaro, 1992).

Investigaciones como las de Salgado de Snyder (1990, 1992, citado en Lara, 1995) entre otros, ponen de relieve los efectos negativos para la salud mental del desempleo o de los procesos migratorios, así como las diferencias encontradas entre ambos sexos o entre clases sociales diferenciadas por su estatus socioeconómico. Estos estudios aunque no excluyen la terapia individual, al analizar las causas sociales del deterioro psicológico, enfatizan aquellos aspectos de intervención relacionados con el cambio social.

Con base a lo señalado, Álvaro (1992) concluye que los conceptos de salud y de enfermedad mental son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social; *definiciones* que se adoptan para este trabajo.

1.4 Salud y enfermedad mental de las mujeres: modelos explicativos

Como se pudo apreciar en el apartado anterior, se habla de salud y enfermedad mental como términos generales, sin distinción de género, y esto no debe sorprendernos si consideramos que el campo de la salud mental de las mujeres está en formación, como señalan Gamba y Diz (2003); de tal forma que en Latinoamérica, según una perspectiva tradicional, cuando se hacía referencia a la salud de las mujeres generalmente se aludía a la salud reproductiva.

Este modo de concebir la salud de las mujeres las dejaba indisolublemente ligadas a las vicisitudes de su aparato reproductor, referida a las problemáticas específicamente femeninas de embarazo, parto, puerperio, climaterio. La salud mental de las mujeres era, así, un efecto de los avatares de su "naturaleza femenina": sus temas más frecuentes eran la psicoprofilaxis obstétrica, la depresión puerperal, las ansiedades de lactancia, los trastornos psíquicos de mujeres menopáusicas, etcétera (Gamba y Diz, 2003).

Actualmente con la introducción de los estudios de género se intenta incluir problemáticas de la vida cotidiana, de las relaciones de poder entre los sujetos, los recursos de participación social de las personas en tanto ciudadanos y la noción de *malestar* como categorías de análisis (Burín, 1995).

Cabe aclarar que no se desestiman los aspectos físico-orgánicos del estudio de la salud de las mujeres -sería absurdo-, únicamente se señala que es una variable importante a considerar pero no es la única que influye para lograr el bienestar total de los individuos, en tanto que no debemos olvidar, que los seres humanos somos unidades biopsicosociales y para considerarnos sanos debe existir equilibrio entre los tres componentes.

En este sentido Burín (1995) menciona la necesidad de feminizar las teorías y prácticas en la salud mental, incluyendo la perspectiva de las mujeres sobre sus condiciones de salud y sus modos de enfermar.

Con base a lo anterior, a continuación se presentan los tres modelos enlistados por Burín (1995) sobre la comprensión de la salud mental de las mujeres, mismos que iremos evaluando.

1. Psicopatológico

Las mujeres son todas un poco locas. Parte de la idea de que un cierto grado de locura acompaña y define a la salud mental de las mujeres. El criterio de enfermedad se basa en la desviación de lo normal. Alude las problemáticas a los trastornos hormonales, etapas vitales asociadas a la reproducción, la menopausia, etcétera (visión masculina).

En la postura anterior podemos notar que las características de sexo son el eje del análisis, por lo que no considera en ningún momento la cuestión genérica. Sus principios son biologists, ahistóricos, asociales y esencialista, por lo que se comprende que su modo de intervención es a través de profesionales (generalmente médicos) y su principal herramienta los fármacos (Burín, 1995).

Observemos que ésta es la postura que predomina en la actualidad, pues en los centros de salud pública se atiende casi exclusivamente a la salud física. En éstos existen pequeños espacios para atender los aspectos psicológicos (pero generalmente sólo a aquellos trastornos consecuencia de la primera, por ejemplo, el impacto emocional consecuencia de la pérdida de un miembro a raíz de un accidente, depresión postparto...), o bien aspectos reproductivos; además de que se tiene que analizar la calidad de la atención.

2. Emotivo – sensible

Se basa en la acción de armonizar los problemas de la vida afectiva que ponen en tensión las relaciones familiares y domésticas, así como en la actitud de cuidados y preservación de las necesidades emocionales de cada uno de los miembros de la familia. Admite la existencia de conflictos, pero su destino será ser integrados, equilibrados,

armonizados y/o neutralizados mediante instrumentaciones técnicas utilizadas por técnicos especializados para ello (Burín, 1995).

Este modelo se rige por el principio de adaptación y normalidad como meta, de tal forma que las mujeres que salen a laborar fuera de casa y como “resultado” obtienen conflictos dentro del trabajo y la familia, deberían regresar a su hogar, cuando lo que debe de hacerse es más bien, modificar las estructuras sociales que hacen posible que las mujeres enfermen como consecuencias de las condiciones laborales en las que se desenvuelven.

En este sentido se podría brindar apoyo social tanto a nivel familiar (mayor apoyo de la familia en la realización de tareas del hogar, generalmente realizadas por las mujeres madres – esposas en exclusiva) como público (aumentar el número de guarderías y extender su tiempo de servicio, por ejemplo), para amortiguar, y por qué no, eliminar los agentes de enfermedad física y psicológica de las mujeres.

3. Tensional – conflictivo

Se basa en la identificación de las mujeres como un grupo social que padece condiciones opresivas de existencia, especialmente en su vida cotidiana. Define dos espacios de realización para las mujeres: el ámbito doméstico y extradoméstico, a veces superpuestos como ámbito privado y público; caracteriza diversos modos de malestar de las mujeres en ellos y en la interacción entre ambos espacios. Pretende examinar, reconocer y denunciar las condiciones de vida que producen modos específicos de enfermar de las mujeres; se ha centrado en la maternidad, sexualidad y trabajo femeninos. “Define a las mujeres como sujetos que se van construyendo en relación con sus modos de existencia concretos” (Burín, 1995, p. 89).

Esta nueva orientación busca nuevas hipótesis de indagación sobre dónde y cómo detectar sus condiciones de vida enfermantes. Ya no será en las tradicionales y visibles formas patriarcales, sino en las sutiles formas de opresión que, utilizando otros recursos, producen los mismos efectos.

Esta tercera orientación cuya concepción es participativa, si bien se encuentra todavía en estado de gestación y de ensayos múltiples, reconoce la necesidad de considerar a las mujeres como sujetas sociales activas. Se basa en las necesidades de la población con la cual trabajan y en definir acciones y criterios de salud mental desde sus mismas protagonistas, con la colaboración de equipos de salud mental multidisciplinarios. Esta perspectiva reconoce la salud mental como una noción que sus mismas protagonistas -las mujeres- van construyendo en diferentes momentos de sus vidas. Tanto ellas como los equipos multidisciplinarios que apoyan y sostienen este modo de comprender su salud mental, coinciden en una perspectiva centrada en un proyecto de concientización y de transformación de las condiciones de vida de las mujeres, especialmente de sus vidas cotidianas, así como de aquellos factores opresivos que constituyen modos de vida que enferman, como la violencia doméstica (Gamba y Diz, 2003).

Dentro de esta reformulación de la problemática de salud y enfermedad mental de las mujeres, se consideran también los modos de resistencia que las mismas mujeres ofrecen a tales condiciones opresivas. Muchos de los trastornos de salud mental femeninos tradicionales podrían ser comprendidos de acuerdo con Tena (2005) desde la perspectiva de la resistencia que oponen las mujeres.

Como nos podemos dar cuenta, Gamba y Diz (2003) y Tena (2005) cuestionan las clásicas nociones de salud y enfermedad mental para las mujeres, a la vez que proponen un concepto intermedio, el de *malestar*, y nuevos recursos para analizar las condiciones que producen y/o preservan la salud mental de las mujeres. En lugar de adaptarse a la teoría existente, proponen la crítica y el debate ante las representaciones sociales ofrecidas a las mujeres sobre su salud mental, sabiendo que esto generará una crisis de rompimiento de paradigmas. Una preocupación principal de esta hipótesis es que se debe estar alerta a que los conflictos no se establezcan bajo la forma de estereotipos, sino que, por el contrario, conserven sus aspectos dinámicos, críticos, en tanto produzcan estados de tensión que promuevan la gestación de recursos para transformarlos.

Así, la noción de *malestar* introduce una nueva categoría que desarticula el dualismo salud – enfermedad. Esta noción se nos ofrece como una categoría que alude a los sufrimientos psíquicos y emocionales de las mujeres como emergentes de su condición de tales. Es decir, cuando se habla de *malestar* de las mujeres, se hace desde un posicionamiento teórico e ideológico que enfatiza el lugar históricamente construido para las mujeres y los modelos asociados a éste, en tanto factores de riesgo para la salud mental de las mismas (Burin y cols., 1990, citados en Grela y López, s/a).

La importancia de esta nueva forma de analizar la salud y enfermedad mental de las mujeres, a pesar de ser reciente, es muy amplia por lo que en el capítulo siguiente se hablará de esta noción con mayor detalle. Baste ahora con señalar que la noción de *malestar*, es una categoría que incluye otras dimensiones que las tradicionalmente utilizadas con la dupla salud-enfermedad; que otorga una fuerte resignificación a las dimensiones socio-cultural e histórica en la producción de subjetividades femeninas y masculinas. Se introduce como una nueva categoría que integra los aportes de la mujer y de los estudios de género en el campo de la salud mental.

CAPÍTULO 2

REPRESENTACIONES SOCIALES

2.1 Qué son las representaciones sociales

La teoría de las representaciones sociales tiene su origen en la Psicología Social francesa, y en particular en el trabajo de Serge Moscovici, para quien la sociedad es el foco de estudio, más que simplemente el telón de fondo para las investigaciones basadas en lo individual (Morant, 1998); pero ¿qué debemos entender cuando se habla de una representación social?

De acuerdo con Gutiérrez (1998), una representación social puede ser definida en una primera aproximación como el modo de producción cognitiva que corresponde a una persona y grupo en un contexto socio-histórico determinado. De esta forma, coincide con Morant (1998) quien indica que la teoría de las representaciones sociales es, esencialmente, una teoría del conocimiento social, en la que el "conocimiento" se define de una forma amplia no sólo como información factual sino como sistemas de creencias compartidas y prácticas sociales. Esto en palabras de Flament (citado en Flores, 2001) significa que una representación social es “un conjunto organizado de cogniciones relativas a un objeto, compartidas por los miembros de una población homogénea en relación a ese objeto” (p. 16).

Una vez definida qué es una representación social, surgen varias preguntas a su alrededor, ¿cuáles son sus características?, ¿qué aportan al estudio de lo social? y particularmente ¿cómo se vincula la teoría de las representaciones sociales y el estudio del género?

De acuerdo con Morant (1998) las principales características de la teoría de las representaciones sociales son las siguientes:

1. La noción de representación social remite a una forma de conocimiento llamado de *sentido común* sobre el mundo (Flores, 2001); lo cual significa que las representaciones sociales sobre temas tan amplios como el género existen tanto a nivel individual como colectivo, impregnando todos los aspectos de la vida social y de la sociedad (Morant, 1998).

De acuerdo con Moscovici y Hewstone (citados en Morant, 1998), el *sentido común* aparece en dos formas: (1) como un cuerpo de conocimientos producido de forma espontánea por los miembros de un grupo, basado en la tradición y el consenso; y (2) en tanto imágenes mentales y de lazos de origen científico, consumidos y transformados para servir a la vida cotidiana.

2. La teoría de las representaciones sociales intenta integrar los campos de análisis individual e interpersonal en niveles de comprensión socioculturales.

3. Es a través de las representaciones sociales que las personas, los grupos y las sociedades dan sentido al mundo en que viven, ya que ayudan a la comunicación, permitiendo un acuerdo básico sobre lo que se habla.

4. Las representaciones sociales pueden pensarse como sistemas que sostienen las actitudes, sin embargo, comparadas con las teorías de las actitudes, la teoría de las representaciones sociales intenta ofrecer una comprensión más *social* de las creencias de las personas, basada en la perspectiva del construccionismo, cuya asunción básica es que más que existir una realidad objetiva, las personas y las sociedades juegan un papel activo en la construcción del mundo social en que viven (Moran, 1998); es por ello que nuestra comprensión de cualquier fenómeno del mundo social está construido a través del lenguaje y la comunicación, las prácticas sociales, las creencias culturales y las instituciones sociales, razón por la cual, las representaciones sociales de los fenómenos, como el género, cambian a lo largo del tiempo y varían de una sociedad a otra.

5. Los resultados de la investigación sobre representaciones sociales no pueden generalizarse a otras sociedades o momentos históricos, lo cual no significa que tales investigaciones no sean útiles.

6. Las representaciones sociales se generan y transforman en las actividades de la vida social cotidiana. En la sociedad moderna los medios de comunicación de masas juegan un papel crucial en esa circulación de ideas y en el desarrollo de nuevas representaciones sociales, en tanto que transforman conceptos nuevos, no familiares o abstractos de forma que adquieren sentido en base al conocimiento de *sentido común* existente.

Una vez revisadas las características de las representaciones sociales, nos podemos percatar de que éstas pueden estudiarse como productos constituidos y también como procesos constituyentes o generativos. En el primer caso, la representación que las personas poseen sobre algún fenómeno constituye el eje del interés, mientras que en el segundo, es el proceso que dio lugar a una representación *sui generis* (en el sentido de la novedad), por lo que la atención debe centrarse en el estudio de los aspectos circunstanciales que posibilitaron esas nuevas representaciones (Gutiérrez, 1998).

Con base a lo anterior, Flores (2001) señala que la representación social ubicada como un proceso de articulación de un sistema ideológico permite explicar e indagar en el orden social desde el que se establecen las interacciones sociales, comprender el significado y la valoración de conductas consensuadas y estereotipadas. Asimismo, la génesis de la representación social ha demostrado la importancia del proceso mediante el cual un colectivo se apropia de la realidad, constituyendo parte de su estructura simbólica, dando forma y contenido a su presencia social.

Por otra parte, y dando respuesta a las interrogantes surgidas alrededor de la teoría que nos ocupa, Flament (1989, citado en Flores 2001) señala que la emergencia de una representación social obedece a una condición problemática del objeto, lo cual exige que el objeto sea blanco de condiciones fértiles de intercambio entre los sujetos y de un “proceso

concreto de problematización de las prácticas”, como es el caso de los temas relacionados con el género¹.

De esta forma, se afirma que las funciones de las representaciones sociales son primero describir, luego clasificar y, por último, explicar la actividad social (Moscovici y Hewstone, citados en Morant, 1998).

Así, la teoría de las representaciones sociales ha posibilitado la interpretación de procesos en los que intervienen elementos de naturaleza afectiva, cognitiva, ideológica y social que subyacen a la identidad de género por ejemplo (Flores, 1997), por lo que el concepto de representación social, acierta de acuerdo con Ibáñez (1988, citado en Flores 1997), en articular los determinantes simbólicos de los fenómenos sociales y los determinantes socio-estructurales.

Finalmente y con relación a los nexos entre la teoría de las representaciones sociales y el estudio de género, Flores (2001) señala que las perspectivas procesuales, en las cuales se inserta dicha teoría, explican las diferencias observadas en estructuras cognitivas específicas en función del sexo, como resultado de regulaciones sociales en las que el rol constituido en la diferencia es un punto de llegada. Por lo tanto, la adquisición del género es un trabajo de construcción social, por lo que resulta ineludible para su estudio anclarse en un marco teórico que contemple en su articulación el postulado del que se parte para la definición de su objeto: el género como una construcción social; por lo anterior es fundamental conocer de manera precisa cómo se construye propiamente una representación social, para posteriormente analizar la representación social del género, como se hará en los apartados siguientes.

¹ Ver capítulo 1: El género como categoría analítica.

2.2 Formación de una representación social

Abric (1994, citado en Araya, 2002) afirma que el abordaje de las representaciones sociales posibilita entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente.

De lo anterior se deriva la importancia de conocer, desentrañar y cuestionar el núcleo figurativo de una representación social alrededor del cual se articulan creencias ideologizadas, pues ello constituye un paso significativo para la modificación de una representación y por ende de una práctica social (Banchs, 1991, citado en Araya 2002).

En el sentido anterior, y ahondando sobre la formación de las representaciones sociales (ver apartado precedente), Araya (2001) indica que éstas se construyen a partir de varios *elementos* entre los cuales señala los siguientes.

- El fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de su historia, el cual podemos identificar bajo la forma de creencias compartidas, de valores considerados como básicos y de referencias históricas y culturales que conforman la memoria colectiva y hasta la identidad de la propia sociedad. Todo ello se materializa en las diversas instituciones sociales, por ejemplo, en la lengua.

- Los mecanismos de anclaje y objetivación². El primero concierne a la forma en que los conocimientos y las ideas acerca de determinados objetos ingresan para formar parte de las representaciones sociales de dichos objetos. El segundo da cuenta de cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales y de cómo intervienen los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones.

² Se abordaran con mayor amplitud en el apartado siguiente, en tanto ambos mecanismos forman parte de la dinámica propia de las representaciones sociales (Araya, 2001).

- El conjunto de prácticas sociales que se encuentran relacionadas con las diversas modalidades de la comunicación social, en tanto que es en los procesos de comunicación donde se construyen principalmente las representaciones sociales. En este sentido, los medios de comunicación de masas tienen un peso preponderante para transmitir valores, conocimientos, creencias y modelos de conductas.

2.2.1 El proceso de objetivación y anclaje

Como se mencionó en el apartado anterior, la objetivación se refiere a la transformación de conceptos abstractos (o extraños) en experiencias o materializaciones concretas, ejemplo de ello son el amor, la amistad y la educación (...), de los cuales se habla frecuentemente como cosas tangibles y concretas, a pesar de que no lo son (Araya, 2002).

Así, Jodelet (1984, citado en Araya 2002) indica que dicho proceso, permite que lo invisible se convierta en perceptible, por medio de tres fases:

1. *La construcción selectiva*: es decir, la retención selectiva -en función de criterios culturales y normativos- de elementos que después son organizados libremente. De ahí que las informaciones con igual contenido, sean procesadas diferencialmente por las personas.

2. *El esquema figurativo*: el discurso se estructura y objetiviza en un esquema figurativo de pensamiento, sintético, condensado, simple y concreto, formado con imágenes vividas y claras, es decir, las ideas abstractas se convierten en formas icónicas³.

3. *La naturalización*: la transformación de un concepto en una imagen pierde su carácter simbólico arbitrario y se convierte en una realidad con existencia autónoma. La distancia que separa lo representado del objeto desaparece de modo que las imágenes sustituyen la realidad. Lo que se percibe no son ya las informaciones sobre los objetos, sino

³ Estas imágenes estructuradas es lo que Moscovici (Gutiérrez, 1998) ha denominado *núcleo figurativo*, o sea, una imagen nuclear concentrada, con forma gráfica y coherente que captura la esencia del concepto, teoría o idea que se trate de objetivar. Esta simplificación en la imagen es lo que le permite a las personas conversar y también comprender de forma más sencilla las cosas, a los demás y a ellas mismas y a través de su uso, en diferentes circunstancias, se convierte en un hecho natural.

la imagen que reemplaza y extiende de forma natural lo percibido, es así que, sustituyendo conceptos abstractos por imágenes, se reconstruyen esos objetos, se les aplican figuras que parecen naturales para aprehenderlos, explicarlos y vivir con ellos, y son esas imágenes, las que finalmente constituyen la realidad cotidiana.

Lo anterior, en palabras de Gutiérrez (1998) indica que las representaciones sociales poseen tres dimensiones interdependientes:

1. Información: se refiere a un cuerpo de conocimientos organizados que un determinado grupo posee respecto a un objeto social.
2. Actitud: focaliza la orientación global en relación al objeto de la representación social.
3. Campo de representación o imagen: remite a la idea de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones acerca de un aspecto preciso del objeto de la representación.

Por otra parte, y de acuerdo con Moscovici (1984, citado en Álvaro y Fernández, 2006) el propósito del anclaje es reducir las ideas extrañas a categorías e imágenes ordinarias, situándolas en un contexto familiar, haciéndolas instrumentos útiles de comunicación y comprensión.

Nótese que es a través de la objetivación y el anclaje que una representación social cumple su propósito “...de hacer de algo desconocido o de lo desconocido algo familiar” (Álvaro y Fernández, 2006, p.66). A este respecto, Sandoval (1997, citado en Araya, 2001) señala que las representaciones sociales tienen cuatro funciones: (1) la comprensión, función que posibilita pensar el mundo y sus relaciones; (2) la valoración, que permite calificar o enjuiciar hechos; (3) la comunicación, a partir de la cual las personas interactúan mediante la creación y recreación de las representaciones sociales; y (4) la actuación, que está condicionada⁴ por las representaciones sociales.

⁴ Las representaciones sociales no son causas de comportamiento, sino guías para las conductas sociales (Morín, 2001, citado en Flores y Leyva-Flores, 2003), por lo que de acuerdo con Flores (2003), no se pueden establecer relaciones estrictas de causalidad mecanicista y lineal entre representaciones sociales y prácticas.

Con base a lo anterior, podemos señalar que las representaciones sociales se localizan en la vida cotidiana en forma de creencias, actitudes y comportamientos hacia objetos de diversa índole como son los aspectos relacionados con el género, y es precisamente la representación social de éste la que regirá el apartado siguiente.

2.3 Representación social de los géneros masculino y femenino

Los roles de género indican el conjunto de comportamientos previstos y asignados a uno u otro sexo desde la cultura, en una sociedad y momento histórico específico. A través del rol de género, se prescribe como debe comportarse un hombre y una mujer en la sociedad, en la familia, con respecto a su propio sexo, al sexo contrario, ante los hijos, incluido en ello particularidades psicológicas atribuidas y aceptadas, así como los límites en cuanto al modo de desarrollar, comprender y ejercer la sexualidad (aspecto *más* valioso para definir la feminidad o la masculinidad). Estos valores hacia lo masculino y hacia lo femenino se transmiten generacionalmente a través de las diversas influencias comunicativas existentes en la sociedad (Fernández, 2000).

De acuerdo con Avaro (s/a) el aprendizaje de los roles de género ocurre durante la socialización⁵ primaria y secundaria, pues por medio de la primera el individuo se convierte en un miembro de la sociedad y a través de la segunda, ingresa a nuevos sectores de la comunidad (Berger y Luckman, 1994, citados en Avaro, s/a). De este modo, 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 (Fernández, 2000).

Del modo anterior, Fernández (2000) señala que la masculinidad tradicional se asocia a la fortaleza tanto física como *emocional* (indicada por la independencia, seguridad y decisión), la homofobia, el ejercicio del poder, la valentía e invulnerabilidad (el hombre no *debe* doblegarse ante el dolor, ni pedir ayuda aunque ello lo conduzca a la soledad), por

⁵ Proceso a través del cual en una determinada comunidad, la cultura y las reglas que norman o regulan la interacción de sus miembros, les son transmitidas a las personas.

lo cual se le prescribe a los varones, generalmente, alejarse de la ternura, de los compromisos afectivos muy profundos y de la expresión de los sentimientos.

En el hombre la sexualidad está muy vinculada a su carrera por la excelencia, por ello trata de estar siempre listo sexualmente (*siempre erecto*), tener buen desempeño y rendimiento, variadas relaciones, ser activo en el coito y responsable del orgasmo femenino (*op.cit*).

Contrariamente, para la mujer el sexo como placer, constituye una novedad de las últimas décadas, mientras que la conceptualización tradicional del ser mujer se relaciona con la maternidad, a partir de la cual se le atribuyen características como la sensibilidad, expresividad, docilidad y generosidad. Asimismo, se le considera más susceptible y menos agresiva; siendo su comportamiento *menos* competitivo, expresando su poder en el plano afectivo y en la vida doméstica (Fernández, 2000), lo cual le trae como consecuencias *malestares subjetivos* como se presentará más adelante.

En síntesis, tradicionalmente se define a las mujeres como sostenedoras de lo emocional, de lo afectivo, como dependientes y pasivas, mientras que a los varones se les visualiza como sostenedores económicos de la familia, racionales, los poseedores de la iniciativa sexual, los exitosos y los dominantes.

Las aseveraciones anteriores, son sustentadas a través de estudios empíricos realizados en países como España y México (por mencionar algunos), en los cuales la conceptualización del ser hombre o mujer es afín, a pesar de las diferencias culturales, sociales y de edad, como se presenta a continuación.

Petra, Talayero, Fouilloux y Díaz-Martínez (2000), con el objetivo de comprender el concepto semántico de las palabras *hombre* y *mujer* de estudiantes del primer año de la carrera de médico cirujano en la Facultad de Medicina, UNAM, a través del método de redes semánticas naturales, aplicaron un cuestionario a 163 estudiantes (75 varones y 106 mujeres) de 8 grupos seleccionados aleatoriamente.

Los resultados generales indican que alumnos tendieron a verse más a sí mismos como fuertes, inteligentes y trabajadores, y veían a las mujeres como hermosas, inteligentes y propensas al amor. Por otro lado, las alumnas se expresaban de sí mismas como inteligentes, con amor y tiernas, y al hombre lo describieron con las palabras fuerza, inteligentes y caballeros.

Las mujeres dieron más énfasis a los aspectos y a los atributos amorosos y maternales, relegando a la belleza, lo que contrasta con las definidoras que los hombres señalan de las mujeres y en donde aún la belleza sigue ocupando el primer lugar. Este fenómeno no se repite cuando se habla del hombre, en donde ambos sexos visualizan a la figura masculina como fuertes, inteligentes y caballerosos, lo cual de acuerdo con los autores (op.cit), el poner en primer lugar la fuerza, se relaciona todavía con la figura de proveedor que la etología asocia con las funciones del hombre en el mundo agresivo y primitivo en el que nació; fenómeno necesario todavía en una sociedad de gran competitividad.

Lo anterior se complementa con otras palabras señaladas por los alumnos en donde el hombre además de ser proveedor, debe proteger a la mujer y a sus hijos; las alumnas también consideran que es importante que el hombre sea fuerte, dé apoyo y sea un compañero, atributos que pueden ser observados en su descripción del hombre como asociado al trabajo y la responsabilidad.

Por otro lado, como agrupaciones de palabras la categoría de mayor importancia para el hombre y la mujer hablando del hombre fue la de *funciones sociales* (actividades que desempeña un individuo de acuerdo con su género) en donde se muestra el interés de ambos en que el hombre se maneje dentro de la sociedad con trabajo, con responsabilidad, siendo caballero y protector.

En las categorías asociadas a la mujer difieren ambos grupos, mientras que la mujer señala primero sus *virtudes y atributos*⁶ y luego sus *sentimientos*⁷, el hombre menciona sus

⁶ Entendidas como cualidades que se espera de un ser humano.

sentimientos seguido de sus *virtudes y atributos*. Ambos coinciden en que la mujer debe ser femenina, delicada y sensible, además de poseer sentimientos de amor, ternura y cariño. Las *funciones sociales* de la mujer son vistas por ambos géneros en un tercer lugar a pesar de que en éste se encuentran situaciones como ser madre y tener hijos.

Con base a lo anterior, Petra, Talayero, Fouilloux y Díaz-Martínez (2000) señalan finalmente, que tanto hombres como mujeres siguen jugando los roles que la sociedad les ha inculcado, aunque se muestra cierta tendencia a dar a la mujer un lugar intelectual mayor que antes (fundamentalmente desde el punto de vista de ellas), en tanto el hombre sigue teniendo que mostrar su fuerza.

Por su parte, Avaro (s/a) realizó un estudio para conocer las representaciones sociales que ambos sexos poseen respecto al género masculino. En dicho estudio participaron 120 adultos jóvenes y mayores⁸ de "clase social media alta" de Córdoba, España. El estudio se llevó a cabo en dos etapas. La primera a través de la aplicación de entrevistas semiestructuradas⁹ y la segunda consistente en la aplicación de un cuestionario.

Los elementos de la representación social del ser varón que se exploraron fueron los siguientes: la opinión general acerca de los sexos, su físico, sus emociones, las relaciones sociales, las obligaciones exclusivas de los hombres, la opinión acerca de cómo los hombres se relacionan con su trabajo, su sexualidad y el cómo se relacionan con su pareja e hijos.

Los resultados generales muestran que los hombres cuyas edades oscilan entre los 20 y los 40 años, tendieron a definir al género masculino desde lo físico, mientras que los de 41 a 60 años, no hicieron referencia al cuerpo durante sus definiciones, aunque si

⁷ Afectos que son capaces de demostrar.

⁸ De 20 a 40 y 41 a 60 años de edad respectivamente; 60 hombres y 60 mujeres -30 sujetos por grupo.

⁹ La entrevista se aplicó a 3 sujetos de cada grupo muestral. Es decir, 3 hombres cuyas edades oscilen entre los 20 y los 40 años. Y 3 hombres ubicados entre los 41 y 60 años de edad. Manteniéndose el mismo criterio para las mujeres. De ésta manera se obtuvo un conocimiento profundo de las representaciones sociales, los prejuicios y los estereotipos de cada uno de los delegados de los grupos muestrales, lo que ayudo a elaborar el cuestionario que se aplicó a todos los participantes.

priorizaron el aspecto social (sus relaciones amistosas y vínculos laborales), mencionando además, elementos ligados con lo racional, como son la objetividad y la madurez intelectual. Por su parte las mujeres más jóvenes, priorizaron lo afectivo al momento de referirse a los varones, mientras las mujeres mayores lo actitudinal, relegando lo afectivo a segundo lugar.

En el aspecto emocional, todos los participantes, coinciden en que los hombres son menos demostrativos que las mujeres, lo cual dicen ellos, no significa que sientan menos. Éstos atribuyen parte de la responsabilidad a la presión social, que los obliga a mostrarse agresivos y a no llorar.

Referente a las obligaciones que ambos sexos reconocen como exclusivas de los hombres, la más recurrente entre los varones fue el brindar protección y seguridad, física y económica, a la familia. A su vez la mayoría de las mujeres jóvenes percibe al hombre como el sostén y guía de la familia, mientras que en las mujeres mayores sólo la minoría coincide con esto, ya que la mayor parte considera que no hay obligaciones exclusivas para el género masculino, "lo que puede hacer el hombre, la mujer lo puede hacer también."

En cuanto al trabajo, los varones jóvenes no asocian sus respuestas, ya que mencionan que la disposición hacia lo laboral depende exclusivamente de cada persona. De esta manera discriminan que cuando los hombres son "responsables" y les interesa el empleo, son obsesivos, meticulosos y exigentes. Por su parte los hombres de mayor edad coinciden en su mayoría, en que los varones concurren con desgano a trabajar y que no rinden el máximo de su potencial, estableciendo vínculos de competencia con sus pares. En este sentido, el primer grupo de mujeres resalta que los hombres deben ser responsables en el trabajo, ya que de ellos depende el bienestar de toda la familia. Mientras que el segundo grupo pone el énfasis en la dedicación y mencionan que el trabajo es lo más importante para los varones y que son obsesivos y exigentes.

Con relación a la pareja, los hombres en general coinciden en que son poco demostrativos con las mujeres, mientras que los del primer grupo agregan que suelen

colocarse en una posición superior donde descuidan o descalifican a su pareja. Por su parte, las mujeres más jóvenes mencionan que el hombre es demostrativo, aunque en menor medida que la mujer, al mismo tiempo, las mujeres mayores sostienen que los varones necesitan mucho al sexo opuesto (los varones de ambos grupos en su mayoría no estuvo de acuerdo), y que son capaces de demostrarle todos sus sentimientos.

Por último, con relación al vínculo con los hijos, los varones más jóvenes opinan que los hombres en general son más afectuosos con ellos que con su pareja. A su vez discriminan que son más demostrativos con las hijas mujeres que con los hijos varones, con los cuales mantienen una actitud más recta. Por su lado los varones mayores sostienen que ocupan el segundo lugar en las vidas de sus hijos, ya que no logran establecer una relación tan profunda como la madre, opinión que es compartida con las mujeres de ambos grupos.

Lo anterior señala que las representaciones dicotómicas de los géneros, imponen tanto a mujeres como a hombres, limitaciones en su crecimiento personal, diseñan subjetividades contrapuestas y excluyentes que atraviesan la vida tanto en lo privado como en lo público, lo cual promueve estereotipos que obstaculizan el establecimiento de relaciones interpersonales y el desarrollo de una cultura más humanas (Fernández, 2000), lo cual tiene consecuencias tanto en la salud física como mental de ambos géneros.

En el caso de los hombres Bourdieu (2000, citado en Avaro, s/a) afirma que la agresividad y la competitividad hace que éstos se coloquen en situaciones de peligro; que la no expresividad emocional les cause problemas psicosomáticos y que los tipos de trabajo los sometan a peligros físicos. También señala que el rol masculino socializa a los hombres para desarrollar características de la personalidad asociadas con una más alta mortalidad; que la responsabilidad como proveedor familiar los expone al estrés psicológico. Así mismo, afirma que el rol masculino estimula comportamientos que ponen en peligro su salud (ej. permisividad para el consumo de alcohol y tabaco) y que los desestimula psicológicamente a atenderla.

Lo antes dicho, nos conduce a preguntarnos ¿cuál es el modelo adecuado de masculinidad?. A este respecto, Bem (1974, citado en Lara 1999) planteó dos hipótesis, la primera es que existen individuos “andróginos” los cuales pueden comportarse de manera tanto masculina como femenina, afirmativa y flexible, pragmática y expresiva, dependiendo de lo apropiado de la situación; y la otra, que los individuos fuertemente tipificados como masculinos o femeninos podrían estar seriamente limitados en el rango de comportamientos disponibles, al moverse de una situación a otra. Si estas hipótesis fueran ciertas, entonces el individuo “andrógino” sería desde el punto de vista de Lara (1993, citada en Lara 1999) el modelo de salud mental más adecuado.

Partiendo de lo anterior, Lara (1999) aplicó el Inventario de Masculinidad-Femineidad (IMAFE)¹⁰ a hombres y mujeres, en diversos grupos de diferente edad, escolaridad y nivel socioeconómico, así como de origen rural y urbano, a fin de comprobar su postulado, agregando el argumento de que en la estructura social mexicana, existe un mayor arraigo de los papeles y estereotipos de género tradicionales que en países más desarrollados.

Los resultados estuvieron a favor de la hipótesis de que los individuos “andróginos” muestran mejor salud mental, que se refleja en menos síntomas de depresión y neuroticismo, a la vez que se observó que la masculinidad entre los hombres y la femineidad entre las mujeres, tuvo mayor peso.

Por otra parte, fue clara la relación negativa entre los aspectos de machismo y sumisión, y la salud mental: la sumisión se correlacionó positivamente con el neuroticismo, el machismo con el psicoticismo, y ambos aspectos con la depresión en ambos sexos (Lara, 1999), aunque cabe señalar que estudios epidemiológicos en la población general y en la consulta médica revelan mayor presencia de sintomatología depresiva en las mujeres (Lara, Fernández, Acevedo y López, 1996), en quienes a partir de este momento centraremos

¹⁰ El instrumento mide cuatro aspectos: (1) masculinos (pragmáticos - autoafirmativos), (2) femeninos (expresivos - de relación), (3) de machismo (dominio - agresión) y (4) de sumisión - pasividad.

nuestra atención, sin que ello signifique disminuir importancia al problema en el género masculino.

Ahora bien, ¿cómo los roles de género antes descritos impactan la salud mental de las mujeres? Este tema por su relevancia y amplitud será tratado en el apartado siguiente, antes de lo cual citaremos a Tavora (s/a), quien señala que las formas en que las mujeres aprenden a relacionarse en las diferentes áreas de su vida están determinadas por el lugar donde el sistema dominante las ubica, el lugar de la subordinación, de tal forma que a partir de dicho punto de vista, debemos reflexionar en el por qué algunas situaciones que se presentan como elementos que deterioran la salud mental de las mujeres son el matrimonio, la doble jornada laboral, el rol de ama de casa y la pobreza, entre otras (Burin, Moncarz y Velásquez, 1990, citados en Lara, Fernández, Acevedo y López, 1996).

Finalmente, como se planteó en el primer capítulo, es necesario feminizar las teorías y prácticas en la salud mental incluyendo la perspectiva de las mujeres sobre sus condiciones de salud y sus modos de enfermar (Burín, 1995), para lo cual se hace necesario introducir la perspectiva de género en el análisis de la salud mental de las mujeres como haremos a continuación.

2.4 Los malestares femeninos: causas y efectos

En el punto anterior se describió la representación social de los géneros masculino y femenino, además de que se señalaron algunas consecuencias negativas en materia de salud para los hombres, producto de los roles sociales que juegan; en este apartado se analizarán los efectos que las mujeres a nivel de su salud mental padecen como consecuencia de los roles que la sociedad patriarcal les ha impuesto. Para ello se profundizará en la noción de *malestar*, además de que se agrega otro elemento, el *conflicto*.

Así, retomando lo dicho en el primer capítulo, cuando se hace referencia al *malestar* de las mujeres, se hace desde un posicionamiento teórico e ideológico que enfatiza el lugar históricamente construido para ellas y los modelos asociados a éste, en tanto factores de riesgo para la salud mental de las mismas (Burin y cols., 1990, citados en Grela y López, s/a).

También es necesario aclarar que no debe pensarse al *malestar* como dolor o disgusto ante una condición claramente identificada en el espacio y en el tiempo, pues quien lo padece quizá no pueda o le sea difícil expresarlo en palabras (pero aun así manifieste cierto grado de incomodidad o sufrimiento ante ciertos hechos), sino que debe tratarse como la posibilidad de alejarnos de los modelos adaptativos y psicopatológicos para explorar los estados de *malestar subjetivo* con base a la identificación, a través de la experiencia de las mujeres (Tena, 2005).

Del modo anterior, Lagarde (1990, citada en Lara, Fernández, Acevedo y López, 1996) señala que la sociedad patriarcal ha ido construyendo espacios donde confinar a las mujeres, mismos que ha denominado *cautiverios*, los cuales son ámbitos estrechos en los que sobreviven a la opresión patriarcal y que para muchas implica sufrimiento, pero en los que deben sentirse felices -y en los que de hecho hay cautivas felices-.

El *cautiverio* produce frustración (misma que genera hostilidad y resentimiento), que al no ser expresada se manifiesta en síntomas emocionales, primordialmente depresivos

(op.cit). Es por ello que la perspectiva de género considera como factores depresógenos para las mujeres, los roles de ama de casa y el de esposa en el vínculo conyugal tradicional¹¹ y la falta de poder económico, de decisión y de intervención pública –esposas tradicionales-, aunque es preciso señalar que las mujeres no tradicionales también tienen que enfrentarse a factores depresógenos.

En relación y como ejemplo de lo anterior, Lara, Fernández, Acevedo y López (1996) evaluaron los aspectos relacionados con síntomas emocionales [(depresión y ansiedad) a través de una técnica proyectiva], de 211 madres de familia cuya media de edad fue de 31 años, la mitad de ellas empleadas como enfermeras y el resto no empleadas¹², que viven en familias nucleares a orillas de la Ciudad de México, partiendo de la hipótesis de que los dibujos hechos de su familia, mostrarían indicadores relacionales y personales congruentes con su condición de *madresposas* y con la situación de contracción económica en la que viven. Los resultados más relevantes de dicho estudio son los siguientes:

Las enfermeras reportaron trabajar porque el salario de sus parejas no alcanza para cubrir los gastos del hogar (75%), para mejorar la educación para sus hijos (16%) y pocas por satisfacción personal. Por su parte, el 56% de las amas de casa informó haber estado empleada fuera del hogar alguna vez en su vida y haber abandonado su trabajo para contraer matrimonio (19%), para atender a sus hijos (28%), por embarazo (15%), porque no la deja su pareja (18%) o por otras razones, además de que reciben menos ayuda en el hogar y con los hijos que las mujeres empleadas.

Asimismo, el 89% de las enfermeras señaló que trabaja de forma rígida, lo que indicaría la tensión y perfeccionismo con que realizan sus actividades; el resto (11%) trabaja de manera ordenada, con una disciplina y método de trabajo suficiente que les permite realizar su labor de manera relajada.

11 El cautiverio de la medresposa, uno de los que define Lagarde (1990, citada en Lara, Fernández, Acevedo y López, 1996)), está construido sobre la sexualidad procreadora, la filialidad y la conyugalidad.

12 Con el objeto de mantener el nivel socioeconómico, el grupo de mujeres no empleadas se seleccionó entre las vecinas de las enfermeras, controlando el nivel educativo.

Por otra parte, los resultados permiten apreciar que más de la mitad de las mujeres tienen una baja o muy baja autoestima. Este sentimiento parece ser una reacción ante el medio, el cual perciben como abrumador. Algunas de ellas tienen cierta conciencia de que es el exterior quien las limita a nivel personal y profesional, y reaccionan con un enojo justificado, pero la gran mayoría tiende a autoreprocharse la no consecución de sus metas.

Su sexualidad es vivida como fuente de conflicto, su cuerpo con vergüenza; lo que corresponde a la visión religiosa imperante acerca de la sexualidad como pecado. En el grupo de mujeres que dibujó un cuerpo seductor, se encontró que esta seducción se acompaña de intensa angustia y mucha inseguridad en su cuerpo. Además de que la gran mayoría vive sus relaciones interpersonales como afectivamente insatisfactorias y tienden a considerarse incapaces y en menor grado inhibidas para entablar contactos interpersonales. Una manera de ver estos resultados es que el cautiverio de la *madresposa* promete la gratificación de todas las necesidades femeninas, pero no sólo no gratifica la necesidad de relación, sino que detiene y/o impide la capacidad de hacerlo.

De forma similar, en el interior de su familia sienten que viven un ambiente conflictivo cargado de una mezcla de inseguridad, depresión, frialdad, hostilidad y tensión, sentimientos que reflejan las limitaciones económicas y las dificultades de la vida en las grandes urbes y el clima de inseguridad que en ellas se respira.

Así, al considerar los sentimientos de aislamiento que experimentan estas mujeres, el poco reconocimiento de sus roles y el nivel de conflicto con sus parejas e hijos, no llama la atención que sean muy pocas las que intentan cumplir a toda costa con los comportamientos de ambos roles. Es decir que el cumplimiento del ideal materno les resulta agobiante y en algunas ya existe un rechazo inconsciente, ya que el sistema no permite expresarlo abiertamente, puesto que se les consideraría locas, es decir, malas madres y esposas.

Finalmente Lara, Fernández, Acevedo y López (1996) resaltan que entre las limitaciones más importantes del estudio se encuentra el hecho de que los datos obtenidos

no brindan información acerca de cómo se manifiestan conductualmente las características psicológicas encontradas, ya que los datos se refieren a las vivencias internas de este grupo de mujeres y no a la expresión de tales vivencias en comportamientos, lo cual no desmerita sus resultados en tanto que muestran con claridad los *conflictos* y *malestares* que experimentan las mujeres del estudio.

Nótese a través del estudio presentado que sin identificar sintomatología médica y valoraciones sociales sobre lo que se considera un comportamiento o pensamiento sano o enfermo, los malestares señalados por las mujeres de la muestra, permiten acercarnos al *conflicto* y la *crisis*, generadores de *malestares*, posibilitando así el análisis crítico de los elementos que entran en juego en la generación de los mismos (Tena, 2005).

Ahora bien, ¿qué debemos entender cuando se habla de *conflicto* y cuál es su vínculo con los *malestares*?. Laplanche y Pontalis (1993, citados en Távora, s/a) definen al primero como pugna entre fuerzas o estructuras mentales incompatibles, así mismo, Tena (2005) señala que los *malestares* subjetivos son resultantes de *conflictos* de deberes femeninos, por lo tanto, el camino más viable hacia la salud mental de las mujeres, es la modificación de la identidad, atribuciones e ideologías de género que han conducido hacia desigualdades estafalarias entre hombres y mujeres, lo cual es posible tomando como punto de partida que todas éstas han sido formuladas a través de la historia de las sociedades, lo cual las hace vulnerables al cambio.

Nótese que los *conflictos* de deberes que devienen en *malestares* para las mujeres no son situaciones exclusivas de las clases bajas como se aprecia en el estudio de Lara, Fernández, Acevedo y López (1996) sino que también se presentan entre las mujeres académicas, aunque con matices *diferentes*, lo cual señala que las ideologías de género no se vinculan necesariamente con el nivel educativo ni nacionalidad. Pero ¿cómo se piensan a sí mismas estas mujeres?, ¿cómo subjetivan los roles de género?, ¿cuáles son las estrategias de conciliación de lo público y lo privado?, ¿cuán amenazante puede resultar desde lo subjetivo una mujer racional, pensante y competitiva para sus congéneres y para el otro

género?, son preguntas que Fernández (2000) a través de un estudio de casos en mujeres académicas Cubanas intentó responder, encontrando los resultados siguientes.

Para las mujeres académicas la vida profesional es altamente significativa y constituye una fuente de gran satisfacción siendo uno de los objetivos centrales en sus vidas que se expresan en proyectos de superación y enriquecimiento profesional, sin embargo, la maternidad continúa apareciendo como eje de su identidad desde la visión de sacrificio, entrega incondicional y autoanulación lo cual perpetúa la sinonimia "buena mujer - buena madre", además de que continúan siendo líderes de la vida doméstica y figuras centrales de esta dinámica ejerciendo fuertes funciones de equilibrio familiar:

"Profesionalmente me siento muy realizada a la par de ser madre, mi carrera y mi hija están ahí, (...) siento que lo que hago es muy útil, muy importante y sin eso yo no podría vivir, si yo solamente fuera madre, sería una mujer frustrada".

En cuanto a los vínculos amorosos, reclaman un hombre menos tradicional, capaz de transmitir dulzura, sensibilidad y delicadeza. La vida amorosa resulta ser un proyecto importante para ellas y aspiran a relaciones de intimidad, fusión y coparticipación en las que esté presente la independencia y el respeto a los espacios personales, aunque en ocasiones no lo consiguen:

"Quisiera un hombre que no fuera machista, que no interfiriera en mi vida profesional, familiar, amistosa (...)" "Después que me divorcié y tuve dos o tres relaciones decidí que no, que ya no me sentía bien porque era mucho machismo (...) lo que menos me gusta de los hombres es su autosuficiencia. (...) me liberé y después de eso yo soy la que soy y nadie me domina nunca más." "El matrimonio me ha representado grandes alegrías y enormes frustraciones".

De forma similar, el impacto económico que posee la salida de la mujer al trabajo remunerado y el cambio que supone para la familia la doble jornada femenina, constituyen uno de los puntos más traumáticos en las sociedades contemporáneas, pues este hecho contracultural, desde lo tradicional, origina dificultades comunicativas en la pareja, depresión y problemas de autoestima en el caso del hombre, muchas de las cuales no se han

concientizado y que se dirimen en el plano de los dobles mensajes, las agresiones, devaluaciones y en detrimento de la vida sexual. Así, el crecimiento profesional de la mujer tiene un costo: el estrés familiar y amoroso y/o frustración, aunque no en todos los casos.

Partiendo de lo anterior, no sorprende el hecho de que continúe viéndose con suspicacia social -en el caso de la mujer- la soltería como opción, el orgullo por la independencia y los proyectos propios, lo cual refleja el hecho de tener que “*sacrificar*” la vida personal a cambio de la autorrealización profesional o viceversa. En el caso de las mujeres del estudio, se advierte que al asumir roles menos tradicionales incorporan elevadas aspiraciones en el ámbito social a la vez que mantienen iguales demandas en cuanto al cumplimiento de los roles tradicionales.

Así, la elevada realización profesional aparece con el costo de insatisfacción, endeudamiento y culpas con respecto a la vida privada, que no dejan de ocasionar crisis de sentidos, pues en el proceso complejo de las transformaciones subjetivas, las mujeres avanzan en lo intelectual y lo social, pero sin sólidos recursos psicológicos para satisfacer las exigencias derivadas de ello, aferradas aún a estereotipos a pesar de la intencionalidad de romper tradiciones. Dicho lo anterior, Fernández (2000) señala que desde el pseudo progreso, las mujeres se diluyen en tantos roles, que tienen poco tiempo para sí mismas, para sentirse satisfechas o percibir su autodesarrollo, produciéndose más bien un reemplazo de compromisos y exigencias, que un verdadero progreso.

Lo cierto es que para lograr la equidad de género, con todo lo que ello implica, no sólo no están preparados la mayoría de los hombres, sino tampoco la mayoría de las mujeres, es así que Martín (1995, citado en Fernández, 2000) señala que el verdadero cambio no sólo requiere de transformaciones en la subjetividad individual, sino también social. En otras palabras, se necesita la transformación de las representaciones sociales de los géneros que deriven en cambios conductuales que no dejen en desventaja a ninguno de los sexos, además de que se debe concientizar que es una tarea que beneficia a todos.

Asimismo, debe hacerse notar que la reproducción de los roles de género acontece de diferentes formas. Esto lo presenta con claridad Flores (1997) quien se planteó la siguiente pregunta, ¿cómo los esquemas representacionales tanto de la feminidad como de la masculinidad, influyen en las prácticas de los profesionales de la salud mental? Para responder a dicha pregunta realizó un estudio en tres fases con 70 profesionales de la salud de diferente nacionalidad.

Primero, recurriendo al método de asociación libre, le presentó a la muestra tres palabras estímulo (feminidad, masculinidad y paciente psiquiátrico) con el objetivo de acceder a la información espontánea de los sujetos, obteniendo frecuencias y rangos en las respuestas (esta información fue organizada posteriormente mediante un diferencial semántico); posteriormente, como método interrogativo empleó una entrevista guía semiestructurada como apoyo en la tarea de extraer y delimitar categorías de análisis, para finalmente realizar un análisis de contenido y estadístico.

Los resultados indican que los participantes comparten una información cultural que determina la representación que sustenta el rol social de sus pacientes. Dicha información es mucho más tradicional de lo que supone su discurso, probablemente porque se encuentra organizada a nivel subjetivo, sustentada en creencias impregnadas de fuerte carga afectiva, lo cual explica el hallazgo de que en sus categorías diagnósticas, las mujeres sean circunscritas a categorías como depresión, neurosis psicósomáticas, histeria, anorexia y anorgasmia; y a los varones en categorías como depresión, neurosis psicósomáticas, eyaculación precoz e impotencia.

Los profesionales de la muestra mencionaron cómo las circunstancias vivenciales de sus pacientes los confrontaba a la búsqueda de categorías alternas, pero que terminaban sometiéndose al modelo psicosocial-funcional de corte tradicional. Es decir, los profesionales recurren al sentido común, en la búsqueda de alternativas a las categorías diagnósticas de que disponen, y paradójicamente este hecho los encadena a los estereotipos consensuados.

Así, el hecho de que la representación social de la feminidad y masculinidad de los profesionales de la muestra no se diferencie del pensamiento común, demuestra la importancia de indagar cómo el género permea la práctica profesional.

Flores (1997) concluye que las categorías diagnósticas se delimitan en función de los roles sexuales, en donde la supremacía de los estereotipos de la diferencia sexual, se anteponen a las exigencias que se formulan a partir del discurso de los sujetos diagnosticados.

Teniendo en cuenta el hecho anterior, desde el punto de vista de Tena (2005) se hace necesario explorar las redes semánticas relacionadas con los conceptos de interés – salud y enfermedad mental-, en tanto que éstos, al ser de naturaleza convencional, incluyen creencias, valores, actitudes y prejuicios adquiridos a través de la experiencia cotidiana, que después se relacionan con conocimientos formales cuando los individuos son expuestos a instituciones diseñadas para su transmisión.

Así, Tena (2005) realizó un estudio piloto en una muestra no probabilística, aplicando la técnica de *redes semánticas naturales* con el fin de explorar los significados dominantes de los conceptos de salud y enfermedad mental en un grupo de estudiantes (14 mujeres y 8 varones) inscritos en el séptimo semestre de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM. Específicamente evaluó la pertinencia y sensibilidad de la técnica para identificar posibles diferencias en los significados de los conceptos generales de *salud mental* y *enfermedad mental* en comparación con los significados de estos mismos conceptos cuando se aplican al caso de las mujeres, es decir, los significados asignados a los conceptos de *mujeres con salud mental* y *mujeres con enfermedad mental*.

Los resultados muestran mayor consistencia en los significados asociados con *salud*, en donde hombres y mujeres señalan como principal definidora al *bienestar*; contrariamente, las definidoras fueron muy difusas en relación con el concepto de *enfermedad mental de las mujeres*, pues mientras los alumnos la describieron con las

palabras *tratamiento, rehabilitación, desequilibradas, problemas, sociedad, trastorno e integración*, las alumnas la vincularon con *desequilibrio, incapacidad, manicomio, cultura, neuróticas y depresiva*.

Con base a lo anterior, Tena (2005) discute la importancia de replantear teórica y metodológicamente el estudio de las enfermedades mentales de las mujeres en términos de *malestares*, disminuyendo de esta forma, su carga valorativa y generando a la vez, posibilidades de estudio más allá del caso individual, patológico y adaptativo. Para ello, consideró el concepto de representación social, pues como se planteó en apartados anteriores, permite superar la división categórica entre lo individual y lo colectivo, lo previamente dado y lo activamente adquirido. A la par, señala la importancia que para la psicología tiene la investigación interdisciplinaria cruzada por un análisis de los fenómenos desde la perspectiva de género, sin olvidar su vinculación con una moral dinámica y convencional (*op.cit.*).

Finalmente, Grela y López (s/a) recalcan que se debe descentralizar el discurso y las prácticas profesionales en materia de salud mental del modelo biomédico, para lo cual se requiere de una profunda revisión de estos paradigmas y la construcción de nuevos enfoques que permitan una comprensión y formas de intervención adecuadas a las necesidades y demandas de las mujeres.

Así, el presente proyecto es una extensión del estudio piloto llevado a cabo por Tena (2005), en tanto amplió la población empleada para realizar un análisis más profundo de *la representación social de estudiantes de Psicología respecto a la salud mental de las mujeres*, aplicando la técnica de redes semánticas naturales, a fin de agregar validez externa a los datos encontrados a través de dicho estudio.

Concretamente, se analizaron las diferencias conceptuales de la muestra respecto a la salud y enfermedad mental como conceptos ordinarios y éstos mismos adjudicados a los hombres y a las mujeres, considerando que es importante conocer tales conceptualizaciones semánticas en tanto como mostró Flores (1997), éstas influirán en el tratamiento

diferenciado de dichos problemas, por parte de los futuros profesionales de la salud, participando así en la reproducción y naturalización de los roles de género, que como presentamos tienen consecuencias en la salud mental tanto de hombres como de mujeres, aunque es claro el interés en el segundo grupo.

CAPÍTULO 3

REPRESENTACIÓN SOCIAL DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA RESPECTO A LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

3.1 Método

- Muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística, conformada por 50 estudiantes de ambos sexos (25 de cada uno) del séptimo semestre de la carrera de Psicología, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM), con edades oscilantes entre los 21 y los 28 años.

- Instrumento

Se empleó la técnica de Redes Semánticas Naturales, que consiste en: a) definir una palabra estímulo con un mínimo de cinco palabras sueltas que pueden ser verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos, pronombres, etcétera., sin utilizar ninguna partícula gramatical, y b) jerarquizar todas y cada una de las palabras propuestas como definatorias, en función de la importancia que consideraron para con la palabra estímulo, asignándole el número (1) a la palabra más cercana, relacionada o que mejor define a la palabra estímulo; el número (2) a la que le sigue en relación; el (3) a la siguiente y así sucesivamente hasta terminar de jerarquizar todas las palabras definatorias (Figueroa, González y Solís, 1981).

Para lo anterior se entregó a cada participante una copia del instrumento (ver anexo 1) mediante el cual se recolectaron datos demográficos y se presentaron por escrito las instrucciones.

- Procedimiento

La aplicación se llevó a cabo dentro de las aulas del edificio de Psicología de la FESI de forma grupal; se le entregó a cada estudiante una copia del instrumento y se les pidió que definieran con palabras sueltas (sin un número límite) lo que para ellos es la salud y enfermedad mental; así como la salud y enfermedad mental de los hombres y las mujeres, y subsiguientemente que las jerarquizaran en orden de importancia.

- Tipo de Análisis

De forma posterior a las aplicaciones, se procedió a la obtención de los cuatro valores o resultados principales, propios de la técnica de Redes Semánticas Naturales, con los cuales se analizó la información generada por los participantes en la investigación, estos valores son los siguientes:

1. Valor J. Constituye un indicador de la riqueza semántica de la red.
2. Valor M total (VMT). Es un indicador de peso semántico de cada una de las palabras definidoras obtenidas.
3. Conjunto SAM. Constituye un indicador de las palabras definidoras que conforman el núcleo central de la red, ya que es el centro mismo del significado que tiene un concepto.
4. Valor FMG. Este valor constituye un indicador, en términos de porcentajes, de la distancia semántica entre las diferentes palabras definidoras que conformaron el conjunto SAM.

3.2 Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través de la técnica de Redes Semánticas Naturales, en relación con la conceptualización semántica de estudiantes de Psicología respecto a los términos *salud mental*, *enfermedad mental*, *hombres con salud mental*, *mujeres con salud mental*, *hombres con enfermedad mental* y *mujeres con enfermedad mental*.

El número de definidoras que los participantes varones pudieron generar fueron 704 palabras diferentes, lo que equivale a 28.16 palabras por participante distribuidas de la siguiente forma: para el término *salud* se registraron 101 (14.34% de todas las palabras que señalaron), para *enfermedad* 113 (16.05%); para *mujeres con salud mental* 109 (15.48%), para *hombres con salud mental* 116 (16.47%); 128 para *mujeres con enfermedad mental* (18.18%) y 137 con relación al término *hombres con enfermedad mental* (19.46%).

Por su parte, las mujeres participantes generaron 661 palabras diferentes, lo que equivale a 26.44 palabras por alumna; respecto al término *salud* se registraron 92 (13.9%), para *enfermedad* 102 (15.43%); para *mujeres con salud mental* 109 (16.49%), para el término *hombres con salud mental* 111 (16.79%); y finalmente, 117 (17.7%) y 130 (19.66%) para los términos *mujeres* y *hombres con enfermedad mental* respectivamente.

El valor J total de ambos grupos fue de 1365 definidoras. En general, los hombres escribieron 1.72 palabras más que las mujeres.

Por otra parte, en la Tabla 1 se puede observar dentro del conjunto SAM los VMT para el término *salud mental*, en donde las palabras con mayor peso semántico para los hombres son *salud*, *equilibrio*, *mente*, *terapia* y *bienestar*, mientras que para las mujeres las definidoras más significativas para dicho término son *bienestar*, *psicología*, *equilibrio*, *enfermedad* y *clínica*. Se destaca que para ambos grupos dichas palabras corresponden mayoritariamente a la *categoría de descriptores*¹, donde en promedio las mujeres generaron

¹ Palabras, sinónimos y antónimos que representan el sentido y significado tanto de salud como de enfermedad mental (ver Anexo 2 –Diagrama de Categorías-).

más palabras que los hombres. Cabe indicar que la distancia semántica entre las dos primeras definidoras en el caso de las mujeres es de 48.34 puntos en su valor FMG, mientras que para los hombres es de 55.26 puntos, además de que la distancia semántica entre las definidoras siguientes es de menos un punto.

Se subraya que ambos grupos coinciden en señalar al *bienestar* y *equilibrio* como definidoras importantes de la salud mental al encontrarse dentro de las primeras cinco palabras del conjunto SAM, con un porcentaje arriba de 50 en el caso de las mujeres; del mismo modo, *psicólogo*, *estabilidad*, *psiquiatra* y *emociones* concuerdan a lo largo de ambas relaciones pero se sitúan fuera del rango principal. Asimismo, las definidoras que obtuvieron menor valor MT son *alimentación* con 20 puntos para los hombres, en tanto para las mujeres es *bata* con 9 puntos.

Tabla 1. Relación de las 20 definidoras más frecuentes señaladas por hombres (izquierda) y mujeres (derecha) conceptualizando el término Salud Mental.

Conjunto SAM Definidoras Alumnos	SALUD MENTAL			Conjunto SAM Definidoras Alumnas	SALUD MENTAL		
	VMT	%	FMG		VMT	%	FMG
1. Salud	438	100		1. Bienestar	540	100	
2. Equilibrio	196	44.74	55.26	2. Psicología	279	51.66	48.34
3. Mente	194	44.29	0.45	3. Equilibrio	189	35	16.66
4. Terapia	192	43.83	0.46	4. Enfermedad	185	34.25	0.75
5. Bienestar	189	43.15	0.68	5. Clínica	88	16.29	17.96
6. Psicología	135	30.82	12.33	6. Terapia	84	15.55	0.74
7. Psicólogo	80	18.26	12.56	7. Persona	60	11.11	4.44
8. Relaciones	75	17.12	1.14	8. Emociones	52	9.62	1.49
9. Estabilidad	64	14.61	2.51	9. Psicológico	45	8.33	1.29
10. Familia	48	10.95	3.66	10. Higiene	24	4.44	3.89
11. Tranquilidad	48	10.95	0	11. Psiquiatra	22	4.07	0.37
12. Prevención	34	7.76	3.19	12. Armonía	21	3.88	0.19
13. Felicidad	33	7.53	0.23	13. Tratamiento	21	3.88	0
14. Enfermedad	30	6.84	0.96	14. Mente	20	3.7	0.18
15. Psiquiatra	30	6.84	0	15. Psicólogo	20	3.7	0
16. Reflexión	30	6.84	0	16. Estabilidad	16	2.96	0.74
17. Cuerpo	27	6.16	0.68	17. Percepción	16	2.96	0
18. Emociones	24	5.47	0.69	18. Importante	14	2.59	0.4
19. Expresar	24	5.47	0	19. Físico	12	2.22	0.37
20. Alimentación	20	4.56	0.91	20. Bata	9	1.66	0.56

En cuanto a los VMT del término *enfermedad mental* que se aprecian en la Tabla 2, se observa que para los hombres la definidora principal es *desequilibrio*, seguido de *sociedad*, *psicólogo*, *depresión* y *locura* cuyos porcentajes se encuentran por debajo de 50; por su parte las mujeres señalan al *desequilibrio* como la definidora más importante, seguida de *problema*, *ayuda*, *psiquiatra* y *malestar*, las cuales tienen porcentajes de 65.71, 62.85, 51.42 y 37.14 respectivamente.

También se advierte que en ambos grupos la distancia semántica entre la primera y segunda definidora es de 58.01 puntos para los hombres y de 34.29 para las mujeres en sus valores FMG, además de que dicha distancia va disminuyendo entre las definidoras siguientes de forma considerable. Asimismo, ambos grupos señalan como la definidora de mayor peso semántico al *desequilibrio*, aunque el VMT de los hombres es mayor que el de las mujeres (231 y 175 respectivamente).

Se destaca al igual que en la tabla anterior, definidoras que se presentan a lo largo de ambas relaciones pero que divergen en la posición que ocupan en cada fila. Por ejemplo, para las mujeres *problema*, *psiquiatra* y *malestar* se ubican en segundo, cuarto y quinto lugar, no así en el caso de los hombres quienes las sitúan en octava, décima y veinteava posición respectivamente (nótese que *malestar* varía considerablemente de una fila a otra en todos los valores analizados), y en el caso de *locura*, los hombres sitúan la definidora en quinto lugar, mientras que las mujeres la ubican en la décimo-octava posición, pero además, se destaca la adjetivación utilizada para dicha definidora, ya que los primeros la refieren como sustantivo, en tanto las segundas la utilizan como calificativo².

Otras palabras que coinciden dentro del conjunto SAM, pero que no corresponden a las cinco más importantes de ambos grupos son *trastorno* y *terapia* hallándose en sexto y diecisieteavo lugar (con un VMT de 52 y 14, así como 0.86 y 0 puntos de FMG respectivamente) para los hombres, mientras que las mujeres ubican dichas definidoras en

² Se refiere a la manera en que los individuos adjetivan las palabras, ya sea en una forma peyorativa, neutral o positiva (ver Anexo 2).

octavo y doceavo lugar con un peso semántico de 51 y 24, además de un FMG de 0.57 y 1.71 puntos.

En lo que respecta a los VMT más bajos para el término analizado, se encuentran *malestar* con 10 puntos y un FMG de 0 para los hombres y *maltrato* en el caso de las mujeres con 9 y 0.57 correspondientemente.

Tabla 2. Relación de las 20 definidoras más frecuentes señaladas por hombres (izquierda) y mujeres (derecha) conceptualizando el término Enfermedad Mental.

Conjunto SAM Definidoras Alumnos	ENFERMEDAD MENTAL			Conjunto SAM Definidoras Alumnas	ENFERMEDAD MENTAL		
	VMT	%	FMG		VMT	%	FMG
1. Desequilibrio	231	100		1. Desequilibrio	175	100	
2. Sociedad	97	41.99	58.01	2. Problema	115	65.71	34.29
3. Psicólogo	92	39.82	2.17	3. Ayuda	110	62.85	2.86
4. Depresión	72	31.16	8.66	4. Psiquiatra	90	51.42	11.43
5. Locura	54	23.37	7.79	5. Malestar	65	37.14	14.28
6. Trastorno	52	22.51	0.86	6. Indefinida	60	34.28	2.86
7. Inestabilidad	42	18.18	4.33	7. Hospitales	52	29.71	4.57
8. Problemas	27	11.68	6.5	8. Trastornos	51	29.14	0.57
9. Delirio	24	10.38	1.3	9. Tratamiento	48	27.42	1.71
10. Psiquiatra	24	10.38	0	10. Depresión	28	16	11.42
11. Crisis	20	8.65	1.73	11. Psicología	27	15.42	0.58
12. Ansiedad	18	7.79	0.86	12. Terapia	24	13.71	1.71
13. Conflicto	18	7.79	0	13. Estrés	20	11.42	2.29
14. Deficiencias	16	6.92	0.87	14. Intervención	16	9.14	2.28
15. Neurosis	16	6.92	0	15. Medicamentos	16	9.14	0
16. Cerebro	14	6.06	0.86	16. Alienación	14	8	1.14
17. Terapia	14	6.06	0	17. Esquizofrenia	12	6.85	1.15
18. Psicosis	12	5.19	0.87	18. Loco	12	6.85	0
19. Histeria	10	4.32	0.87	19. Inestabilidad	10	5.71	1.14
20. Malestar	10	4.32	0	20. Maltrato	9	5.14	0.57

De forma similar, en la Tabla 3 se muestra el conjunto SAM para el término *mujeres con salud mental*, destacándose que para los alumnos *trabajadoras, tranquilas, estabilidad, equilibrio y autoestima* poseen los valores MT más grandes, mientras que las alumnas otorgaron los primeros lugares dentro de dicho conjunto a *bienestar, felicidad, estabilidad, agradable y fortaleza*; nótese que coinciden en señalar como una definidora significativa la *estabilidad*, pues en ambos grupos se ubica en tercer lugar dentro del

conjunto SAM, aunque con valores MT muy distantes, ya que para los hombres es de 72 puntos, mientras que para las mujeres es de 38. No obstante, los porcentajes de la segunda definidora en ambos grupos es de arriba de 50 (74.82 alumnos y 86.25 alumnas).

Se advierte también que los varones, en dos de las cinco primeras definidoras y en cuatro de las subsiguientes, usan las palabras en un sentido calificativo una vez que ha aparecido el sujeto dentro del término estudiado (*trabajadoras, tranquilas, equilibradas, abiertas, enfermas y sanas*), en contraparte, las mujeres utilizan sólo sustantivos para referirse a las definidoras que se encuentran en el conjunto SAM (excepto *madres y psicólogas*). Esto sugiere que los varones utilizan el término como propio de las mujeres, en tanto que ellas hacen referencia a la palabra de forma genérica.

Del mismo modo, se aprecia que para los varones, *bienestar* no fue tan significativa como en la Tabla 1, descendiendo de la primera a la sexta posición con un VMT de 36, lo cual indica que se encuentra muy por debajo del obtenido por las mujeres (160 puntos) quienes ubican dicha definidora en primer lugar.

Por otra parte, se observa que para los alumnos la definidora de menor VMT es *sanas* con 16 puntos y un FMG de 0, y para las alumnas *congruente* con un VMT de 6 y un FMG de 0.62.

Tabla 3. Relación de las 20 definidoras más frecuentes señaladas por hombres (izquierda) y mujeres (derecha) conceptualizando el término Mujeres con Salud Mental.

Conjunto SAM Definidoras Alumnos	MUJERES CON SALUD MENTAL			Conjunto SAM Definidoras Alumnas	MUJERES CON SALUD MENTAL		
	VMT	%	FMG		VMT	%	FMG
1. Trabajadoras	834	100		1. Bienestar	160	100	
2. Tranquilas	624	74.82	25.18	2. Felicidad	138	86.25	13.75
3. Estabilidad	72	8.63	65.55	3. Estabilidad	38	23.75	62.5
4. Equilibrio	64	7.67	0.96	4. Agradable	24	15	8.75
5. Autoestima	60	7.19	0.48	5. Fortaleza	22	13.75	1.25
6. Bienestar	36	4.31	2.88	6. Autocuidado	18	11.25	2.5
7. Felices	36	4.31	0	7. Tranquilidad	18	11.25	0
8. Equilibradas	24	2.87	1.44	8. Madres	16	10	1.25
9. Fortaleza	24	2.87	0	9. Satisfacción	16	10	0
10. Salud	24	2.87	0	10. Equilibrio	14	8.75	1.25
11. Concientes	22	2.63	0.24	11. Respeto	14	8.75	0
12. Sociedad	21	2.51	0.12	12. Autoestima	12	7.5	1.25
13. Alegría	20	2.39	0.12	13. Seguridad	12	7.5	0
14. Abiertas	18	2.15	0.24	14. Familia	10	6.25	1.25
15. Género	18	2.15	0	15. Fuerza	9	5.62	0.63
16. Ideal	18	2.15	0	16. Valores	9	5.52	0
17. Inteligencia	18	2.15	0	17. Desempeño	8	5	0.52
18. Libres	18	2.15	0	18. Independencia	8	5	0
19. Enfermas	16	1.91	0.24	19. Psicólogas	7	4.37	0.63
20. Sanas	16	1.91	0	20. Congruente	6	3.75	0.62

En el caso de los términos *hombres con salud mental* (Tabla 4) los VMT más notables dentro del conjunto SAM para los varones son *equilibrio, estabilidad, autoestima, bienestar* y *concientes*, por su parte, para las mujeres las definidoras más destacadas de dicho término son *felicidad, bienestar, responsabilidad, tranquilidad* y *respeto*; en esta ocasión ambos grupos señalan nuevamente el *bienestar* aunque con diferente peso semántico, para las mujeres éste es de 115 puntos en su valor MT y para los varones es de 27, ubicándose en segundo y cuarto lugar respectivamente dentro del conjunto SAM (nótese que los descriptores de las alumnas *bienestar* y *felicidad* se mantienen estables dentro de dicho conjunto, no obstante, la posición que ocupan dentro de éste se invierte, con respecto a la Tabla 3).

Otras definidoras que concuerdan a lo largo de ambas relaciones son *equilibrado* con valores MT de 24 puntos para los alumnos y de 10 para las alumnas y *estabilidad*, que

para los hombres representa una de las cinco definidoras más importantes dentro del conjunto SAM, mientras que las mujeres la colocan en octavo lugar con un VMT de 16 puntos.

También se destaca que *trabajadores* se encuentra en doceavo lugar dentro del conjunto SAM de los alumnos con un VMT de 14 y un FMG de 0, pero llama la atención que en la Tabla 3 éstos refieren la misma palabra para las mujeres situándola en primer lugar.

En contraste, los VMT menos notables dentro del conjunto SAM son *honestidad* para los varones y *eficientes* para las mujeres, en ambos grupos con un FMG de 0 puntos y valores MT de 9.52 y 7 respectivamente.

Tabla 4. Relación de las 20 definidoras más frecuentes señaladas por hombres (izquierda) y mujeres (derecha) conceptualizando el término Hombres con Salud Mental.

Conjunto SAM Definidoras Alumnos	HOMBRES CON SALUD MENTAL			Conjunto SAM Definidoras Alumnas	HOMBRES CON SALUD MENTAL		
	VMT	%	FMG		VMT	%	FMG
1. Equilibrio	84	100		1. Felicidad	144	100	
2. Estabilidad	60	71.42	28.58	2. Bienestar	115	79.86	20.14
3. Autoestima	39	46.42	25	3. Responsabilidad	68	47.22	32.64
4. Bienestar	27	32.14	14.28	4. Tranquilidad	39	27.08	20.14
5. Concientes	27	32.14	0	5. Respeto	30	20.83	6.25
6. Equilibrados	24	28.57	3.57	6. Agradable	22	15.27	5.56
7. Responsable	22	26.19	2.38	7. Habilidad	20	13.88	1.39
8. Comprensión	20	23.80	2.39	8. Estabilidad	16	11.11	2.77
9. Relajados	20	23.80	0	9. Cultura	16	11.11	0
10. Aceptación	16	19.04	4.76	10. Salud	16	11.11	0
11. Sociable	14	16.66	2.38	12. Seguridad	16	11.11	0
12. Trabajadores	14	16.66	0	13. Confianza	14	9.72	1.39
13. Hábitos	12	14.28	2.38	14. Independientes	14	9.47	0
14. Relaciones	12	14.28	0	15. Equilibrado	10	6.94	0
15. Autorregulación	10	11.90	2.38	16. Paciencia	10	6.94	0
16. Meditación	9	10.71	1.19	17. Sano	10	6.94	0
17. Metacongruenc	9	10.71	0	18. Educación	8	5.55	1.39
18. Educación	8	9.52	1.19	19. Humor	8	5.55	0
19. Flexibilidad	8	9.52	0	19. Adelante	7	4.86	0.69
20. Honestidad	8	9.52	0	20. Eficientes	7	4.86	0

Por su parte, los VMT del término *mujeres con enfermedad mental* se aprecian en la Tabla 5, en donde se observa que para los hombres *depresivas, triste, cultura, neurótica* e *irritables* son las definidoras con mayor peso semántico, por su parte las mujeres señalan la *depresión* como la definidora más importante, seguida de *inestabilidad, familia, locas* y *soledad*. Nótese que la palabra más significativa dentro del conjunto SAM para ambos grupos es *depresivas* (hombres) y *depresión* (mujeres) con 80 y 189 puntos en sus valores MT respectivamente. Se advierte que *problema* es referida en la lista tanto de hombres como de mujeres, con una sola diferencia de lugar, ya que los primeros lo sitúan en octava posición, mientras que las segundas la ubican en noveno con un peso semántico de 24 y 27 respectivamente.

Cabe señalar que *neurótica* es otra palabra que se encuentra en la lista de ambos grupos, aunque con diferente ubicación y por ende VMT distintos (de 33 puntos para hombres y 20 para mujeres, FMG 0 y 0.53 respectivamente). Se subraya que mientras los varones colocan dicha definidora dentro de las primeras cinco con mayor peso semántico, las mujeres la colocan en la doceava posición, seguida de *histérica* (con un VMT de 18 y un FMG de 1.06), definidora que los varones posicionan en décimo-octavo lugar dentro del conjunto SAM, con un VMT de 8 y un FMG de 0.

De igual manera, se percibe que las definidoras con menor peso semántico para las mujeres son *malestar* y *psiquiatra* (con VMT de 12 puntos y un FMG de 0), mientras que para los hombres son *preocupación* y *represión* (con valores MT de 8 y FMG de 0).

Tabla 5. Relación de las 20 definidoras más frecuentes señaladas por hombres (izquierda) y mujeres (derecha) conceptualizando el término Mujeres con Enfermedad Mental.

Conjunto SAM Definidoras Alumnos	MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL			Conjunto SAM Definidoras Alumnas	MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL		
	VMT	%	FMG		VMT	%	FMG
1. Depresivas	80	100		1. Depresión	189	100	
2. Triste	45	56.25	43.75	2. Inestabilidad	60	31.74	68.26
3. Cultura	33	41.25	15	3. Familia	52	27.51	4.23
4. Neurótica	33	41.25	0	4. Locas	48	25.39	2.12
5. Irritables	27	33.75	7.5	5. Soledad	45	23.8	1.59
6. Sexualidad	26	32.5	1.25	6. Angustia	36	19.04	4.76
7. Desequilibrio	24	30	2.5	7. Cuerpo	28	14.81	4.23
8. Problema	24	30	0	8. Sociedad	28	14.81	0
9. Crisis	22	27.5	2.5	9. Problemas	27	14.28	0.53
10. Hábitos	22	27.5	0	10. Disfuncional	26	13.75	0.53
11. Maltrato	18	22.5	5	11. Enfermas	21	11.11	2.64
12. Familia	12	15	7.5	12. Neuróticas	20	10.58	0.53
13. Área de oportunidad	10	12.5	2.5	13. Histérica	18	9.52	1.06
14. Tristeza	10	12.5	0	14. Tristes	18	9.52	0
15. Víctima	9	11.25	1.25	15. Incapacidad	14	7.4	2.12
16. Aislamiento	8	10	1.25	16. Responsabilidades	14	7.4	0
17. Golpecidas	8	10	0	17. Impacientes	13	6.87	0.53
18. Histéricas	8	10	0	18. Atención	12	6.34	0.53
19. Preocupación	8	10	0	19. Malestar	12	6.34	0
20. Represión	8	10	0	20. Psiquiatra	12	6.34	0

Finalmente, para el término *hombres con enfermedad mental* (Tabla 6) se aprecia que existe menor concomitancia entre las definidoras propuestas por los hombres y las mujeres del estudio. Siendo *desequilibrio, locura, neurótico, irritable* y *machismo* para los primeros las cinco definidoras con mayor VMT, en tanto para las segundas es *angustia, inestable, problemas, enfermos* y *locos*.

Respecto a la manera en cómo se utilizan las definidoras, es preciso destacar que nuevamente se encontraron diferencias entre hombres y mujeres, ya que ellos señalan *locura*, mientras que las mujeres expresan el término como *locos*, lo cual indica que existe tendencia a adjetivar, según el género con el que se encuentran identificados. Asimismo, se observa que en siete de veinte definidoras (*enfermos, deprimido, intranquilos, obsesivos,*

rechazados, inadaptados e insatisfechos), las mujeres adjetivan las palabras que se encuentran dentro del conjunto SAM, no así en el caso de los varones, mismos que en esta ocasión hacen referencia al término de manera genérica, no obstante se muestra claramente que ellos tienden a patologizar más que las alumnas.

En cuanto a las definidoras con menor VMT se encuentra *cambio* con 7 y un FMG de 1.96 para los varones, mientras que para las mujeres es *insatisfechos* con 8 y 0 respectivamente.

Por último, cabe señalar que en cuatro de las definidoras, el FMG resultó con 3.92 y 0 en diez de los subsiguientes en la fila de los alumnos, lo cual no se observa en ninguna de las tablas anteriores; similarmente, la distancia semántica que se muestra en la columna de las alumnas oscila entre 2.5 y 0. Esto sugiere que a pesar de las discrepancias entre grupos para definir el término *hombres con enfermedad mental*, existe acuerdo intra grupos en tal conceptualización.

Tabla 6. Relación de las 20 definidoras más frecuentes señaladas por hombres (izquierda) y mujeres (derecha) conceptualizando el término Hombres con Enfermedad Mental.

Conjunto SAM Definidoras Alumnos	HOMBRES CON ENFERMEDAD MENTAL			Conjunto SAM Definidoras Alumnas	HOMBRES CON ENFERMEDAD MENTAL		
	VMT	%	FMG		VMT	%	FMG
1. Desequilibrio	51	100		1. Angustia	80	100	
2. Locura	20	39.21	60.79	2. Inestable	44	55	45
3. Neurótico	18	35.29	3.92	3. Problemas	39	48.75	6.25
4. Irritable	16	31.37	3.92	4. Enfermos	33	41.25	7.5
5. Machismo	16	31.37	0	5. Locos	28	35	6.25
6. Poder	16	31.37	0	6. Deprimido	22	27.5	7.5
7. Cultura	14	27.45	3.92	7. Hábitos	20	25	2.5
8. Esquizofrenia	14	27.45	0	8. Intranquilos	20	25	0
9. Pobreza	14	27.45	0	9. Alcoholismo	18	22.5	2.5
10. Tratamiento	14	27.45	0	10. Maltrato	14	17.5	5
11. Tristeza	14	27.45	0	11. Clínicas	12	15	2.2
12. Celópata	12	23.52	3.93	12. Infelicidad	12	15	0
13. Área de oportunidad	10	19.60	3.92	13. Experiencias	10	12.5	2.5
14. Incapacidad	10	19.60	0	14. Obsesivos	10	12.5	0
15. Víctima	9	17.64	1.96	15. Padres	10	12.5	0
16. Desesperación	8	15.68	1.96	16. Responsabilidades	10	12.5	0
17. Estrés laboral	8	15.68	0	17. Rechazados	9	11.25	1.25
18. Prepotencia	8	15.68	0	18. Traumas	9	11.25	0
19. Sociedad	8	15.68	0	19. Inadaptados	8	10	1.25
20. Cambio	7	13.72	1.96	20. Insatisfechos	8	10	0

Por último y con base a los resultados antes descritos, se formularon las siguientes categorías y subcategorías de análisis, basadas en la semejanza conceptual entre definidoras.

Categorías Genéricas

1. Descriptores: palabras, sinónimos y antónimos que representan el sentido y significado tanto de salud como de enfermedad mental.
2. Patologías: estados de una persona donde se ven afectados aspectos físicos y emocionales.
3. Factores de riesgo: se refiere a los descriptores que hacen alusión a situaciones multicausales que generan molestia a los individuos.

4. Contexto: entorno, condición y/o conjunto de circunstancias que rodean a las personas.
5. Biológicos: se refiere a palabras asociadas con factores orgánicos.
6. Fuerza: agrupa palabras o atributos que aluden el poder físico o psíquico de un individuo.
7. Virtudes: alude a atributos o cualidades que se esperan de un ser humano.
8. Soluciones, prevención e intervención: actividades que ejercen los individuos inmersos en el campo y estudio del ser humano, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad.
9. Disciplinas, profesiones o aspectos vinculados: palabras relacionadas con objetos o personas vinculados con alguna área de la salud.
10. Estados de ánimo: sentimientos o afectos que pueden manifestarse mediante la expresión verbal o corporal.
11. Calificativos: se refiere a la adjetivación de las personas, ya sea de una forma peyorativa, neutral o positiva.

Subcategorías:

- 11.1 Descriptores: adjetivación a través de palabras, sinónimos y antónimos que representan el sentido y significado tanto de salud como de enfermedad mental.
 - 11.2 Patologías: adjetivación aludiendo a los estados de una persona donde se ven afectados aspectos físicos y emocionales. Su connotación suele ser peyorativa.
 - 11.3 Cualidades: adjetivación que describe algunos atributos o características que se esperan de un ser humano.
12. Otros: Definitorias que no corresponden a las categorías anteriores y debido a su connotación no pueden agruparse.

En la Figura 1 se presentan las categorías en las que se encontraron diferencias en términos de porcentaje general de emisión en varones y mujeres³, independientemente del elemento a conceptualizar: *descriptores, patologías, disciplinas o profesiones, estados de ánimo, virtudes y calificativos*.

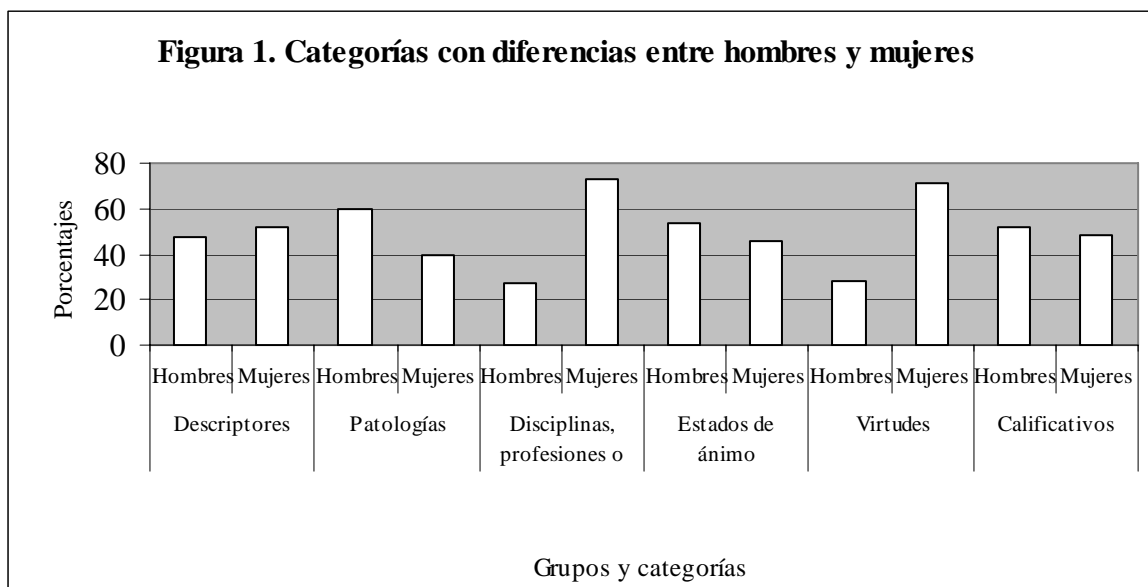


Figura 1. Muestra el porcentaje general de categorías definidoras en las que se observaron respuestas diferentes entre grupos de hombres y mujeres.

Se observa que el 55.55% de “descriptores” los señalaron los hombres y el 44.44% las mujeres. En cuanto a las definidoras ubicadas dentro de la categoría de “patologías” el 60% las indicaron los hombres y el 40% las mujeres. Esto confirma lo ya señalado respecto a que los hombres tienden a patologizar en mayor medida que las mujeres.

Respecto a las definidoras alusivas a “disciplinas, profesiones o aspectos relacionados” los alumnos generaron el 27.27% y las alumnas el 72.72%, mostrando así una diferencia clara entre grupos.

Con relación a “estados de ánimo” los alumnos arrojaron el 53.84% del total de definidoras en esta categoría, mientras las alumnas el 46.15%. A la postre se encuentra la

³ Ver anexo 2 para observar qué palabras se ubican en cada categoría y su distribución.

categoría “virtudes” donde se observa un alto porcentaje de definidoras señaladas por las mujeres, siendo éste de 71.42%, mientras que el de los hombres es de 28.57%.

Por último, se observa en la Figura 1 que el 52% de las definidoras correspondientes a la categoría “calificativos” las arrojaron los varones y el 48% las mujeres. Dichas definidoras se dividieron de acuerdo con su carga valorativa, ya sean positivos, neutros o negativos y su porcentaje comparativo de emisión se presenta en la Figura 1.2.

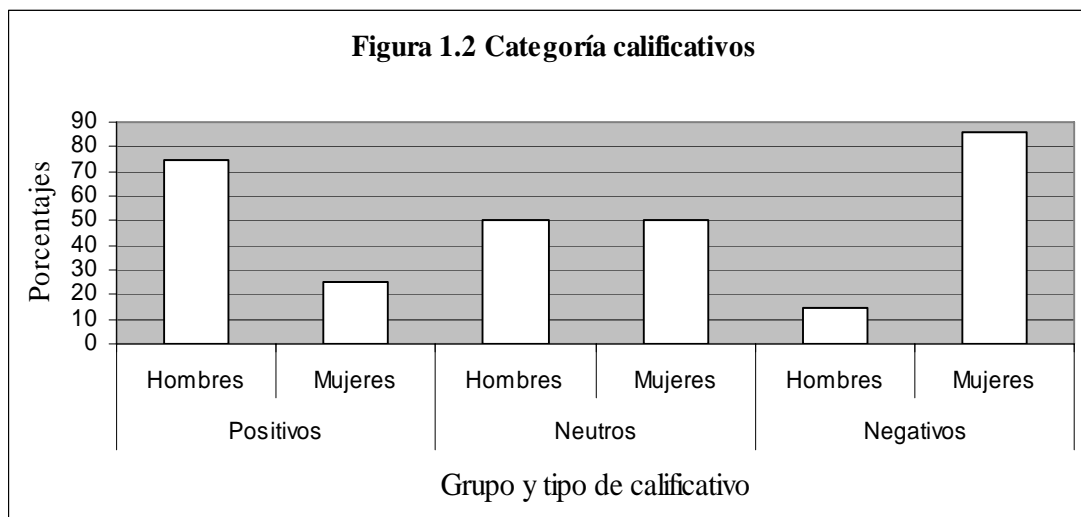


Figura 1.2. Muestra el porcentaje de emisión de definidoras correspondientes a la categoría “calificativos” positivos, neutros y negativos en el grupo de hombres y mujeres.

Se encontró que el 75% de las adjetivaciones *positivas* las señalaron los alumnos, mientras que las alumnas generaron el 25%; en lo que refiere a los calificativos *neutros* cada grupo generó el 50% de definidoras y en lo que respecta a los calificativos *negativos*, se observa que los alumnos generaron el 14.28% de las definidoras, mientras el porcentaje de las mujeres ascendió al 85.7%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hemos visto que el género es una construcción sociocultural de los comportamientos, actitudes y sentimientos de los varones y mujeres, producto de un proceso histórico y que su estudio permite cuestionar los roles sociales y culturales asignados a cada sexo.

Así, con el apoyo de la perspectiva de género y la teoría de las representaciones sociales, se ha demostrado la necesidad de reestructurar el discurso, la teoría y la práctica en materia de salud mental de las mujeres, pues es evidente, al igual que en el estudio de Tena (2005), la homogeneidad en la definición hecha por varones y mujeres con relación a los términos *salud mental*⁴, cuyas definidoras principales se encuentran relacionadas con el modelo emotivo-sensible, y *enfermedad mental*⁵ vinculada al modelo emotivo-sensible y a los *malestares*; esto último, resultó diferente a lo observado cuando se trató de estos mismos conceptos adjudicados a las mujeres, en cuyo caso las definidoras que predominaron fueron las adheridas al modelo psicopatológico, adicional al emotivo-sensible, lo cual confirma lo planteado por Busfield (1996) respecto a que la ciencia no tiene un carácter neutral sino que por el contrario, es sexista.

Lo anterior queda confirmado a través de los resultados que muestran representaciones sociales diferenciales entre hombres y mujeres respecto a su salud y enfermedad mental, mismas que dibujan a un hombre sano mentalmente como *equilibrado, responsable, trabajador-es e independiente-s*, mientras que a las mujeres mentalmente sanas se les caracteriza como *trabajadoras, tranquilas, estables, equilibradas, concientes, abiertas, libres, congruentes*, y como *madres*, coincidiendo con algunas definidoras señaladas en el estudio de Tena (2005), en donde las mujeres con salud mental son

⁴ Que para los hombres está caracterizada por el *equilibrio, bienestar, estabilidad y tranquilidad*, en lo cual coinciden las mujeres quienes agregan la *armonía*.

⁵ Definido por ambos grupos como un *trastorno* producto de *problemas*, a partir de los términos *desequilibrio, inestabilidad y malestar*, aunque se destaca que los alumnos ponen mayor énfasis en la segunda definidora y las alumnas en la tercera. Así mismo, los alumnos hacen mención de *crisis y conflictos*, y las alumnas de *estrés y maltrato*).

caracterizadas con las palabras *equilibrio*, *capacidad* y *estabilidad* (elementos cercanos al modelo emotivo-sensible).

Nótese en las conceptualizaciones señaladas, que la dicotomía masculino-femenino está presente, corroborando con ello la afirmación de Harding (1996, citado en Araya, 2001) respecto a que la identidad de género se relaciona con la forma de simbolizar los acontecimientos, en este caso, la salud y enfermedad mental, lo cual nos conduce a preguntarnos ¿qué tanto el diagnóstico está influido por lo clínico y cuánto por el sentido común? Flores (1997) nos señaló previamente que los profesionales recurren al sentido común, en la búsqueda de alternativas a las categorías diagnósticas de que disponen, y paradójicamente este hecho los encadena a los estereotipos consensuados, sin embargo es necesario investigar con mayor amplitud y profundidad este tema.

Por otra parte, sobresale que cuando se trata de definir a los *hombres con enfermedad mental*, ellos no mencionan a la depresión, sino problemáticas activas como el *machismo* y los celos, mientras las mujeres señalan al *alcoholismo*, a diferencia de las pasivas hablándose de *mujeres*, en donde ambos grupos coinciden en señalar a la *depresión* (modelo psicopatológico) en primer lugar y con una gran distancia respecto a la segunda definidora, lo cual indica que el género dibuja también la forma en que la enfermedad mental se manifiesta y se trata.

De forma similar a los resultados reportados por Tena (2005), cuando se conceptualizó la enfermedad mental sin sujeto, la noción de *malestar* estuvo presente en ambos grupos, pero no se mantuvo en el caso de los hombres cuando se adjudicó el término a las mujeres; contrariamente, en este trabajo, las mujeres sí señalan nuevamente al *malestar* pero la relegan a las últimas posiciones dentro del conjunto SAM, a diferencia de cuando la colocan en la quinta posición cuando no hay sujeto.

En relación con las conceptualizaciones sobre la salud mental de mujeres, en nuestros resultados se aprecia también que los varones y mujeres hacen una considerable mención de definidoras relacionadas con los modelos psicopatológico y emotivo-sensible,

los primeros mencionando las palabras *triste, neurótica, irritables e histérica*, mientras que las segundas señalaron las definidoras *inestabilidad, locas, soledad, neuróticas, histérica y psiquiatra*. En estos resultados se coincide nuevamente con Tena (2005) quien refiere que tales conceptualizaciones se vinculan con la posibilidad de reclusión y que tienen cargas valorativas y afectivas importantes, en tanto que se conceptualiza a la mujer en términos de “ser” y no de “estar” enferma.

Se muestra con lo anterior que la identidad de género funciona como un criterio de diferencia entre varones y mujeres y de pertenencia o adscripción a sentimientos y comportamientos manifestados tanto en la salud como en la enfermedad. Asimismo se muestra como las mismas mujeres reproducen la noción de las *mujeres enfermas mentales* como depresivas.

Otra lectura de los resultados basada en las cuatro funciones de las representaciones sociales enlistadas por Sandoval (1997, citado en Araya, 2001) indica que, la comprensión de la masculinidad y feminidad hace pensar un mundo bipolar entre hombres y mujeres que conduce a valorar determinados comportamientos como sanos o enfermos en función de quien los manifiesta, además de comunicarlos y actuar en relación con ellos de forma diferencial. Ejemplo de lo anterior son los *malestares* que ocupan un lugar importante para las alumnas, no así para los alumnos.

Es preciso señalar que reconocer a los *malestares* como producto de las prácticas desiguales dentro del ámbito privado y público no es suficiente, sino que es el primer paso para la modificación de las mismas, por lo que también se indica como siguiente paso, la construcción de nuevas formas de tratamiento para éstos, alejándonos así de los modelos biomédico y emotivo-sensible.

Definitivamente el mejor camino hacia la equidad de género -en general- es la reestructuración de las imágenes de los sexos. Es necesaria la construcción de una nueva masculinidad y feminidad, romper con las predominantes identidades, atribuciones e ideologías de género, consiguiendo así, la formación de nuevas y mejores normas sociales,

que de ningún modo darán prestigio y privilegios a ninguno de los sexos. Todo lo anterior en pro del reconocimiento de la valía femenina para el desarrollo social.

Los varones deben comprender que las mujeres al igual que ellos enfrentan incertidumbre ante la reconstrucción de su identidad, por lo que ambos deben ser partícipes del cambio en beneficio de la sociedad misma, a la cual ambos pertenecen.

Finalmente es pertinente señalar que esta investigación muestra debilidades en cuanto a límites propios de las técnicas de asociación libre, pues si bien permite identificar la importancia de las definidoras y su convergencia, dificulta el establecimiento de interrelaciones conceptuales.

Debido a lo anterior se tuvieron dificultades al utilizar la técnica de redes semánticas naturales, por ejemplo, la definidora *clínica*, no se sabe con exactitud a qué hace referencia, pues dada su connotación puede entenderse como área de la psicología o bien como centro de reclusión; de este modo, para una posterior investigación se sugiere realizar una entrevista a los participantes, a fin de evitar posibles interpretaciones erróneas por parte de los investigadores.

REFERENCIAS

- Álvarez, S. y Sánchez, C. (2001). En: Beltrán, E. y Maquieira, V. *Feminismos. Debates Teóricos Contemporáneos*. España: Alianza, p. 159-172.
- Álvaro, J. y Fernández, B. (2006). Representaciones Sociales de la Mujer. En: *Antena Digital*, 9, 65-77.
- Álvaro, J. (1992). Salud Mental. En: Reyes, R. (Dir.). *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales*. En red: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud_mental.htm
- Araya, S. (2001). Cambian los Discursos: ¿Cambios en las Prácticas? En: *La Ventana*, 14, 159-201.
- Araya, S. (2002). *Las Representaciones Sociales: Ejes Teóricos Para Su Discusión*. Costa Rica: Cuaderno de Ciencias Sociales 127, p. 11-12, 33-41.
- Ariza, M y Oliveira, O. (1999). *Género, Trabajo y Familia: Consideraciones Teórico-Metodológicas*. México: CONAPO, p. 203- 227.
- Avaro, F. (s/a). *La Condición Masculina. El Significado de Ser Varón, Según Hombres y Mujeres de Córdoba Capital*.
En red: <http://www.monografias.com/trabajos27/condicion-masculina/condicion-masculina2.shtml>
- Benito, A y Martínez, E. (2000). Mujer, ¿Sujeto u Objeto de Derecho? En: López, M. *Feminismo. Del Pasado al Presente*. España: Salamanca, p. 87-99.
- Burín, M. (1995). Subjetividad Femenina y Salud Mental. En: Pares, G.; Ramírez, R. y Ravelo, B. *Género y Salud Femenina*. México: Instituto Nacional de la Nutrición, p. 81-105.
- Busfield, J. (1996). *Men, Women and Madness*. London: Mc Millan Press, p. 119-129.
- Fernández, L. (2000). Roles de Género - Mujeres Académicas ¿Conflictos?. *III Congreso Internacional Multidisciplinario sobre Mujer, Ciencia y Tecnología, julio del 2000, Universidad de Panamá*.
- Figuroa, J., González, E. y Solís, V. (1981). Una Aproximación al Problema del Significado. En: *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13, 447-458.

- Flores, F. (1997). Representación Social de la Femenidad y Masculinidad en un Grupo de Profesionales de la Salud Mental: Discusión en torno a la Categoría de Género. En: *Papers on Social Representations Threads of Discussion* (6) 2, 95 – 108.
- Flores, F. (2001). *Psicología Social y Género*. México: Mc Graw Hill, p. 1-9, 11-23.
- Flores, F. y Leyva-Flores, R. (2003). Representación Social del SIDA en Estudiantes de la Ciudad de México. En: *Salud Pública de México*, 45 (5)
- Gamba, S. y Diz, T. (2003). Los Nuevos Paradigmas para Entender la Problemática Salud-Enfermedad Mental en la Mujer. En: *Esta Boca es Mía*, 3 (14)
- Grela, C. y López, A. (s/a). *Mujeres, Salud Mental y Género*. Uruguay: Comisión de la Mujer, Intendencia Municipal de Montevideo, p. 29 – 40.
- Gutiérrez, J. (1998). La Teoría de las Representaciones Sociales y sus Implicaciones Metodológicas en el Ámbito Psicosocial. En: *Psiquiatría Pública*, (4), 211-219.
- Huamán B. (2005). *La Perspectiva de Género. Actores y Enemigos. Esa Flor Roja sin Inocencia: una Lectura de Valses y otras Falsas Confesiones de Blanca Valera*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En Red: sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Human/Huaman_AB/enPDF/Cap1.pdf
- Lara, A. (1995). La Salud Mental de las Mujeres. ¿Qué sabemos y Hacia Dónde Dirigirnos?. *Reseña de la X Reunión de Investigación y Enseñanza*. México: Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, p. 146-154.
- Lara, A. (1999). Estereotipos Sexuales, Trabajo Extradoméstico y Depresión en la Mujer. En: *Salud Mental*, Número Especial, 121-127.
- Lara, A., Fernández, M., Acevedo, M. y López, E. (1996). Síntomas Emocionales y Roles Familiares en Mujeres Mexicanas: Estudio Proyectivo e Interpretación de Género. En: *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina*, 42 (4), 329-340.
- Mayobre, R (2004). *La Construcción de la Identidad Personal en una Cultura de Género*. En red: http://www.creatividadfeminista.org/articulos/2004/sex04_purificacion.htm
- Montesinos, R. (2000). *La Masculinidad: la Cultura y las Tendencias Genéricas en el México Contemporáneo*. En red: <http://www.difusioncultural.uam.mx/revista/feb2000/montesinos.html>
- Morant, N. (1998). *Social Representations of Gender in the Media: Quantitative and Qualitative Content Analysis*. London: Doing Social Psychology.

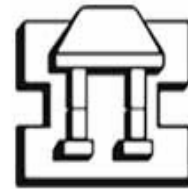
- Newland, K. (1982). Las Mujeres en el Trabajo. En: *La Mujer en el Mundo Moderno*. Madrid: Alianza, p. 155-177.
- Ehrenfeld, N. (1991). El Ser Mujer: Identidad, Sexualidad y Reproducción. En: Oliveira, O. *Trabajo, Poder y Sexualidad. (Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer)*. México: El Colegio de México, p.383-397.
- Petra I., Talayero, J., Fouilloux, C. y Díaz-Martínez, A. (2000). Conceptualización Semántica de los Términos Hombre y Mujer por Estudiantes del Primer Año de Medicina, UNAM. En: *Revista Facultad de Medicina, UNAM*, 43 (5), 185-191.
- Tajer, D. (2003). *Varones, Mujeres, Generación y Género en el Trabajo en Salud Mental*. En conferencia: 9 de Mayo de 2003.
- Távora, A. (s/a). *Pensando Sobre los Conflictos y la Salud Mental de las Mujeres*. Fundación Popular en Educación y Salud. En red: http://www.epes.cl/pdf/conf_mujer.pdf
- Tena, O. (2005). Los malestares subjetivos de las mujeres académicas como un conflicto de deberes. *Memorias de las Jornadas Anuales de Investigación, verano 2005, invierno 2006 del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Trujano, P. (2002). Violencia Hacia el Varón. En: *Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicosomática*, 23 (4), 6-19.

ANEXO 1

INSTRUMENTO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
CAMPUS IZTACALA**



Edad: _____

Sexo: M () F ()

Indicación 1: Escribe todas las palabras que se relacionen con la frase escrita en mayúsculas. En cada caso debes escribir más de cinco palabras.

SALUD MENTAL	
Palabras Relacionadas	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

ENFERMEDAD MENTAL

Palabras Relacionadas	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

MUJERES CON SALUD MENTAL

Palabras Relacionadas	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

VARONES CON SALUD MENTAL

Palabras Relacionadas	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	
Palabras Relacionadas	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

VARONES CON ENFERMEDAD MENTAL	
Palabras Relacionadas	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

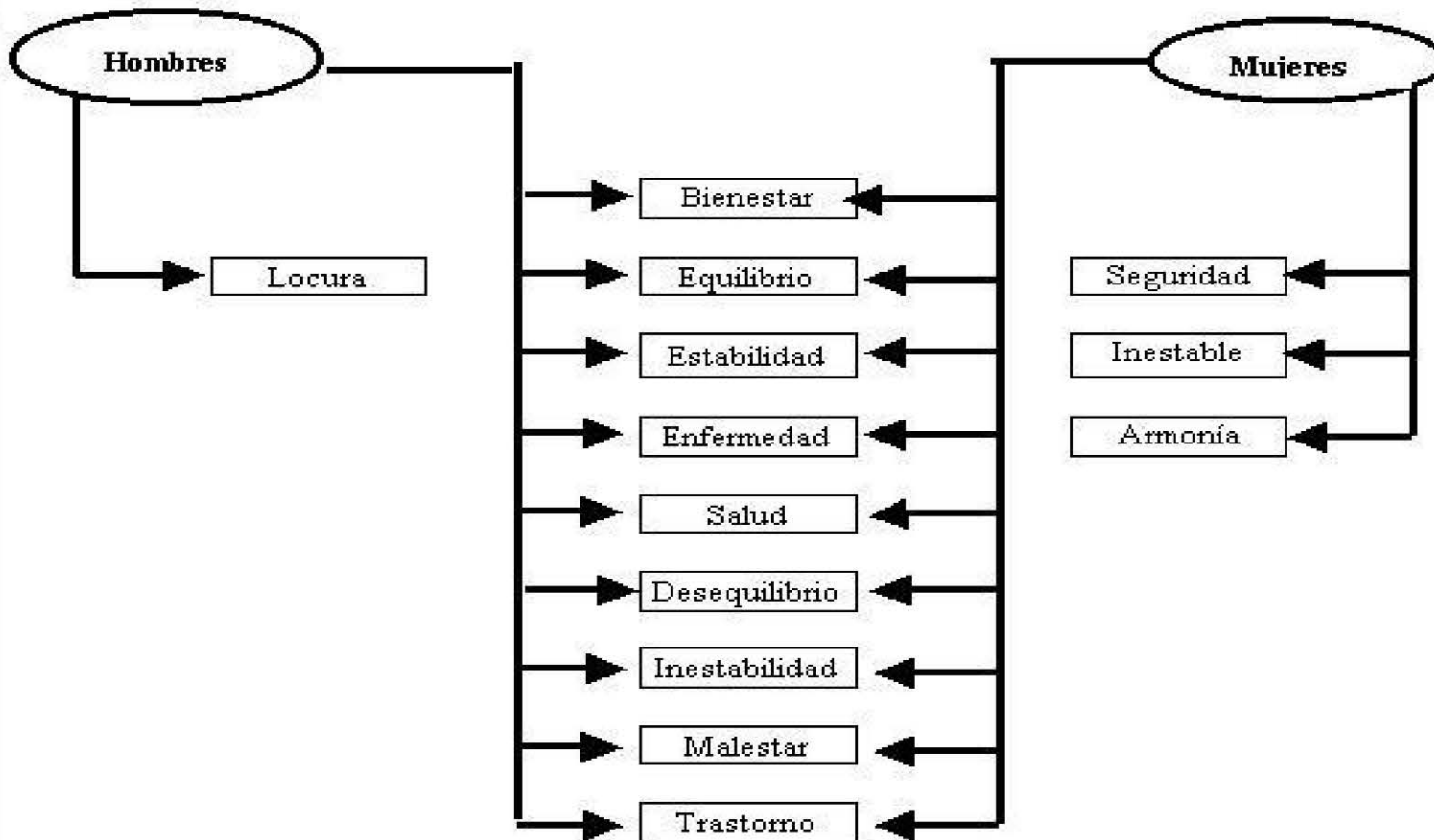
Indicación 2: A continuación, en la segunda columna asigne números a cada palabra que escribiste anteriormente en función de qué tanto se relaciona con la frase en orden de importancia (1= La que más se relaciona; 2= Tiene una gran relación pero es menor que la 1... etc).

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

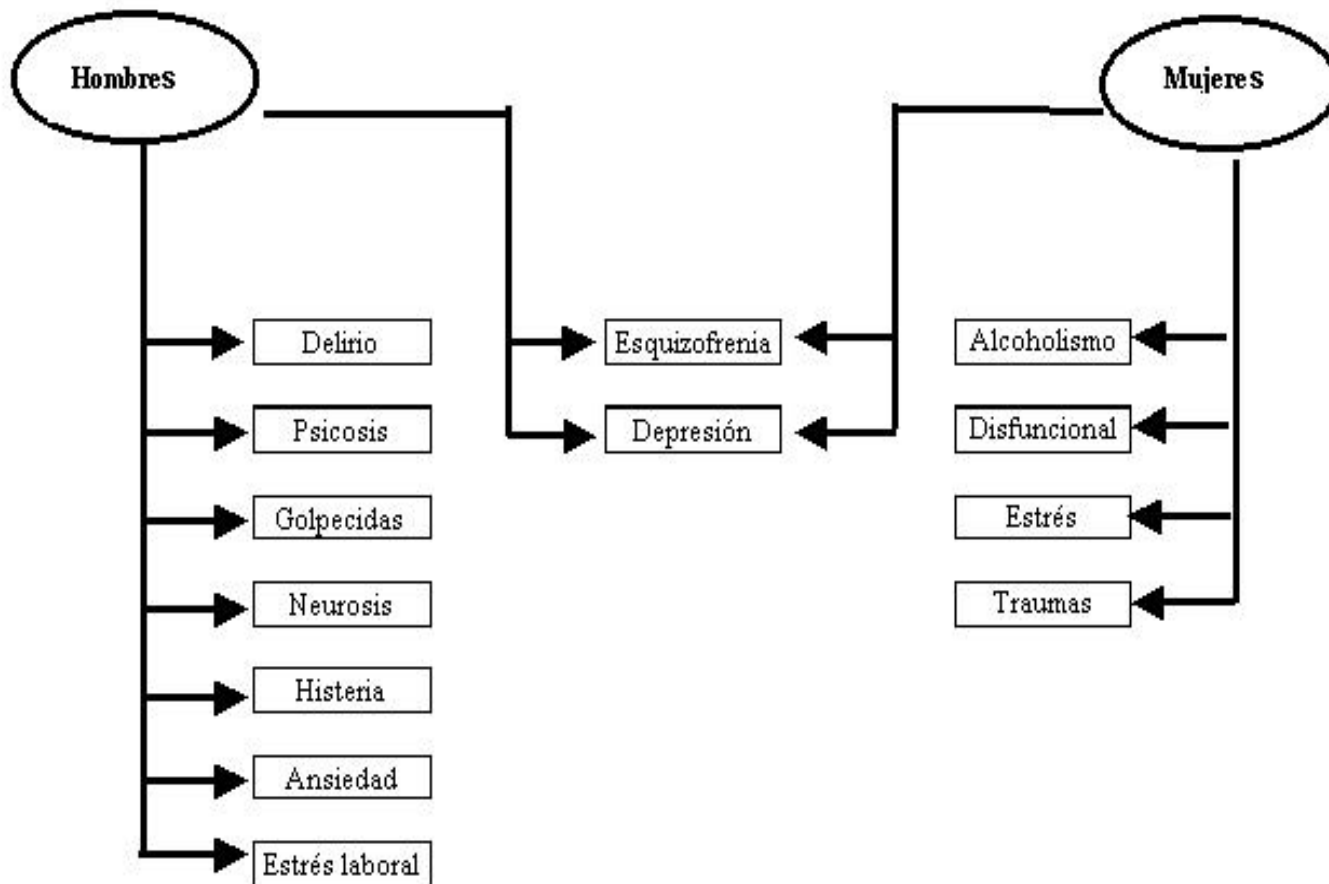
ANEXO 2

DIAGRAMAS DE CATEGORÍAS

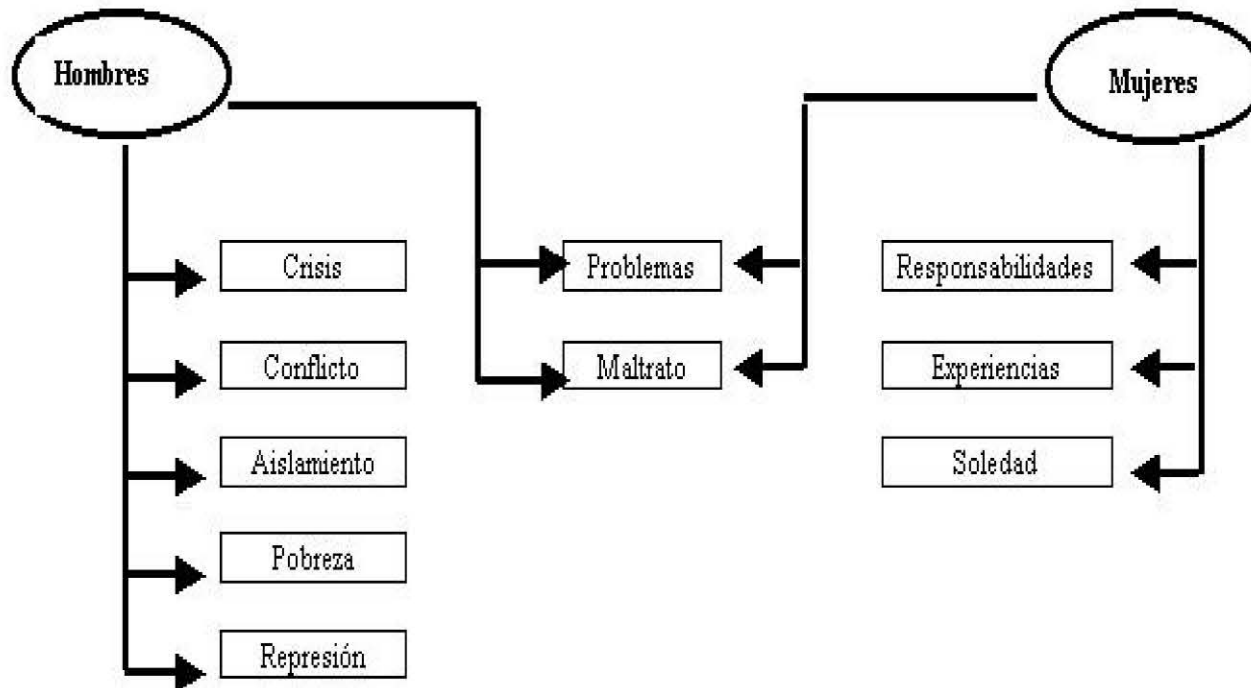
DESCRIPTORES



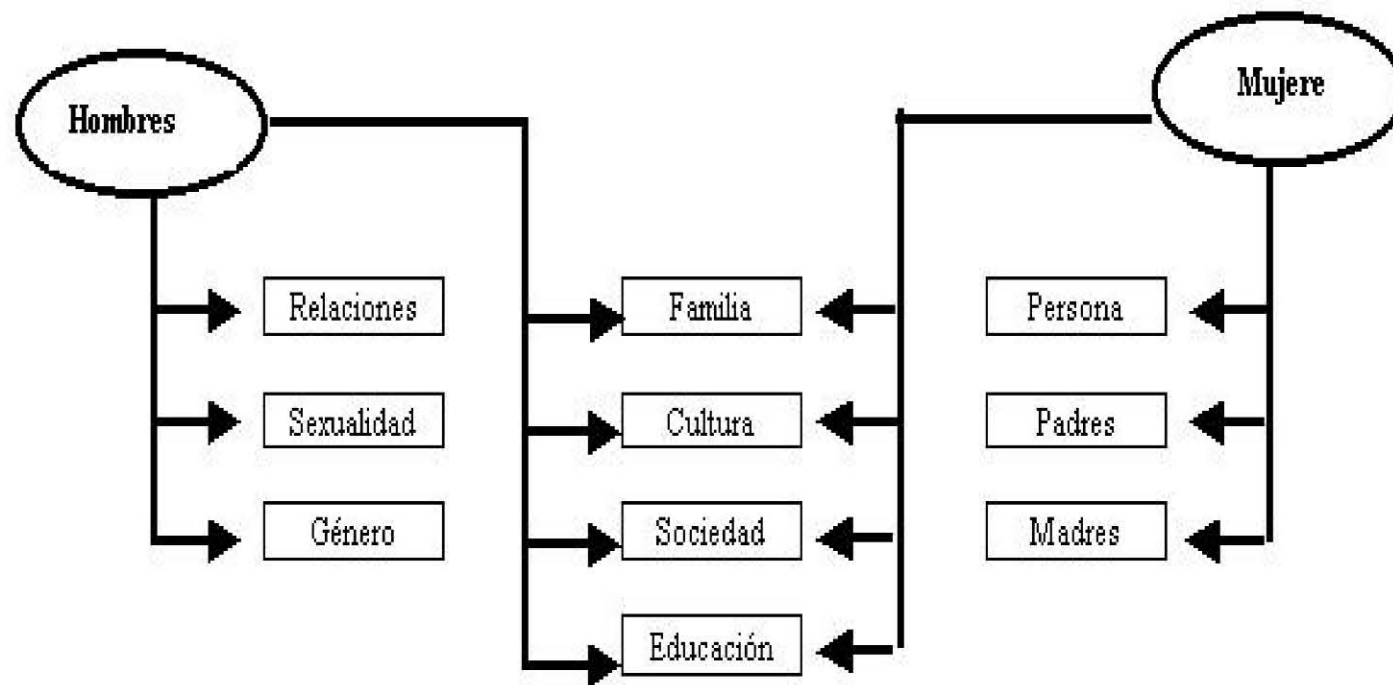
PATOLOGÍAS

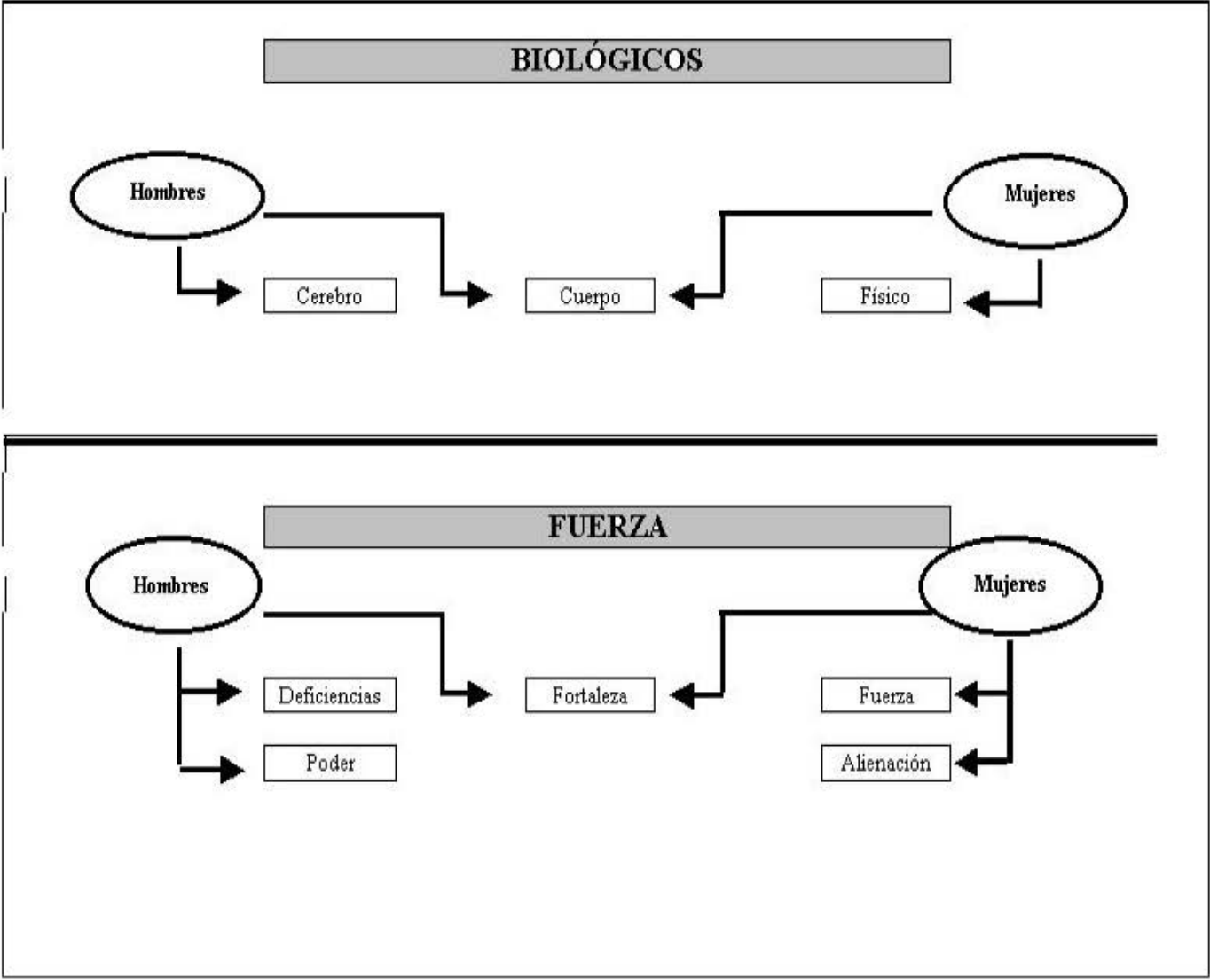


FACTORES DE RIESGO

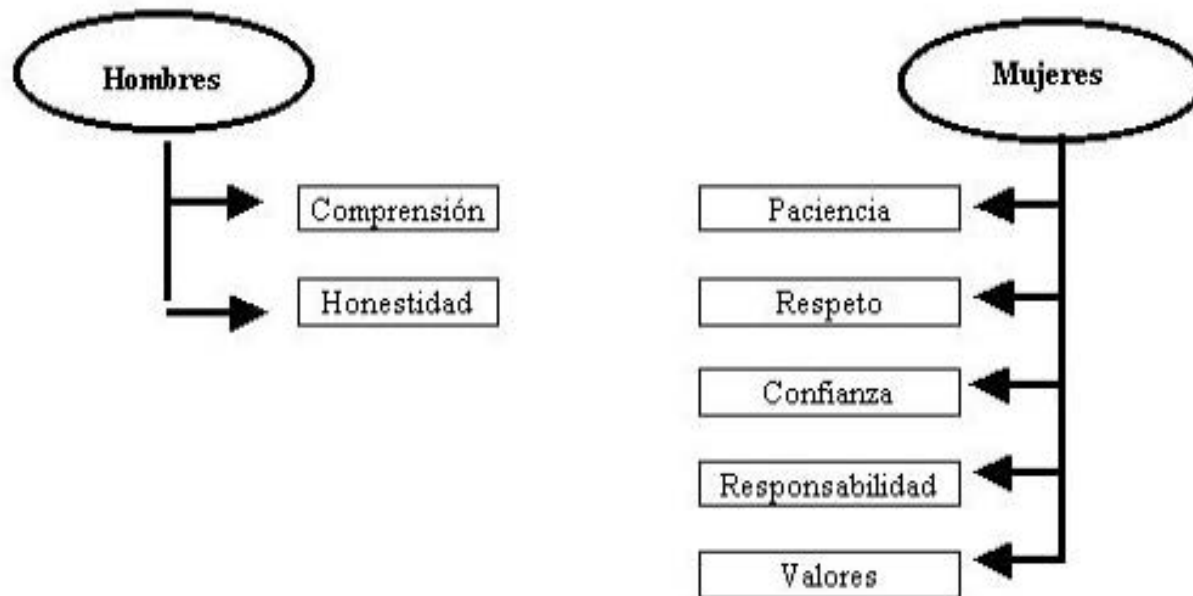


CONTEXTO

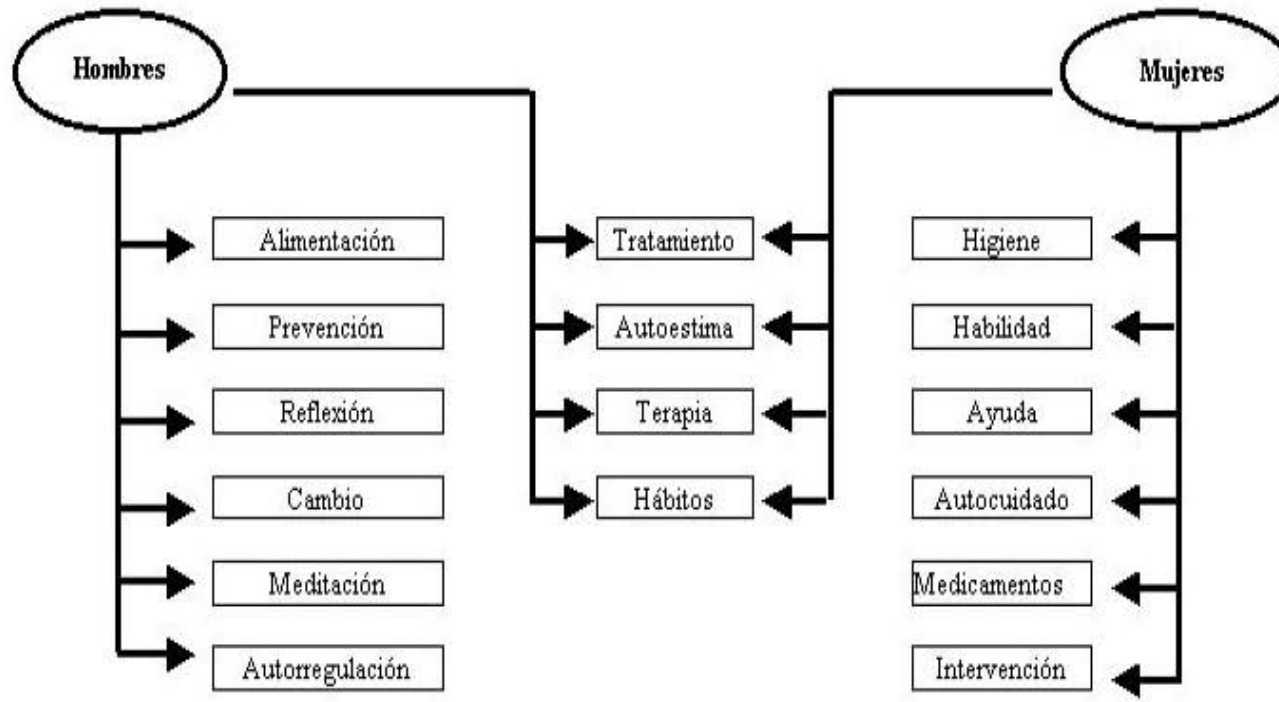




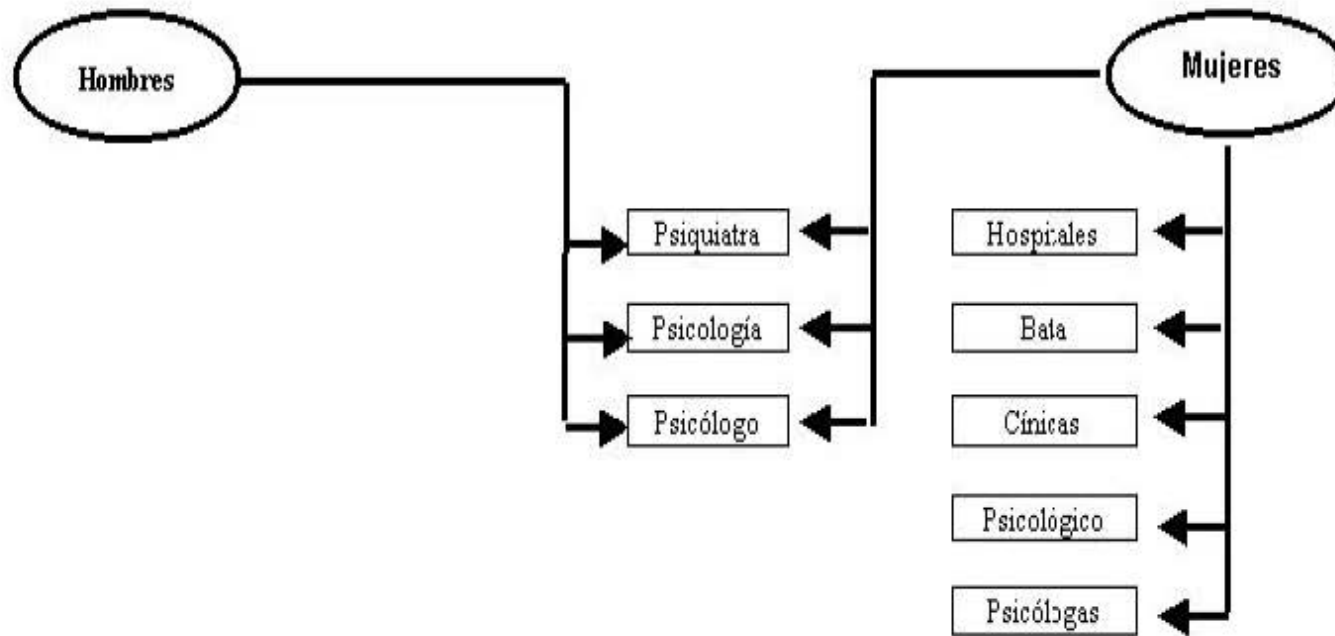
VIRTUDES



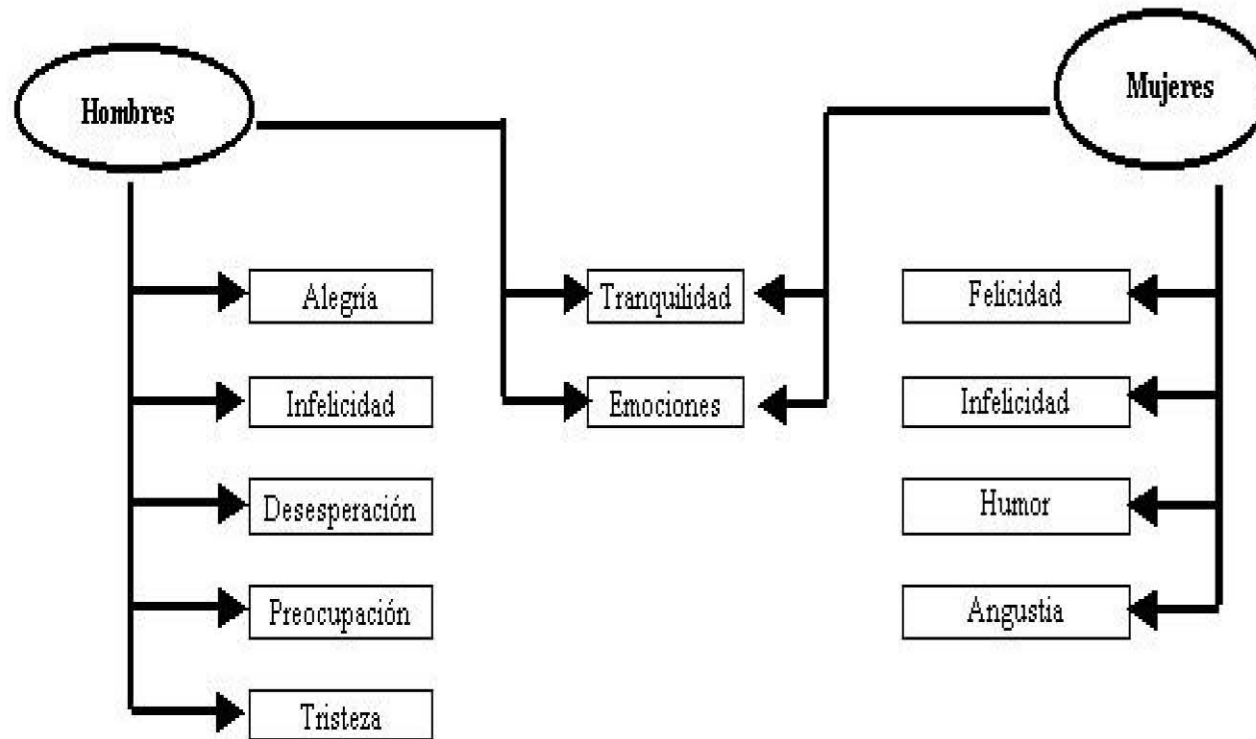
**SOLUCIONES, PREVENCIÓN
E INTERVENCIÓN**

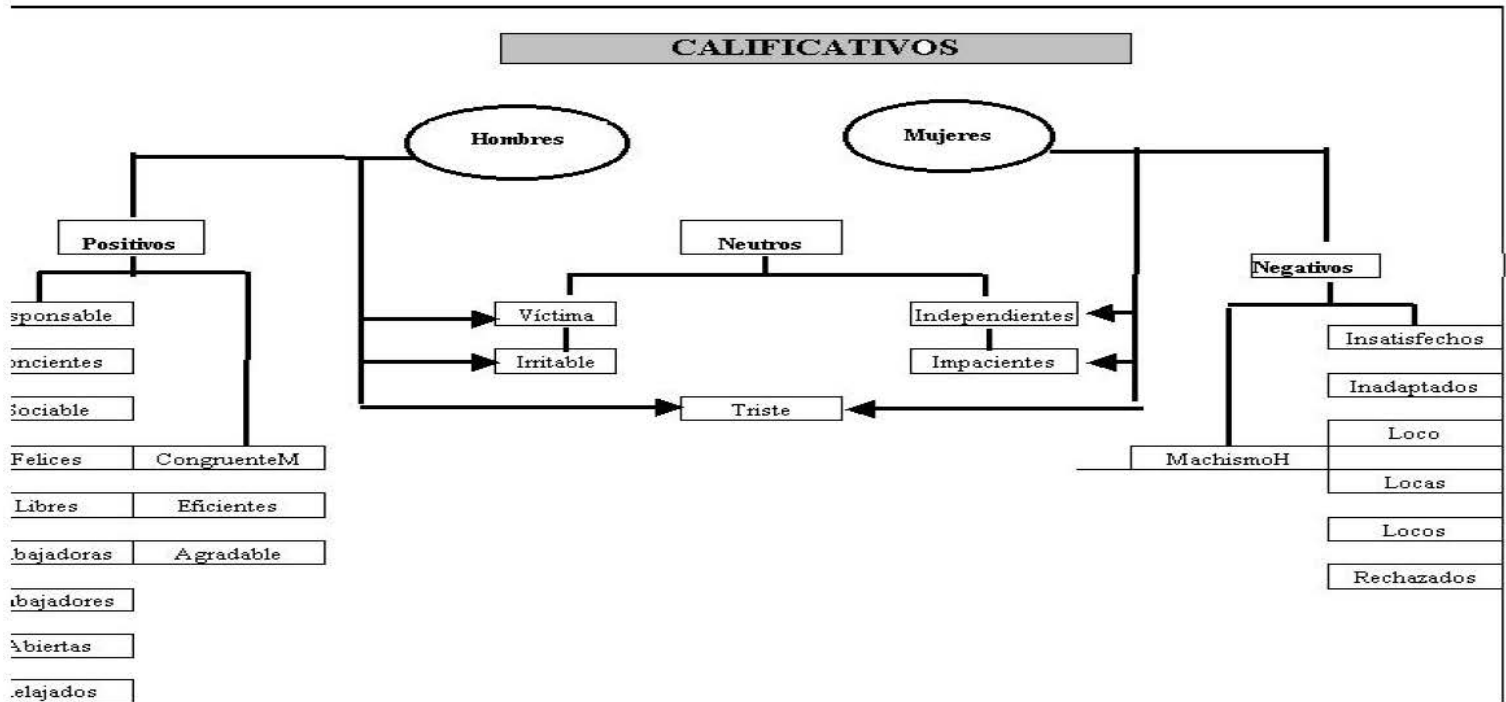


**DISCIPLINAS, PROFESIONES
O ASPECTOS VÍNCULADOS**



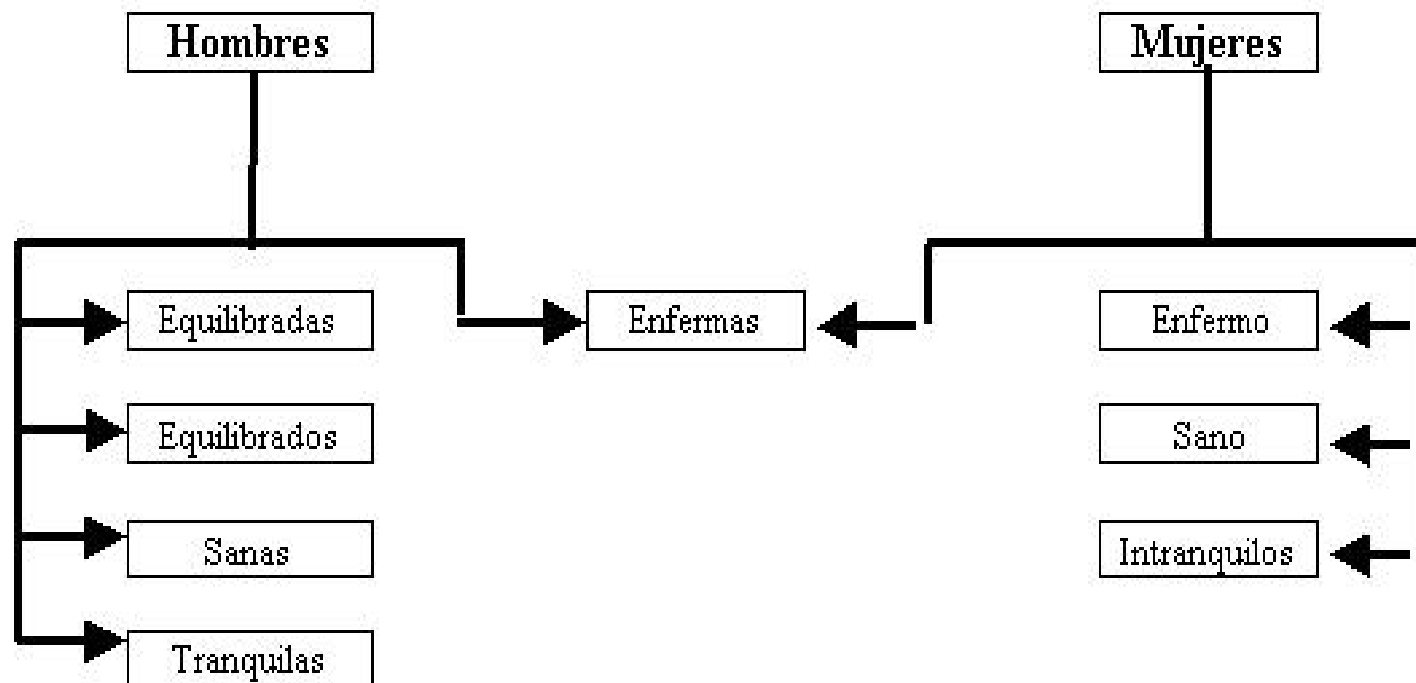
ESTADOS DE ÁNIMO





M Indica la fila de los descriptores arrojados por las mujeres
 H Indica la fila de los descriptores arrojados por los hombres

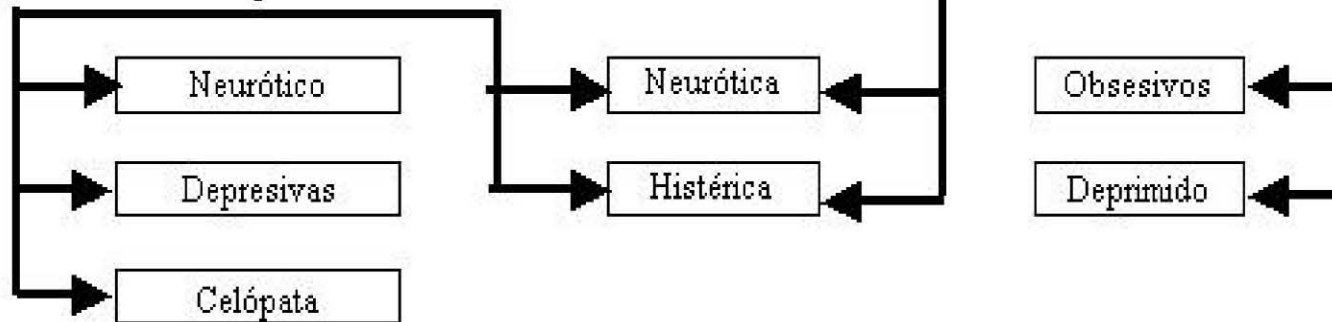
Subcategoría Calificativos: Descriptores



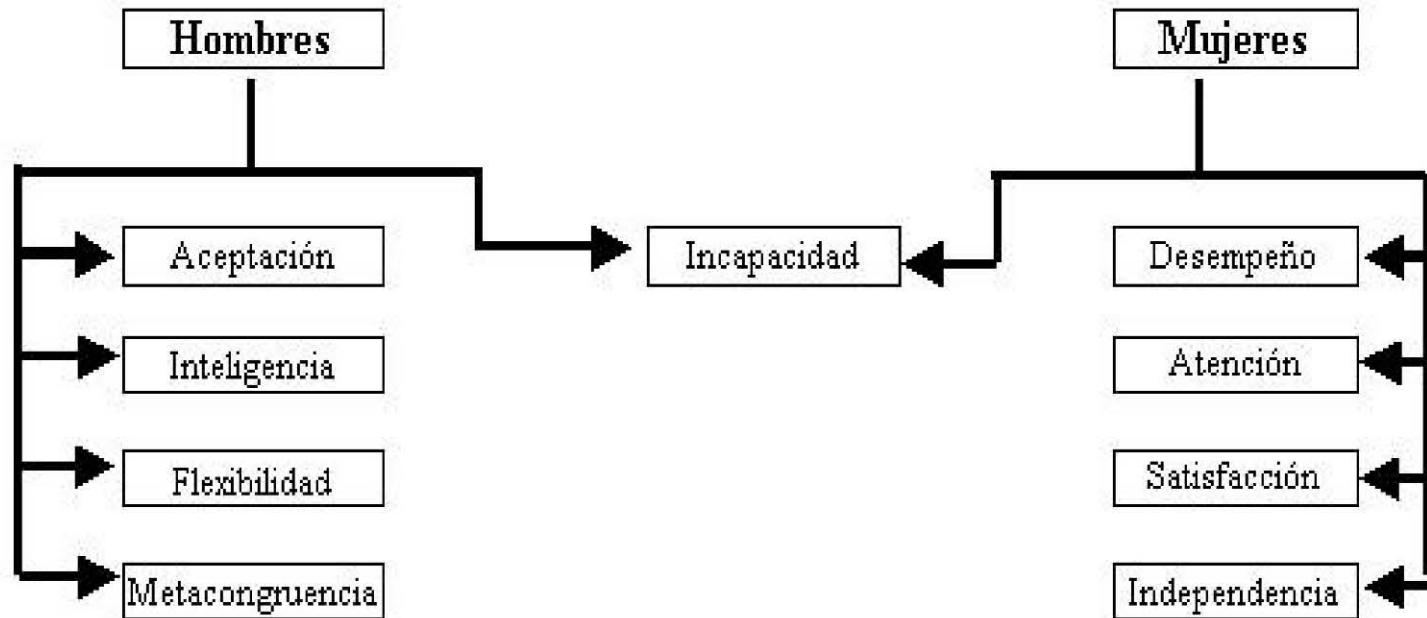
Subcategoría Calificativos: Patologías

Hombres

Mujeres



Subcategoría Calificativos: Cualidades



OTROS

