

RECONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SUBJETIVIDAD EN SALUD COMUNITARIA

Francisco Rodríguez *

PALABRAS CLAVES: reconstrucción social de la subjetividad, tecnologías del yo, representaciones sociales

RESUMEN

El abordaje del comportamiento en salud comunitaria ha sido hecho tradicionalmente por las ciencias sociales de manera elementalista; vale decir, en términos de actitudes, creencias, expectativas y respuestas concretas, en forma aislada.

En esta investigación se trata de operar con una categoría heurística como es la de subjetividad, en función de un constructo teórico-metodológico que refleje la significación de totalidad en investigaciones que como la actual intentan superar esta situación,

En este orden de ideas trabajamos con una categoría de análisis que nos parece que podría recoger esta inquietud, cual es el concepto de representaciones. A tal respecto se le aplicó a 30 mujeres escogidas al azar entre los asistentes a un ambulatorio de Ciudad Bolívar, dos instrumentos en función de detectar el tipo de representaciones y las actitudes correspondientes a cinco aspectos relacionados con cáncer de cuello uterino y relaciones médico-paciente en general.

Luego se sometió a este grupo a un ensayo experimental de cambio de las representaciones en estos cinco aspectos, en función de observar sus variaciones.

Se encontró que las representaciones asociadas con relación médico-paciente variaron en forma moderada, pero no así las referidas al cuerpo. Igualmente se observó esto mismo con respecto a las actitudes.

Suponemos que la estructura de la subjetividad en salud está fuertemente centrada en las representaciones que sobre el cuerpo, estos sujetos tienen.

*Escuela de Medicina, Universidad de Oriente, Núcleo de Bolívar.
Recibido: Septiembre 1997. Aprobado: Octubre 1998.

ABSTRAC

Social sciences have traditionally approached behavior in community health, in an elementary way, that is in terms of isolated attitudes, beliefs, expectations and concrete answers. In this study, we try to operate with a heuristic category, that of subjectivity, in function of a theoretical-methodological construct that reflects the significance of the entirety in investigations that, like this one, try to overcome this situation.

In this orden of ideas we work with a category of analysis that we think may take this concern into account: the concept of representations. For this, we submitted 30 women, at random among the patients of a health clinic in Ciudad Bolívar, Venezuela, to two instruments, in order to detect the types of representations and the attitudes corresponding to five aspect related to uterine neck cancer and doctor-patient relations in general.

Then this group underwent an experimental rehearsal of change in the representations in these five aspects, in order to observe their variations.

It was found that the representations associated with doctor-patient relations varied in moderate form, but not so those associated with the body. The same observation was made about attitudes.

We suppose that, in matters of health, the structure of the subjectivity is health is strongly centered on body representations.

KEY WORD: social reconstruction of subjectivity, Self technology, Social representations.

INTRODUCCIÓN

Desde un encuadre fundamentalmente social, la subjetividad puede ser entendida como producto de la síntesis de una pluralidad de factores que se expresan como: rela-

ciones de fuerza (poder) de diversa procedencia y naturaleza, sistemas de representaciones tanto simbólicas como cognitivas, formaciones discursivas múltiples y procesos históricos de vida, tanto a nivel colectivo como individual.

En este sentido estamos hablando de un condensado de relaciones de poder-saber, así como de simbolizaciones y discursos que adquieren sentido en el contexto de la historia de vida de un colectivo y de las historias de vida de las diversas individualidades que configuran el modo de ser o "talante" de una comunidad determinada. Podemos, luego, suponer el tipo de actitud o reacción ante una situación determinada que una colectividad tendrá, a partir del trazado de un mapa de subjetividad comunitario. Este no es más que el sistema de coordenadas que describen el modo como se producen las relaciones entre el yo (conciencia superficial) y el sí mismo, entendido como un tipo de conciencia más estructural y entre el sí mismo, los otros y el mundo, en su acepción tanto física como social.

El sí mismo es ya un campo de tensiones y de relaciones que está estructurado en torno a lenguaje y poder, porque lo que encontramos en su interior es el despliegue de un conjunto complejo de representaciones. Mitos, creencias, arquetipos, estereotipos y saberes codificados, son los entes que pueblan el universo de lo que constituye la subjetividad. No son cualidades intrapsíquicamente generadas las que desde el lugar de alguna estructura biológica o metafísica, determinan el modo como se configura la arquitectura de los procesos subjetivos.

Luego es desde el lugar de la intersubjetividad, desde donde es posible definir el estatuto de la subjetividad como espacio siempre habitado por el "Otro". El "otro del poder y el lenguaje", que desde diversos espacios societales (institucionales o no), constituyen las diversas personas primarias de referencia para el sí mismo. Los padres en la familia, los maestros en la escuela, los agentes de la comunicación colectiva en los medios de masas y el médico en el espacio salud, integran (entre otros) el universo social desde donde tiene sentido la construcción de un tipo de subjetividad determinada.

De esta manera, el individuo como espacio matriz de interacción social,⁽¹⁾ queda diluido en una madeja de relaciones tal que lo convierten sólo en un momento de los complejos procesos de intersubjetividad mediada por el lenguaje y el poder. Y esta trama relacional es lo que termina constituyendo finalmente lo social, en tanto urdimbre intersubjetiva que le da sentido a los procesos individuales.

1.-Espacios sociales y tecnologías del yo

En cada espacio societal (escolar, familiar, carcelario, religioso o médico) encontramos mecanismos que aseguran la constitución de la subjetividad a través de las mediaciones fundamentales que a su vez constituyen el poder y el lenguaje. Un régimen de saber y de verdad determinado en cada caso, supone un discurso de autoridad específico que fundamenta unas relaciones basadas en situaciones diferenciales de poder.

Este discurso de autoridad (escolar, judicial o médico) impone un régimen de saber y de verdad a través de un dispositivo de control de la subjetividad concretado en técnicas disciplinarias del sí mismo. Estas técnicas de sí mismo son mecanismos que operan a nivel de las estructuras inconscientes del individuo para desde ahí producir los arreglos necesarios al proceso de adecuación de la subjetividad a los regímenes de saber y de verdad.

La oración, por ejemplo, en el caso del espacio religioso, es una técnica de sí mismo que hace posible la "comunicación con Dios".

Igualmente, pudiéramos decir de cualquier ritual terapéutico en el caso del espacio médico y de salud en general, en tanto ejercicio de legitimación de la entrega incondicional del cuerpo. Esta entrega es posible porque antes se ha producido un "acto piadoso" de aceptación del médico como autoridad indiscutida en materia de salud.

Las técnicas de sí mismo, en tanto mecanismos segregados a partir del discurso de autoridad (médica, religiosa, o escolar), se constituyen en técnicas de poder y de verdad que determinan el modo normativo y prescriptivo como se configura la subjetividad; vale decir, el modo como se estructura el sí mismo y las relaciones de éste con los otros y con el mundo. El modo como se establecen los procesos de producción de identificación del yo y en general, como se estructura lo que Freud (1973) denominó como el "yo ideal".

A través de las técnicas de sí mismo, la subjetividad define su núcleo ideal de identificación y sus límites, cifrados en claves del paradigma hegemónico de realización o "ideal de realización".

Definimos así provisionalmente a las tecnologías de la subjetividad como el resultado final de la implantación en el sujeto de modos de intervención del sí mismo, por parte del poder, en función de la producción de los arreglos ne-

cesarios para su adecuación a un paradigma de autorrealización compatible con el establecimiento de saber-poder en cada situación inherente al espacio societal específico.

En este orden de ideas, tanto el militante de un partido político o el que profesa una fe en una iglesia determinada, como el sujeto subordinado en un espacio institucional específico, desarrolla técnicas disciplinarias (o autodisciplinarias) cuyo objetivo final estratégicamente definido, es producir arreglos en la subjetividad que permitan una adecuación eficaz en términos de asimilación-acomodación al ideal de realización postulado por el régimen de verdad dominante. Es precisamente a esto a lo que Foucault (1990) se ha referido cuando habla de prácticas ascéticas en el cristianismo con sus técnicas de renuncia al cuerpo como medio de aproximación al "estado de gracia" en función de la salvación del alma, que definen al ideal de búsqueda y realización del creyente. En esto consiste la constitución del tipo de subjetividad adecuada al modelo de realización propio del ideal de la "comunidad de los santos" que predominó en la sociedad tradicional de la Edad Media.

2.-Alienación, poder y subjetividad en salud.

En el espacio médico, el régimen de verdad y el discurso de autoridad hallan su fundamentación básica en el proceso de medicalización del cuerpo y de la salud en general, como técnica de poder por excelencia. La sustracción del cuerpo y de la salud del seno de la vida cotidiana para colocarlo en el espacio médico en condiciones de objeto de posesión exclusiva, sugiere la idea de un proceso de construcción de una subjetividad medicalizada en salud.

El modo como se estructura la intersubjetividad en el espacio médico, hace referencia al carácter profundamente asimétrico de las relaciones que lo constituye, en tanto el discurso de autoridad médica encarna una configuración de saber-poder que se resuelve en los predios de un sistema cerrado de exclusión-inclusión.

Esto supone una retirada estratégica del ámbito del control del cuerpo y la salud en general, por parte del sujeto común y su consiguiente apropiación por el aparato médico científico-tecnológico. Significa que ya no es el sujeto, en tanto comunidad, el legítimo propietario del control y el discurso sobre estos objetos (Rodríguez, 1997). Ahora son instancias institucionalizadas las que detentan el poder y la legitimidad con respecto a salud-enfermedad, cuerpo, mente y la definición de lo normal y lo patológico. No sólo el cuerpo sino también la subjetividad ha sido

medicalizada al entrar en el universo de controles que contiene una racionalidad científico-tecnológico por oposición a una racionalidad comunicativa y humanística.

La institucionalización, el diagnóstico y etiquetamiento, el tratamiento y la prescripción en general, constituyen las principales técnicas de verdad-poder que fundamentadas en la racionalidad científico-tecnológica como sustrato proveedor de legitimación, realizan el propósito de instauración de un dispositivo de subjetividad medicalizada. Esto es, una conciencia proclive a la entrega incondicional del cuerpo al aparato médico con carácter de legitimidad, no sólo en condiciones de enfermedad sino también en situaciones normales y del transcurrir de la vida cotidiana en general.

A partir de estos emplazamientos de poder-saber, podemos ya empezar a realizar el escrutinio de los aspectos cardinales más estratégicos que constituyen a la subjetividad en el espacio médico y de la salud en general. Sobre todo a nivel comunitario que es el espacio social donde mejor se condensan estos procesos, por el carácter de hábitat natural de la subjetividad que la comunidad comporta.

En este sentido es el régimen de representaciones sociales, tanto de orden simbólico como cognitivo, el terreno más propicio para el registro empírico del modo de sustantivación del imaginario que puebla el espacio de la subjetividad y desde ahí finalmente determina el modo como se producen y reproducen las prácticas en cualquier espacio societario.

Las representaciones sociales como "teorías de la realidad" en el mundo del saber común, pueden ser definidas como los modos de interpretación y comprensión de los procesos reales que la subjetividad común realiza en el contexto de la vida cotidiana.

Las representaciones de salud-enfermedad en la vida cotidiana en términos de un objeto externo al sujeto a partir del carácter fundamentalmente biológico-organicista y de hechos aislados que se le atribuye, recorta muy ideológicamente el estatuto de realidad de totalidad biosocial compleja que estos procesos comportan. Por otra parte y en cuanto a representaciones del rol de médico y de paciente, usualmente nos encontramos con una lógica binaria que separa radicalmente la intersubjetividad que estas relaciones deberían tener. Así de este modo tenemos una dicotomía fundamental sistemática que se expresa en: activo-pasivo, sujeto-objeto y sujeto del saber-poder Vs sujeto desamparado y necesitado de ayuda.

El resultado de todos estos procesos a nivel de la subjetividad individual y por extensión comunitaria, es un estado muy fuerte de alienación que se expresa en el plano de la vida real como un síndrome de “cosificación del sujeto” y por tanto de sus relaciones con el “Otro del poder y el saber” (médico), y con el mundo (tanto natural como social) en el campo del espacio médico en particular y de salud en general.

Esto incluye relaciones “cosificadas” del sujeto consigo mismo y con los otros en general; pues lo que eran relaciones entre personas ahora pasan a ser relaciones entre cosas.

Por otro lado y como parte de escenarios estructurales más amplios, es necesario hacer alusión al concepto de “Cultura de la pobreza” acuñado por Oscar Lewis (1976). Este particular desarrollo teórico sitúa el problema de las relaciones subjetividad-poder, en el contexto de una constitución precaria de las estructuras del yo a propósito de una memoria colectiva socialmente heredada (transmitida de generación en generación) de autodesvalorización étnica y por lo tanto del sí mismo (individual y colectivo).

Esto sería, en última reducción, lo que pudiéramos entender como las consecuencias subjetivas del subdesarrollo, en el sentido de constituir un “excedente de alienación” puesto que el síndrome de la “Cultura de la pobreza” involucra, como rasgos constitutivos: externalidad, indefensión, pobreza yoica, pobreza motivacional, dependencia de “otros poderosos”, bloqueo cognitivo, conformidad, fatalismo y apatía.

Las consecuencias en el plano de la subjetividad de todos estos procesos de representaciones y relaciones de fuerza, sería la incapacidad estructural del sujeto (individual y colectivo) de registrar la experiencia de sí mismo como instancia autónoma. Se trata de una ausencia del sentido crítico del yo que se resuelve en estados subjetivos (Rodríguez, 1997) que delegan en mediaciones externas la realización de la síntesis de las experiencias derivadas de las relaciones sujeto-mundo.

I.-Algunas suposiciones hipotéticas.

Como supuesto de base tenemos que es posible establecer relaciones de asociación causal entre las representaciones que un sujeto individual o colectivo pueda tener en un momento determinado acerca de diversos objetos sociales y las actitudes que se exhiban ante esos mismos objetos. Esta afirmación constituye el punto de partida de un conjunto de conjeturas acerca de lo que podríamos en-

contrar como aspectos sociocognoscitivos (representaciones y actitudes) en el grupo estudiado; vale decir, que a unas representaciones alienadas le debe corresponder en el mismo sentido, unas actitudes también alienadas.

Esto supone encontrar para el grupo estudiado, representaciones de salud-enfermedad y del cuerpo, como objetos externos y extraños al sujeto; así como representaciones del rol de médico en tanto “otro poderoso” Levenson (1981) y del rol de paciente como un ente fundamentalmente de naturaleza pasivo-dependiente. Luego, es posible conjeturar que como una consecuencia lógica de la presencia de este tipo de representaciones sociales, podríamos hallar ausencia de actitudes favorables a la prevención social primaria, o prevención que el sujeto realiza de manera autónoma, en el tipo de problema de salud abordado por este estudio.

En este orden de ideas podríamos proponer la posibilidad de una apuesta experimental en los siguientes términos: si logramos modificar aunque sea parcialmente el perfil de las representaciones con respecto a los objetos ya señalados en el grupo en estudio, podríamos esperar concomitantemente variaciones en el tipo de actitudes correspondientes.

Igualmente, y como resultado lógico, cabría esperar variaciones en el comportamiento en este mismo ámbito.

II.-Encuadre metodológico.

Partiendo de una estrategia de cambio de la subjetividad en salud fundamentada en un proceso de revisión crítica permanente del sistema de representaciones (reconstrucción crítica) en aspectos centrales de la relaciones del sujeto con el modelo y sistema de salud dominante, se sometió a un grupo de 30 mujeres seleccionadas *ad hoc* entre la población asistente a las diversas consultas de un ambulatorio tipo I de Ciudad Bolívar, a dos sesiones de trabajo orientadas a cambiar representaciones y actitudes en varios aspectos relacionados con cáncer del cuello de la matriz.

Pusimos en práctica para el manejo de las sesiones una técnica de dinámica de grupo que denominamos como “taller de discusión grupal”, en el cual el objetivo estratégico era que la gente se involucrara en una discusión crítica sobre los diversos temas y no la instrucción de una información que la gente debía de recibir más o menos pasivamente.

La estrategia metodológica estuvo centrada en someter a un proceso de confrontación crítica del sujeto con sus representaciones (y por tanto con el sí mismo) sobre 4

aspectos relacionados con el problema objeto de estudio. Estos aspectos tenían que ver con cuestiones centrales al comportamiento en salud en cualquier situación; a saber: salud-enfermedad, cuerpo, rol de médico y rol de paciente.

El proceso de reconstrucción crítica, que es como hemos denominado a esta estrategia de cambio, consistía en exponer a sesiones de discusión crítica grupal, tipo mayéutica socrática, a la información contenida como representaciones en los 4 aspectos señalados. El objetivo estratégico era el desmontaje de la subjetividad que generan estas idealizaciones, evidenciando su estatuto de dispositivo de poder-dominación-sumisión y por tanto de subjetividad alienada que comportan.

La lógica del experimento consistía en el “antes y después” de la administración de la prueba que constituyó el “taller de discusión grupal”. La recolección de la información fue hecha a través de dos instrumentos⁽²⁾ elaborados *ad hoc* para la investigación, a saber: una guía de entrevista a profundidad y una escala que hemos denominado como Escala de representaciones alienación-sentido crítico. Los dos instrumentos fueron aplicados antes y después del desarrollo del trabajo grupal.

La información recabada en el momento inicial de la investigación, era confrontada en el espacio de la intersubjetividad del grupo, a través de una visión crítica del discurso de la medicalización del cuerpo y de la salud en general. La estrategia discursiva consistía en un proceso de deconstrucción crítica del paradigma de la medicalización cifrado en claves de un discurso profundamente alienante (y alienado) de la subjetividad en este ámbito social.

El análisis de los datos fue más del tipo cualitativo-transversal (fundamentalmente caso por caso) que estadístico-cuantitativo. Nos parece que un análisis de esta naturaleza podría ser de mayor fecundidad heurística⁽³⁾ que los tradicionales análisis estadísticos en investigación social. Imposible medir la subjetividad.

III.- Análisis de resultados y conclusiones.

El análisis de las respuestas dadas por los sujetos investigados, revelan representaciones del cáncer en general y del cáncer del cuello de la matriz en particular, en términos de un imaginario que se vincula con ideas fantasmáticas acerca del carácter demoníaco, escatológico y en tanto resultado de una causalidad metafísica que se expresa como: castigo divino, destino y hechicería. No existe la

idea de la prevención primaria, puesto que la prevención sólo es posible cuando la enfermedad está instalada. Se acude al médico para que ponga el tratamiento adecuado en cada caso.

Las representaciones del cuerpo en esta situación se orientan a considerarlo a partir de dos referentes básicos; a saber: a) como un objeto externo al sujeto. Un acontecimiento externo al campo de control del individuo y por lo tanto determinado por procesos que escapan totalmente de la esfera de influencia de éste. b) Como un objeto físicamente definido; vale decir, constituido en torno a estructuras biofisiológicas exclusivamente.

En el sentido de este tipo de representaciones, hemos acuñado el concepto de “cuerpo objetivado” para referirnos a la presencia de estos dos tipos de significaciones, como ideas matrices en el proceso de las relaciones del sujeto común con su cuerpo en condiciones normales propias de la vida cotidiana.

Con respecto a las representaciones de los roles de médico y paciente, encontramos que el médico es percibido como un “otro poderoso” (Levenson, 1981) propietario de la competencia técnico-cognoscitiva y discursiva, en términos de exclusividad; así como del control tanto sobre las situaciones que generan las relaciones médico-paciente, como sobre el cuerpo de los sujetos en atención al carácter de objetos del orden de la medicalización.

El paciente es definido como un objeto, una sumatoria de aparatos y órganos que debe comportarse de acuerdo al paradigma de la “máquina que se ha desarreglado” y sin más derechos que los que derivan de la atención médica simplemente, pero nunca de acuerdo a su condición de sujeto-actor en las relaciones médico-paciente.

En este contexto de significaciones, el paciente es percibido masivamente como un objeto perteneciente en forma natural, al “orden de la medicalización de los cuerpos”. Este orden se constituye en una gramática discursiva que establece a su vez un orden dicotómico de las denominaciones: activo Vs pasivo, sujeto actuante Vs objeto actuado, sujeto hablante Vs objeto hablado y sujeto del poder Vs sujeto de la sumisión.

Las representaciones que los sujetos investigados exhibieron con respecto al tema de la prevención, tienen una fuerte relación de analogía con el aspecto anterior; sencillamente no se autoincluyen en procesos de prevención primaria del cáncer en general y del cáncer de cuello uterino, en particular.

Las actitudes en general tanto hacia la prevención como hacia los roles de médico y de paciente, expresan su relación de asociación con el sistema de las representaciones antes expuestas.

A partir de la puesta en práctica de la estrategia de reconstrucción de la subjetividad en el experimento para modificar el sistema de las representaciones y por tanto de las actitudes que dependen de ellas en diversos aspectos relacionados con el proceso salud-enfermedad y las relaciones médico-paciente, pudimos observar que se produjeron modificaciones (aunque no muy significativas pero sí importantes) en las áreas de las relaciones médico-paciente y las representaciones en el proceso de prevención; mas no así en el campo de las representaciones del cuerpo. Estas parecen ser más rígidas y por lo tanto más resistentes al cambio, quizás porque están más fuertemente vinculadas al paradigma medicalista que postula un estatuto biofisiológico y clínico-individualista del proceso salud-enfermedad.

Las modificaciones operadas en las actitudes hacia la prevención y el sistema de roles médico-paciente de los sujetos investigados, se corresponden con las modificaciones operadas en el campo de las representaciones antes señaladas; lo cual refleja la íntima asociación que es susceptible de registrar entre estos dos tipos de variables.

Aunque la investigación de campo constituye todavía una aproximación todavía muy provisoria y parcial, no obstante podría servir como insumo para un estudio más sistemático desde el punto de vista fáctico.

NOTAS

- 1.- El sujeto-individuo como categoría matriz de producción de significación social, es un concepto ideológicamente elaborado a partir de la moder-

nidad y el liberalismo. Responde al criterio propio del capitalismo liberal y a su noción del mundo social reducida al mercado.

- 2.- Esta batería de instrumentos ha sido elaborada por el autor y validada en anteriores investigaciones.
- 3.- Las exigencias de un paradigma neopositivista hegemónico también en sociología, ha inducido a un efecto de encallejamiento de la investigación y el análisis de los procesos sociales dentro de los moldes estrechos de una cuantificación que reprime la fecundidad explicativa y creativa, en función de la demostración empírica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FOUCAULT, MICHEL. *Tecnologías del yo*. Paidós. Barcelona. 1990.
- FREUD, S. *El yo y el ello*. Alianza editorial. Madrid. 1977.
- GIDDENS, ANTHONY. *Modernidad e identidad del yo*. Edit. Península. Barcelona. 1973.
- LEVENSON, HANNA. 1981. Differentiating among internality, powerful others chance. Research with the locus control construct. Assesment methods. Lefcourt (ed). N.Y. Academic Press.
- LEWIS, OSCAR. *Antropología de la pobreza*. FCE. Méjico. 1976.
- RODRÍGUEZ, FRANCISCO. *Alienación, ideología y poder en salud*. Edic. de la UDO-Bolívar. 1997.