



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
PUEBLA



"ALFONSO VÉLEZ PLIEGO"

INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
"ALFONSO VÉLEZ PLIEGO"
MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA

TRABAJO Y SALUD MENTAL: MIRADAS SOCIOLÓGICAS A LA
RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS MENTALES Y
EXPLOTACIÓN CAPITALISTA

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN SOCIOLOGÍA

PRESENTA:

JOSHUA ARTURO LLANOS CRUZ

DIRECTOR:

JOHN PATRICK HOLLOWAY KENNEDY

PUEBLA, PUE., ABRIL 2021

AGRADECIMIENTOS

Indudablemente la elaboración de un trabajo de investigación es un proceso complejo, largo y cansado. Lograr la conclusión de esta tesis ha representado para mí un gran reto que no hubiese sido posible sin la ayuda, apoyo, conocimiento y enseñanzas de muchas personas, mencionarlas aquí resultaría muy extenso, pero estoy convencido de que aquellas personas que han estado conmigo durante este proceso lo saben y son conscientes de ello, para todas y cada una mis más sinceros agradecimientos e infinita gratitud.

Quiero agradecer de manera especial a mi querido director el Doctor John Patrick Holloway Kennedy, sinceramente muchas gracias por todo tu apoyo, confianza, consejo y ayuda. Tus comentarios, sugerencias y correcciones me permitieron concluir en buenos términos esta investigación, desde el momento en que te platique mis intenciones y aceptaste guiarme en este camino. A mis lectores y miembros del comité evaluador por sus comentarios y paciencia también, muchas gracias.

Una mención especial y necesaria para todas las personas que forman parte del Posgrado en Sociología, administrativos, operativos, docentes y compañeros de generación. Por último quiero agradecer al CONACyT, sin el apoyo que nos brindó para nuestra manutención durante los estudios de la maestría no sería posible haber terminado esta investigación.

Infinitas gracias, todo mi respeto y admiración.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
<i>Planteamiento del problema</i>	4
Planteamiento teórico	10
Hipótesis	12
Objetivos de investigación.....	12
CAPÍTULO 1: UNA RELACIÓN POCO CONOCIDA: LA SOCIOLOGÍA Y LA SALUD MENTAL.....	13
1.1 El interés de la sociología por la salud.....	14
1.1.1 La concepción marxista de la salud.....	28
1.1.2 Contribuciones del marxismo a la comprensión de la salud y las enfermedades	30
1.2 La sociología de la salud y las enfermedades mentales	35
1.2.1 La teoría del estrés.....	43
1.2.2 La teoría de la tensión estructural.....	47
1.2.3 La teoría del etiquetado	53
CAPÍTULO II: EL TRABAJO COMO EJE REGULADOR DE LA VIDA EN EL CAPITALISMO Y SU INFLUJO EN LA SALUD MENTAL.....	57
2.1 Las transformaciones del mundo del trabajo y la vida cotidiana.....	58
2.2 El trabajo para la sociología de la salud y las enfermedades mentales	65
2.3 El trabajo y su influencia en la salud mental.....	74
2.3.1 Los factores de riesgo psicosociales	79
2.3.1.1 Las nuevas formas de contratación: trabajo precario	80
2.3.1.2 Los horarios de trabajo flexible y/o irregular.....	81
2.3.1.3 La falta de seguridad laboral	83
2.3.1.4 La intensificación del trabajo	84
2.3.1.5 El envejecimiento de la población trabajadora	86
2.3.1.6 La violencia y el acoso laborales.....	87
2.4 Patologías mentales asociadas con el trabajo.....	88

2.4.1 Trastornos psicóticos.....	89
2.4.2 Trastornos cognitivos.....	90
2.4.3 Trastornos neuróticos.....	90
2.4.4 Trastornos por estrés.....	91
2.4.5 Trastornos por abuso de sustancias.....	91
2.4.6 Trastornos autolíticos.....	92
CAPÍTULO III: APUNTES PARA COMPRENDER LA ACTUAL CRISIS DE SALUD MENTAL. REFLEXIONES EN TORNO A MARX Y SIMMEL.....	94
3.1 Sensorialidad y emociones en el capitalismo.....	95
3.2 Pensando la relación entre salud mental, cuerpo, emociones y capitalismo en la obra de Simmel.....	105
3.3 Pensando la relación entre salud mental, cuerpo, emociones y capitalismo en la obra de Marx.....	112
CONCLUSIONES.....	122
BIBLIOGRAFÍA.....	126

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

En estos momentos tan turbulentos y de acelerado cambio social, los científicos sociales buscamos comprender lo que está pasando construyendo tipos que nos permitan generar una mirada sobre la cual enmarcar estas transformaciones, poniendo sobrenombres a una realidad que nos rebasa, tales como modernidad acelerada, modernidad líquida, sociedades del riesgo, posmodernidad, sociedad posindustrial, sociedad pos salarial, híper modernidad (Mejía, 2016). Si bien todas estas construcciones teóricas nos permiten comprender la realidad contemporánea haciendo hincapié en distintos focos de atención, podemos decir que hay un hilo conductor en todas ellas, y es que estos cambios y transformaciones sociales se dan en el marco del capitalismo, por lo tanto, ningún análisis puede hacerse al margen de este, o no colocándolo como un eje central para el análisis y comprensión de cualquier fenómeno.

Menciono lo anterior ya que para lograr entender la actual crisis de salud mental por la que estamos atravesando como humanidad, debemos comprender la relación que éste tiene con el estilo de vida que se ha impuesto a través del mercado en las sociedades capitalistas, consideramos pues que esta relación está dada en mayor medida, no por el consumo, sino por el trabajo abstracto, y es por esa razón que mi intención es la de explorar teóricamente la relación que existe entre la salud mental y el trabajo.

Por el momento ofreceremos una serie de datos que permitan construir un somero puente entre estos dos fenómenos. Desde el análisis que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de la Salud Mental (WFMH), y de acuerdo con sus estimaciones, hay en el mundo aproximadamente entre 260 y 300 millones de personas que sufren depresión, el trastorno mental más recurrente en el mundo y una de las principales causas de

discapacidad, así mismo, en el mundo cerca de 800 mil personas se suicidan todos los años.

Para tener un trabajo muy estresante o con un ambiente *tóxico* no es necesario, por ejemplo, trabajar en una mina bajo condiciones insalubres y que ponen en riesgo constante la integridad física de las personas, tampoco debes trabajar en una plataforma petrolera durante largas jornadas laborales, alejado de tus seres queridos y de la comunidad a la que perteneces, ni siquiera es necesario que formes parte de una cadena de montaje en la que tu trabajo hiper especializado se reduzca a repetir una y otra vez la misma acción.

Desde la imposición del modelo de producción capitalista, el mundo del trabajo sea ha reducido a la producción de mercancías como valores de cambio, configurando un espacio en el que se ejercen violencias contra aquellos que vendemos nuestra fuerza de trabajo, si bien gracias a las luchas obreras se han logrado mejoras en las condiciones en que se lleva a cabo la producción, la explotación y la enajenación continúan violentándonos.

Actualmente y bajo un capitalismo que ha priorizado, a partir de la crisis económica del 2008, por la tercerización y financiarización de amplios sectores laborales, los *lugares de trabajo* se han convertido en espacios que enferman a las personas y los podemos caracterizar por: un aumento de las reestructuraciones, reducción, combinación, externalización y subcontratación, trabajos precarios, y por una probabilidad más alta de despidos masivos de trabajadores, desempleo, pobreza y exclusión social.

¿Cómo experimentan los sujetos estas nuevas condiciones en que llevan a cabo sus trabajos? La respuesta no es sencilla, pero podemos resumir en un aumento de la competencia que no se da únicamente entre las empresas, también se da entre pares que buscan a toda costa no perder sus empleos, los trabajos son cada vez más rápidos, más intensos y más demandantes, se llevan a cabo sin seguridad social, sin planes de retiro y en condiciones precarias, que vienen

acompañadas de una completa falta de seguridad financiera; si sumamos a esto las condiciones propias de ser trabajos abstractos, en los que los sujetos han perdido la capacidad para determinar los contenidos de la mercancía/servicio que realizan, donde experimentan una baja estimulación de su creatividad y su motivación y en los que no siempre es posible recuperarse del desgaste nervioso y físico que se origina por el propio devenir de la vida.

Mencionaremos un par de ejemplos que nos ayudan a construir lo que podría ser una narrativa terrorífica desde la que exponga las condiciones bajo las que experimentan los sujetos sus trabajos: en agosto de 2016 un empleado de la empresa Uber se suicidó dándose un disparo a quemarropa, la causa estrés laboral, según su esposa él: “trabajaba largas jornadas... él sentía una inmensa presión y estrés en el trabajo, y tenía miedo de perder su puesto de trabajo... se convirtió en un alguien con muy poca confianza en sí mismo... él decía que no podía hacer nada bien” (Marín, 2017). Su caso no es el único ni está aislado dentro de la misma empresa, ya que otros empleados han denunciado y atribuido a sus trabajos ataques de pánico, abuso de sustancias, depresión y estrés.

Otro ejemplo es el de France Telecom, en donde por lo menos 46 empleados se suicidaron entre 2008 y 2010, a causa de los recortes y la reorganización al interior de la empresa que se hicieron posterior a la crisis del 2008; algo similar ocurrió en Foxconn una de las manufactureras electrónicas más grandes de China, en la que entre enero y mayo de 2010, 9 empleados cometieron suicidio y otros 2 lo intentaron sin llegar a consumarlo, ¿la causa?, las condiciones de trabajo en la empresa. En Londres un joven de 22 años que trabajaba para Merrill Lynch (Bank of America) cayó desplomado y murió después de haber trabajado durante 72 horas continuas, ¿la causa? un ataque epiléptico debido al estrés y la fatiga. En Japón el servicio de comida Watami fue acusado de llevar a una de sus empleadas a cometer suicidio, ¿la causa?, se comenta que trabajaba hasta 140 horas extras por mes. Por último, en la India posteriormente a una dura crisis en el sector de la agricultura al menos 200 mil trabajadores

agrícolas se suicidaron entre el 2007 y el 2009, ¿la causa?, las crecientes deudas y la desesperación económica y existencial del desempleo (Pfeffer, 2018).

Por lo anterior, espero que esta investigación me permita mostrar desde un acercamiento teórico cómo la configuración de las condiciones en que se desarrolla el trabajo bajo el capitalismo ha puesto en riesgo la salud mental de las personas, así como algunas formas de violencia ejercidas a través de un sistema económico y social al que no le importamos, en el que si no somos productivos somos desechables.

Las evidencias que considero me ayudan a justificar esta investigación no se detienen aquí, según la OMS (2019) algunos de los riesgos que pueden aumentar la probabilidad de sufrir un trastorno de salud mental relacionado con el trabajo son:

- 1) Políticas inadecuadas de seguridad y protección de la salud
- 2) Prácticas ineficientes de gestión y comunicación
- 3) Escaso poder de decisión del trabajador o ausencia de control de su área de trabajo
- 4) Bajo nivel de apoyo a los empleados
- 5) Horarios de trabajo rígidos
- 6) Falta de claridad en las áreas u objetivos organizativos

Si bien los datos que nos ofrece la OMS están elaborados, desde nuestra perspectiva, para mantener el *establishment* de la sociedad capitalista, al mostrar los perjuicios que el deterioro mental tiene para la economía y los sistemas sanitarios. La falta de atención de la problemática de la salud mental en los lugares del trabajo, nos sirven para mostrar el problema, la OMS en sus análisis, parte del supuesto de que el trabajo es benéfico para la salud mental y que es el entorno laboral negativo el que puede desencadenar algún trastorno, así mismo, estiman que el costo que tienen el estrés y la ansiedad para la economía mundial

es de aproximadamente 1 billón de dólares anuales y que por cada dólar que se invierte en cuidar y atender la salud mental de los trabajadores, puede retribuir un rendimiento de hasta 4 dólares debido al alza observada en la productividad obtenida.

Como ya lo mencione, estas cifras y datos nos ayudan a mostrar una clara problemática en torno al tema en general, y nos acercan a una conclusión anticipada, o mejor dicho a una postura que nos servirá de guía durante la investigación, observamos que el estilo de vida inherente a la modernidad capitalista occidental tiende a violentar a los sujetos, casi como una consecuencia lógica interna a este sistema económico y social que es en sí mismo destructivo.

Ahora debemos justificar la importancia que consideramos tiene esta investigación para el desarrollo de la teoría y el conocimiento sociológico, al ser este un tema poco abordado desde la sociología. A pesar de no ser ampliamente estudiado, existe un campo sociológico que se ha preocupado del estudio de los procesos imbricados en la salud y las enfermedades mentales, desde éste se ofrece una comprensión alternativa de dichos procesos alejados del canon impuesto desde los saberes médicos que tienden no solo patologizar a los sujetos, sino que además, desde su postura científico racionalista, pretenden determinar qué es lo normal y que no lo es; en este sentido la sociología toma un papel que en la mayoría de los casos no es el de acompañamiento o tratamiento para los pacientes, sino más bien, toma una postura crítica frente al desarrollo de los conocimientos generados en el campo de la salud mental y aporta teóricamente en la etiología de los padecimientos.

Siguiendo algunos de los manuales que se han publicado sobre este campo (Rogers & Pilgrim, 2005), (Aneshensel & Phelan, 1999), (Scull, 2014) podemos definir sus áreas de estudio en las siguientes 5 grandes subdivisiones:

- Los estudios desde los que se pretende romper con el paradigma médico que centra la atención en el sujeto y desde los que se hace un giro buscando observar la salud mental en el contexto social de la comunidad.
- Aquellos donde se apremia por la comprensión de la distribución social de las enfermedades mentales, en términos de clase, raza, de etnia, cultura, edad y género, entre otros.
- Los análisis que se centran en los antecedentes sociales de las enfermedades mentales, como pueden ser el estrés social, la integración de los sujetos, la estratificación o la desigualdad.
- Los que se fijan en las consecuencias sociales que tienen los trastornos mentales tales como la construcción del estigma, los impactos en las instituciones sociales como la familia o las escuelas y los análisis de los sistemas y servicios de salud mental.
- Por último, pero no de manera limitativa, podemos decir que están las investigaciones que ponen su foco de interés en estudiar las instituciones de salud mental (hospitales psiquiátricos, sanatorios), desde los que se observa principalmente el tratamiento médico al paciente, las formas de interacción que surgen en estos espacios, el análisis de la profesión de los especialistas de la salud mental, el control legal de los pacientes y los usuarios de servicios, entre otros.

Como se puede observar, la sociología como *corpus* de conocimiento en constante actualización, ha puesto interés en los temas referentes a la salud mental, sin embargo, consideramos que estos esfuerzos siguen siendo muy escasos y por ende aún hay mucho que decir, tanto en el ámbito teórico, como en el de la sociología aplicada y el de los estudios empíricos, la salud mental es un espacio de disputa en el que quedan muchos espacios por explorar.

Por lo tanto, es para esta investigación de suma importancia realizar un análisis teórico desde el que podamos hallar formas de acercarnos, por lo menos de una manera más completa, a la comprensión de la problemática interna que

surge de la relación entre el trabajo abstracto capitalista y la salud mental de los trabajadores. Este motivo puede no parecer a simple vista suficiente para justificar una investigación, sin embargo, queremos hacer mención de la importancia que tiene la teoría como soporte en la investigación científica dentro de las ciencias sociales, que no es esta una mera abstracción del mundo, y que por el contrario es el resultado de complejas observaciones empíricas que nos permiten acercarnos a la comprensión de un fenómeno más allá de la inmediatez, pudiendo verlo como un proceso complejo que se interconecta a la vez con otros.

Planteamiento teórico

El proyecto que trajo consigo la modernidad capitalista -si es que existió tal cosa como un proyecto- promulgó, de manera muy somera y reduccionista, en los principios del liberalismo político, del capitalismo como modo de producción y distribución de la riqueza y la ciencia como nuevo fundamento del espíritu de la época para comprender el mundo. Lo anterior es posible corroborarlo en tesis como las de Max Weber, Durkehiem, Marx o Simmel, quienes intentan mostrar este proceso de racionalización del mundo y las consecuencias que esto trajo para las personas y la sociedad.

Bajo este panorama surgen las que han sido denominadas como *sociedades industriales*, cuya característica primordial es la configuración de la vida cotidiana de los sujetos en torno al trabajo; la política, la economía y la vida tienen como fundamento la reproducción del sistema social y las vidas comienzan a configurarse en torno a la actividad económica que desempeñamos, las más de la veces, bajo la forma de trabajo abstracto, que se vuelve fuente principal de identidad para la mayoría de los adultos.

Consideramos pues, que el trabajo al ser una de las actividades más importante para los sujetos tiene efectos directos sobre el bienestar y la salud. Para lograr una comprensión sustancial y efectiva de las violencias que se

generan en contra de nuestra salud es necesario comprender, que la salud mental no puede ser entendida desde las experiencias de los sujetos de manera aislada, desde una postura de individualismo metodológico, sino que por el contrario el fenómeno es tan complejo que requiere ser comprendido como parte de un intercambio dialéctico entre las estructuras sociales y los sujetos.

Para lograr dar una lectura a esta dialéctica, proponemos realizar nuestro análisis desde las diversas propuestas teóricas que he podido reunir y desde las que se pretende comprender la salud mental, posterior a esto, pretendo mostrar que el estudio de la relación entre lo social y la salud mental es una preocupación que está presente dentro de la sociología clásica, particularmente en la de Karl Marx y Georg Simmel, acercándome a sus propuestas teóricas como un entramado de tradiciones intelectuales que nos permiten entender de manera crítica esta compleja relación entre el trabajo y la salud mental de los sujetos que vivimos en las sociedades moderno-capitalistas. Si bien el ejercicio desde ahora se plantea como una tarea harto compleja, queremos mostrar que estos autores pueden ofrecernos hoy una mirada casi completa de la problemática que nos hemos planteado.

Por último, es de gran importancia hacer del conocimiento del lector que el acercamiento metodológico a nuestro problema de estudio no parte de un trabajo propiamente empírico, ni de un análisis estadístico riguroso de los datos disponibles, ya que esa no es mi intención ni es mi finalidad. Lo que sí pretendo es generar un análisis derivativo desde la teoría sociológica, partiendo de esta como un cúmulo de conocimiento que hace posible un acercamiento disciplinar a los objetos generales de investigación. Y desde las categorías como herramientas metodológicas que nos posibilitan la observación y la comprobación. Es decir, espero que esta reflexión teórica permita a otros y a mí, comprender y acercarse a la problemática de la salud mental y su posible relación con el trabajo.

Ubicamos nuestro planteamiento teórico en dos de las principales tendencias sociológicas, la de Marx y Simmel. Si bien no pocas veces se ha visto a ambos autores como contrarios o incluso antagónicos, yo considero que existe

en sus planteamientos bastantes puntos de convergencia y uno de ellos lo podemos desarrollar en torno a la salud mental, constituyendo el principal soporte teórico para esta investigación.

Hipótesis

A la luz de los planteamientos anteriormente expuestos, la hipótesis que guiará esta investigación será de carácter teórico y estará guiada por la idea de que: Es posible rastrear las preocupaciones por la salud mental de las personas en los corpus teóricos de Karl Marx y de Gorg Simmel, sin que ninguno de ellos sea considerado como uno de los fundadores de la sociología de la salud y las enfermedades mentales.

Objetivos de investigación

- 1) Realizar un estado del arte en el que de manera sintética se construya un acercamiento a la relación existente entre la sociología y las ciencias médicas, particularmente las interesadas por la salud mental.
- 2) Relacionar el trabajo y sus reestructuraciones con la salud mental, analizando las investigaciones que se han realizado.
- 3) Describir la constitución del capitalismo como un sistema emocional y sensorial e inferir las posibilidades de encontrar un origen teórico a la crisis de salud mental en las obras de Marx y Simmel.

CAPÍTULO 1: UNA RELACIÓN POCO CONOCIDA: LA SOCIOLOGÍA Y LA SALUD MENTAL.

1.1 El interés de la sociología por la salud

Podría parecer que dos ciencias tan distintas como la medicina y la sociología poco tienen que ver una con la otra. Esta idea que brota del sentido común no puede estar más alejada de la realidad. En el siguiente apartado busco ofrecer un breve recorrido por la relación que hay entre ambas ciencias partiendo de tres supuestos que guiarán no solo este capítulo, sino la totalidad de la investigación. Primero, es de vital importancia partir de una posición transdisciplinaria frente al saber sociológico (muy a pesar de que me considero un apasionado sociólogo). Así como asumir que los descubrimientos y las propuestas teóricas que se nos ofrecen son una visión determinada del mundo, que no debe ser tomada irremplazable mente como la mejor o la única, y que representa solo un punto de vista de la realidad.

Segundo, en el estado actual tanto de las ciencias médicas como de las sociológicas no hay trabajos que se puedan considerar serios y que al mismo tiempo obvien la relación dialéctica que existe entre el carácter biológico y social de los sujetos. Podemos considerar que la salud es un punto de encuentro en donde convergen ambos. Por último, aunque pueda parecer contrario al supuesto anterior, siguiendo a Rojo & García (2000), Roma (2009), Briceño-León (2003), Balarezo-López (2018) y Straus (1957), podemos observar que dentro del campo médico o de la salud las ciencias sociales juegan un papel subalterno; y dentro del campo de las ciencias sociales, la salud ocupa uno de los últimos lugares en la jerarquía de los objetos legítimos de estudio. Por lo tanto, resulta evidente que quedan aún muchos lugares comunes por explorar tanto a nivel teórico como empírico.

Inicio intentando ofrecer una explicación del porqué de la divergencia entre los campos de estudio de la salud y la sociedad como ciencias separadas y cómo inicia su reencuentro, para posteriormente ofrecer un resumen de los principales

agregados de interés que han surgido desde la sociología hacia los procesos de salud y enfermedad. Espero que este ejercicio nos permita tanto al autor como al lector abrir un panorama general que posteriormente se derive en nuestro tema central de investigación: la salud mental y su relación con el estudio de lo social.

El surgimiento de la sociología, como una ciencia particular con su propio campo de investigación, solo se pudo haber dado en el contexto de la modernidad tal como la conocemos hoy. Es una ciencia que se ha diversificado tanto como lo hacen las sociedades. Tiene tantos temas para investigar, como formas de relacionarnos en la sociedad tenemos los sujetos.

Weber menciona que uno de los fundamentos que da forma a la concepción moderna de la realidad es el *desencantamiento del mundo*, que podemos entender como la adopción de la razón sustentada en la escisión entre sujeto y objeto como fundamento del estudio de la realidad. Partiendo de esta escisión, la sociología se constituye como una ciencia independiente, al igual que las demás ciencias (incluida la medicina) y, bajo la construcción positiva de sus respectivos campos de investigación, se desarrollaron en su gran mayoría de manera aislada, sin sostener amplios diálogos entre sí; situación que comienza a revertirse, más no a consolidarse, a mediados del siglo XX.

Entendemos por lo tanto, que la sociología considera el campo de la salud, al igual que con muchos otros, como un espacio de lucha, en el que se está disputando el sentido legítimo sobre el enfoque desde el que han de comprenderse los elementos que determinan la salud de los sujetos, esta disputa se da particularmente frente a dos concepciones, el positivismo y el biologismo, este último podemos considerarlo aun el más dominante. Sin embargo, las cosas no siempre han sido así, ya que desde los orígenes de la propia medicina tanto Hipócrates, como Galeno o Paracelso mostraron un interés y una preocupación por la relación entre el ambiente y la salud, haciendo hincapié en la importancia que tienen los factores sociales en la salud de la población (Balarezo-López, 2018).

Este interés se vuelve mucho más evidente cuando en el siglo XIX surge el movimiento dentro de la medicina que se conoce como *medicina social*, de este surgiría posteriormente la epidemiología y constituye las bases para la comprensión de que el proceso salud-enfermedad está fundamentado en su relación con los factores sociales que intervienen en dicho proceso. Siguiendo a Duarte (1994), algunos de los nombres más importantes dentro esta línea de pensamiento de la medicina social son Edwin Chadwick, reformista inglés reconocido por su empeño en reformar las leyes que regulaban la atención médica y el apoyo a los indigentes; Rudolf Virchow, de quien debemos mencionar fue un importante activista político alemán y cuyas investigaciones para la búsqueda de reformas políticas en favor de una mejora de la salud fueron muy influyentes en la revolución alemana de 1848, en su investigación presenta observaciones patológicas y datos estadísticos para mostrar los efectos de las condiciones sociales de vida sobre la salud y la mortalidad; Salomon Neuman quien al igual que Virchow participó activamente en la revolución y que posteriormente dedicó sus esfuerzos a la renovación social e higiénica de Berlín basándose en el censo de la ciudad que él mismo reorganizó, dotándolo de bases más científicas, a ambos personajes de la medicina alemana se les considera como aquellos que definieron la ciencia médica en su núcleo y en su esencia más íntima como una *ciencia social*. También se encuentra Louis René Willerme considerado en Francia como un precursor directo de la sociología y un pionero de la medicina del trabajo; por último mencionaremos a Jules Guérin a quien se le adjudica haber acuñado el término *medicina social* en Francia, y que definía esta como la relación de la medicina con la sociedad (Fajardo, 2004).

Estos precursores del estudio de la relación entre sociedad y salud son todos médicos de profesión y como detallaremos más adelante son estos [los médicos] los principales interesados en la constitución de la sociología médica como campo de investigación. A raíz de este interés surgen algunos trabajos que podemos considerar como paradigmáticos (Duarte, 1994), (Balarezo-López, 2018) para el surgimiento del campo sociológico que hoy nos llama a la reflexión, de los

cuales mencionaremos algunos que tuvieron mayor influencia, tanto para la sociología europea como para la norteamericana.

Encontramos en un primer momento la publicación del texto *La situación de la clase obrera en Inglaterra* de Federico Engels (1965) obra en la que pretende mostrar las terribles condiciones en que vivían los trabajadores de las fábricas a partir de su propia experiencia en la ciudad de Manchester, Engels hace uso de técnicas estadísticas para dar cuenta de las tasas de mortalidad y enfermedades, observando las diferencias que presentaban las ciudades industriales de la época frente a las comunidades rurales, por ejemplo, nos dice que la mortalidad causada por enfermedades como la viruela, la tos ferina, la fiebre escarlata y el sarampión presentaba una diferencia cuatro veces mayor en las ciudades frente a las comunidades del ámbito rural (Engels, 1965).

El segundo texto que a diferencia del de Engels es ya un trabajo sociológico propiamente y que además funda un paradigma en el saber sociológico es *El Suicidio* escrito por Emile Durkheim (2014), puede ser considerada como la primera investigación en la que el sociólogo francés aplica su *método sociológico* como guía para la comprensión del fenómeno, debemos remarcar que también resulta un texto de suma importancia para la sociología de la salud y las enfermedades mentales, en él se propone mostrar la influencia que tienen las condiciones sociales en la práctica del suicidio, que en esa época era concebido como un acto individual. Su estudio ya empezaba a dar cuenta de las contradicciones sociales en que estamos inmersos los individuos, al concebir el suicidio como un *hecho social*, desde su postura epistemológica Durkheim entiende la contradicción como *anomia* y considera este estado como un factor regular y específico de los suicidios, que si bien no es exclusivo del capitalismo si se instaura como modo de vida bajo este modelo social-económico; como estilo de vida consiste en la ruptura de los valores sociales que permiten el orden y que pueden conducir a los individuos a un estado de miedo, angustia, inseguridad e insatisfacción, causas hoy bien conocidas y aceptadas por la comunidad médica, consideradas como factores de riesgo para un posible suicidio.

Los dos textos anteriores resultaron muy importantes para el desarrollo del pensamiento sociológico europeo de finales del siglo XIX y principios del XX, para el caso de la sociología norteamericana que se desarrolla bajo la influencia del pensamiento europeo y bajo el contexto social y político de la guerra de secesión tenemos la aparición por primera vez de la que será denominada como *Sociología Médica* rama especializada de la sociología que posteriormente será conocida como sociología de la salud, según Duarte (1994) la primer mención de sociología médica aparece en 1893 como tema central de una conferencia dictada por el Dr. Charles McIntire cuyo título era “*The importance of the study of medical sociology*”, en su texto que ya se diferencia de las propuestas de la medicina social, al estar influenciado por el surgimiento de la incipiente ciencia sociológica señala que: “[...] hay una íntima relación entre la profesión médica y los problemas de la sociología general; o, mejor, tal vez, que la sociología general tiene problemas que solamente pueden ser resueltos desde un punto de vista médico; y estas dos divisiones juntas forman lo que es designado en este artículo como Sociología Médica” (McIntire, 1894). Si bien su trabajo parece no ahondar profundamente en la construcción de categorías teóricas que puedan considerarse sociológicas, augura un área nueva de comprensión que nos atañe a todos como humanos.

Posterior a esta primera aparición de la denominación del campo de investigación, podemos mencionar los *Ensayos sobre sociología médica* escritos en 1902 por Elizabeth Blackwell (1902) reconocida por haber sido la primera mujer en obtener un título profesional como doctora en medicina en una universidad de los Estados Unidos; así mismo aparecerá en 1909 la obra “Sociología médica: una serie de observaciones que conciernen a la sociología de la salud y las relaciones de la medicina con la sociedad” (Balarezo-López, 2018) , ambas son importantes reflexiones que vaticinaron un futuro próspero para el desarrollo de la teoría sociológica en general y que además son, como ya mencionamos, un parteaguas para que ya no sean únicamente médicos los que muestren preocupación por la constitución del campo especializado, sino que harán que muchos sociólogos volteen a ver este campo como un espacio de oportunidad para construir

conocimiento que sirva a la mejor comprensión y estudio de los fenómenos concernientes a la salud de las poblaciones.

Ahora bien, según el consenso que hay entre los autores que hemos estado citando hasta ahora, la sociología médica como campo particular de los estudios sociológicos en general no surge sino hasta mediados del siglo XX, como parte de la obra teórica del norteamericano Talcott Parsons (1999) en “El Sistema Social” dedica su décimo capítulo a la comprensión de la práctica médica moderna y aplica sus formulaciones teóricas a dicha empresa, desde su estructural funcionalismo emplea por primera vez categorías propiamente sociológicas en el análisis de este fenómeno tan amplio.

Para Parsons el funcionamiento del *sistema social* depende en gran medida de la salud, cuando ésta decae, resulta una limitante para que los individuos cumplan sus roles sociales. Él comprende que la enfermedad se define en parte biológicamente y en parte de manera social y que “la participación en el sistema social es siempre en potencia relevante para el estado de la enfermedad, para su etiología y para las condiciones de una buena terapia, entre otras cosas” (Parsons, 1999). Sus mayores aportes en el campo de la sociología médica están dados por su propuesta de comprender las estructuras sociales más relevantes en el terreno de la salud y que son representadas por los roles del “médico” y de la “persona enferma” (Parsons, 1999), se construye así una visión de las instituciones que están calificadas para la atención médica como modelos de burocracia puramente weberianos, es decir, racionales y eficientes, con normas y reglas bien definidas, una estructura jerárquica rígida y una división del trabajo basada en la profesionalización y la especialización, partiendo de este supuesto podemos comprender al médico como aquel sujeto cuyo rol social radica en el diagnóstico de la enfermedad, sea esta biológica o no, y paradójicamente construye el rol social del otro como persona enferma; no entraremos en mayor detalle sobre la obra parsoniana; sin embargo, instamos al lector interesado a acercarse a sus textos que son de suma importancia para el desarrollo del pensamiento sociológico.

Según Briceño-León (2003), la importancia de la publicación de este trabajo no fue sólo relevante por lograr que se abordará el estudio de la relación paciente–médico desde planteamientos propiamente sociológicos y no solo médicos; además se convierte en un primer paradigma que transforma los campos de estudio de las ciencias sociales, llevándolos hacia los estudios sobre salud y medicina, dando paso a un novedoso terreno para la investigación y convirtiéndose estos en un objeto legítimo para abrir cursos en los departamentos de ciencias sociales. Este proceso se desarrolla y consolida en buena medida durante la década de 1950 en Estados Unidos en parte gracias a un aumento en la oferta de puestos laborales por parte de los ministerios de salud y en las universidades.

En el año 1957 otro hito importante permite la consolidación del campo de estudio cuando Robert Strauss (1957) propone una tipología que diferenciará entre lo que él denomina como *sociología en la medicina* y *sociología de la medicina*, viendo estas como dos corrientes separadas pero a la vez interrelacionadas. Según su importante propuesta la sociología médica y sus dos corrientes se pueden comprender mejor de la siguiente manera:

a) Sociología en la medicina: se podría mencionar a grandes rasgos que el papel del sociólogo en esta esfera es técnico y colaborativo, puesto que en este tipo de quehacer colabora de forma directa con los profesionales de la salud ofreciendo una comprensión de los factores sociales de las enfermedades, también analiza las causas y las consecuencias que se dan en la sociedad a causa de la salud y la enfermedad. Sus estudios buscan comprender la etiología de las enfermedades y resolver problemáticas de la salud pública partiendo de técnicas y métodos sociológicos desde los que es fundamental tomar en cuenta variables sociales como: edad, sexo, medidas socio-económicas, etnia, nivel educativo, empleo, raza, ocupación, por mencionar algunas (Straus, 1957). “Los sociólogos en la medicina realizan trabajos aplicados en los cuales el conocimiento sociológico y los métodos de investigación se usan para proveer de información útil a los

profesionales de la salud para mejorar la atención médica; a las organizaciones de la salud para ofrecer servicios más efectivos; y a los organismos de planificación y decisión para desarrollar programas y políticas tendientes a mejorar las condiciones de la salud en la sociedad” (Balarezo-López, 2018).

b) Sociología de la medicina: a diferencia de la anterior, esta sociología no es propiamente colaborativa, sino que parte de perspectivas más independientes y alejadas del formalismo médico. Aquí el énfasis de la investigación se sitúa en los procesos que se presentan en el escenario médico y en cómo este contribuye al entendimiento de la sociología médica en particular y de la vida social en general (Balarezo-López, 2018). El sociólogo hace uso de su imaginación sociológica con el fin de poder explicar, generalizar, y en algunos casos predecir conductas sociales relacionadas a situaciones de salud con el fin de desarrollar, testear y verificar teoría sociológica y con ello contribuir al conocimiento general de la disciplina. En general se puede decir que aquellos que hacen sociología de la medicina estudian fenómenos sociales como la socialización, la distribución social de la enfermedad, las relaciones de poder, el conflicto, entre otros, desde el punto de vista de la sociología más que desde los aspectos médicos (Balarezo-López, 2018).

Realizando un breve paréntesis, esta tesis de investigación puede ser inscrita bajo esta nomenclatura de los estudios en sociología de la medicina, sin embargo, y como se verá más adelante se inscribe propiamente en un área más particularizada que es la sociología de la salud y las enfermedades mentales.

La consolidación de esta incipiente sociología se da de una manera mucho más clara como ya mencionamos en los Estados Unidos y en menor medida en Europa, en el caso de la sociología latinoamericana no es posible observar esto ya que es durante la década de los 60's que comienzan a crearse las primeras cátedras y centros de estudios sociológicos en la mayoría de países y es por ello que su desarrollo se da de manera tardía. Para mencionar algunos ejemplos

notables tenemos los casos de la conformación del grupo de sociología médica dentro de la Asociación Americana de Sociología (ASA) y de la Asociación Británica de Sociología en 1962 y 1964 respectivamente; en esa misma década uno de los programas mejor desarrollados de sociología médica en Europa era impartido en la Universidad Católica de Lovaina en Bélgica, además ya habían otros programas en Francia, Polonia y Reino Unido. En 1966 se conforma la *Journal of Health and Social Behavior* como revista de publicación periódica de la ASA y también el “Comité de Investigación Número 15 de la Sociología Médica” en la Asociación Internacional de Sociología (ISA) (Balarezo-López, 2018), (Briceño-León, 2003).

A finales de la década de la consolidación, para ser más precisos en el año de 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) bajo el tema de “Las ciencias sociales en la educación médica” organizó un seminario en Hannover, Alemania donde se señaló que: “Hasta muy recientemente los sociólogos, que habían estudiado sistemáticamente sistemas de conducta con la familia, la religión, la política, la economía ignoraban casi totalmente el sistema sanitario y médico [...] Las ciencias sociales reflejaban la tendencia global de la sociedad a dejar a la medicina aparte, una actitud tradicional de las sociedades humanas que está asociada con el estatus carismático del médico” (Balarezo-López, 2018).

Una vez que se logra la objetivación del campo como espacio legítimo de interés sociológico y también como un campo que sirve en buena medida a la salud pública y a la epidemiología, comienzan a desarrollarse distintas líneas de generación de conocimiento. A continuación, mencionaremos las que han marcado sendos caminos en este quehacer, posteriormente ahondaremos en las aplicaciones prácticas que se atribuyen a la sociología médica y concluimos con una breve mención del cambio de paradigma que se genera a partir de la transición de la *sociología médica* a la *sociología de la salud*.

Es posible mencionar que lo que hoy en día conocemos como sociología médica o de la salud o de la salud y las enfermedades, construye su campo de investigación alrededor de tres grandes paradigmas o tendencias, la primera de

esta consiste en comprender lo médico a través de lo social, la segunda es la tendencia a tratar de comprender las enfermedades y su etiología a través de lo social y por último los estudios que se han interpelado por generar un espacio técnico en el que se pueda aplicar los conocimientos sociales al campo de la salud, en otras palabras, las aplicaciones prácticas de la sociología médica (Briceño-León, 2003).

Estos tres grandes paradigmas están atravesados a su vez por una serie de interpelaciones que superan las consideraciones sociológicas más primordiales como pueden ser clase social, estilo de vida, organizaciones, instituciones, conductas sociales, género, por mencionar algunas y trasciende estas para enfocarse al espacio médico donde las investigaciones tienen que ver no solo con las variables mencionadas, sino que además, se ocupan y parten de posiciones particulares en los siguiente ámbitos:

a) Teórico. En el aspecto teórico se encuentran distintos aportes, por ejemplo, los libros de texto sobre sociología de la medicina dentro de los que se pueden incluir *handbooks* y/o manuales; también todos aquellos textos que se ocupan desde la sociología de la historia de la medicina, desde la prehistoria hasta la medicina actual, los textos que se ocupan por la evolución de la subdisciplina (como este breve apartado de tesis), las investigaciones sobre innovación y cambio social en la medicina y en la salud pública; por último, se incluyen las propuestas teóricas que se enfocan en la salud y la medicina como son: la etnometodología [véase: a Garfinkel (2006) especialmente el caso de *Agnes*: pp 137], el interaccionismo simbólico [véase particularmente a Goffman (2006) y (2001)] , la teoría de roles de Parsons (1999), la teoría de las etiquetas sociales [véase: a Howard Becker (2014), (2017) y (Becker, Blanche, Hughes, & Strauss, 1977)], las teorías de la desviación [Durkheim (2014) y Merton, Reader, & Kendall (1957)] y la teoría de control social [especialmente Foucault (2019) y (2001)].

b) Metodológico. Las investigaciones en el campo de la sociología médica se preocupan por encontrar métodos que permitan configurar análisis que muestren cómo influyen los factores sociales y culturales en la salud. Estos aportes pueden ser observados con importancia en la forma en que la epidemiología aborda el estudio de las comunidades, los análisis de mortalidad y morbilidad, las investigaciones demográfica - epidemiológicas, el análisis de datos secundarios, el diseño y análisis de encuestas, entre otros aspectos metodológicos. (Balarezo-López, 2018)

c) La comprensión de la enfermedad. El sociólogo comprende en sus investigaciones que las enfermedades están atravesadas por diferentes factores y que su etiología no se encuentra determinada únicamente por elementos biológicos, sino que ayuda a demostrar la complejidad cultural, psicológica y social detrás de las enfermedades. Este enfoque ha impulsado una noción más compleja de la salud, que hoy en día ya no es solo la ausencia de enfermedades y se han realizado importantes aportes en la ruptura de las nociones transhistóricas de los conceptos de salud y enfermedad.

d) De los pacientes y los médicos. Es importante mencionar la forma en que se concibe e investiga a estos, ya que desde la sociología existen diversas teorías con las que es posible analizar el entramado de relaciones y hechos sociales que se han construido alrededor de ambas figuras, tanto los médicos como los pacientes pueden ser vistos como actores, como roles, como etiquetas y en su relación existen dinámicas de poder, dominación, conflicto y lucha. (Balarezo-López, 2018) En este sentido me gustaría mencionar, no porque sea un estudio paradigmático, sino por gusto personal, la investigación realizada por Norbert Elias, en un pequeño libro que lleva por nombre "La soledad de los moribundos" (2010), en el que se analizan las transformaciones históricas que surgen en la relación que existe entre los pacientes con enfermedades terminales y sus familiares más cercanos. Así mismo, para la comprensión amplia y profunda de la

relación médico-paciente, resulta indispensable que el sociólogo de la salud ponga en marcha teorías que le permitan acercarse desde las perspectivas micro hasta el espacio de las grandes estructuras sociales.

e) De los establecimientos de salud. A diferencia de otras ciencias, la sociología toma en cuenta el espacio desde sus dimensiones simbólicas y relacionales frente a los sujetos, viendo estos espacios como entornos sociales que facilitan o posibilitan ciertas relaciones sociales, por lo tanto, son objeto de su investigación, los hospitales, los consultorios, los complejos médicos-industriales, las estructuras que se dan a su interior y todas las formas de interacción que surgen en estos espacios.

En resumen, estas son algunas de las nociones más importantes para el quehacer de la sociología de la salud. A continuación daremos paso a otro brevísimo resumen de las interpelaciones que surgen frente al estudio de lo médico a través de lo social, tratando de hacer evidente cómo entran en acción los tópicos que acabamos de mencionar.

Aquel campo que Briceño-León (2003) llama el estudio de los médico por lo social pretende hacer referencia a una tendencia que existe entre los estudiosos de la sociología de la salud por tratar de indagar en el campo de la profesión médica y sus distintas facetas en tanto construcción del rol de médico, así como la comprensión de la construcción de dicho rol en los estudiantes de medicina quienes en su formación deben desarrollar ciertas sensibilidades, por ejemplo en el trato con los familiares de un paciente en etapa terminal, o insensibilidades, ya que no pueden verse arrastrados por la corriente del dolor o el sufrimiento ajenos, además deben desarrollar ciertas sensorialidades, para poder palpar, escuchar, ver, de manera tan particular e insertar esta sensorialidad en su quehacer diario, esto les permite ser socialmente vistos y tratados como médicos.

A ese respecto debemos mencionar las investigaciones realizadas por Merton junto a Kendall y Reader (1957), quienes en su obra "*The Student-Physician: Introductory studies in the sociology of medical health*

education”, indagan los distintos mecanismos de socialización que se dan entre los estudiantes de medicina, todo ello a través de la mirada del funcionalismo postulado por el propio Merton. Bajo ese tenor, pero desde una perspectiva completamente distinta, mucho más cercana a la etnografía, Becker, Clanche, Hughes y Strauss (1977) analizan la socialización de los estudiantes con la base teórica del interaccionismo simbólico. Su investigación se condensa en la obra “*Boys in White: Student culture in medical school!*”; ambos textos son un referente para esto que se ha nombrado como estudio de lo médico por lo social, estudios sobre la violencia médica, prácticas no éticas, y todo aquello que tiene que ver con el ejercicio de la profesión de los médicos y de la experiencia de los usuarios de servicios de salud son algunos de los objetos favoritos de estudio de los sociólogos que se decantan por este sub campo de investigación.

El otro gran sub campo que Balarezo (2018) denomina como el estudio de la enfermedad por lo social, es una tendencia en los estudios de sociología médica en los que es posible notar el hincapié en tratar de comprender la enfermedad, su etiología y sus consecuencias sociales e individuales. El tratamiento de las enfermedades como un asunto colectivo, resulta en una ruptura de largo aliento frente a las ideas más tradicionales sobre el cuidado de la salud en las que se pretende encapsular el problema en el sujeto, dejando de lado el contexto donde estos se desenvuelven y evidenciando las grandes desigualdades sociales en el acceso y cuidado de la salud.

Los sociólogos parten desde esta perspectiva buscando dar una buena respuesta a la etiología de las enfermedades, tomando en cuenta cómo se relaciona con las condiciones materiales, políticas culturales, de género y hasta las ideológicas; y empleando distintas variables propias de la investigación sociológica, gracias a esta perspectiva que amplía el análisis, diversos estudios han tenido un fuerte impacto en la atención y prevención de las enfermedades, por ejemplo, las investigaciones realizadas en latinoamérica por Pérez & Velásquez (1994) y Vargas & Zeledón (1984) en las que toman como consideración las

características sociales que tienen las viviendas para comprender, la malaria o paludismo y la enfermedad de Chagas respectivamente.

Desde esta perspectiva y gracias a investigaciones de carácter más etnográfico ha sido posible mostrar qué tanto los conceptos de salud y enfermedad y su uso corriente son construcciones sociales que varían subjetivamente. Otro ejemplo interesante es el que se presenta en la investigación de Zborowski (1969) y la de Zola (1976), donde se llega a la conclusión de que el dolor se construye socialmente, sin llegar a negar la base biológica y sensorial del dolor, estas investigaciones demuestran que el significado del dolor depende en buena medida de la sociedad y la socialización; por ejemplo, que los hombres debido a la cultura patriarcal, no deben llorar al sentir dolor, ni asistir al médico a menos que en verdad sea *necesario*. De acuerdo con Le Breton (2002), quien se sirve de estas investigaciones para desarrollar su *Sociología del Cuerpo*, para comprender el dolor es necesario “apreciar el papel personal del actor en la percepción de la intensidad del dolor, y subrayar el filtro social, cultural y psicológico del impulso doloroso”.

A partir de lo anteriormente expuesto, me parece que resulta ya evidente la utilidad que puede tener la sociología para generar más y mejor conocimiento que ayude a producir mejores condiciones de salud en las poblaciones. Una relación larga y que ha fomentado que la sociología de la salud sea una de las ramas más tecnificadas del hacer sociológico. Por último haré hincapié en lo que respecta al campo más práctico de la sociología de la salud, como mencionan Rojo & García (2000), es posible mencionar tres dimensiones de aplicación de la sociología en el paradigma médico-social: en la práctica médica, en la formación de conocimientos y en la transmisión de dichos conocimientos. Estas dimensiones y la importancia de la sociología de la salud se volvió importante cuando los gobiernos y las instituciones encargadas de la salud pública se dieron cuenta de los factores sociales que influyeron en la baja de las tasas de mortalidad, más allá de los grandes avances en la técnica médica, se pueden resumir en los siguientes puntos y líneas de generación y aplicación de conocimiento (Fox, 1985).

El estudio de la distribución, prevención y diagnóstico de las enfermedades en las poblaciones, cuáles son los sistemas de creencias, actitudes y valores de las poblaciones, los usuarios de servicios de salud y el personal del sistema sanitario respecto al proceso salud-enfermedad y a partir de ello indagar qué acciones llevan a cabo para mantener, mejorar o cuidar su salud. Cómo se organiza, funciona y financia la profesión médica, el acceso a los servicios médicos, la respuesta y adaptación a la enfermedad, el rol de la medicina como institución social y su relación con otras instituciones, cuál es el rol de las variables sociales en la etiología de las enfermedades. Cómo se llevan a cabo los tratamientos y la rehabilitación del individuo y la importancia que tiene la familia y los grupos de apoyo. La relación de confianza entre los médicos y los pacientes; La difusión de información sanitaria a través de los medios de comunicación y su impacto en la salud.

Otros aspectos importantes de la aplicación de la sociología en el campo de la salud se dan por medio del empleo de las técnicas de investigación de las ciencias sociales dentro de la medicina, la formación del personal médico con una visión amplia respecto al desarrollo de la sociedad con relación a la salud y la historia social de la enfermedad, así como la generación de estadísticas relacionadas con aspectos socioeconómicos y demográficos que son empleadas por la salud pública y los profesionales de la salud.

1.1.1 La concepción marxista de la salud

Como pude mostrar en el apartado anterior existe una relación cuasi genética entre la salud y la sociología; sin embargo, no siempre nos acercamos o leemos a los autores desde esta perspectiva, y aunado a ello, muchas de las investigaciones en ese campo son más bien descriptivas y poco aportan a una comprensión amplia y crítica de un fenómeno tan complejo como son la salud y las enfermedades, es así que considero prudente el abordar el tema desde una mirada crítica como lo es el marxismo, desde esta perspectiva es posible concebir

las tramas de interrelación que existen entre lo biológico y lo social, que se corresponden con las condiciones históricas concretas.

Kenneth Rogoff, uno de los economistas en jefe del Fondo Monetario Internacional, dijo que “la próxima gran batalla entre el socialismo y el capitalismo se librará en torno a la salud humana y la esperanza de vida” (Roggof, 2009). Considero que la lucha no se dará entre estos dos sistemas económicos- sociales; se dará entre la humanidad y el capitalismo, que reduce la salud a un mero valor de cambio, una mercancía. Indudablemente, el capitalismo está en una guerra abierta contra la humanidad, contra la naturaleza y contra el planeta. “El capital es trabajo muerto que no sabe alimentarse, como los vampiros, más que chupando trabajo vivo, y que vive más cuanto más trabajo vivo chupa” (Marx, 1982).

Si nos proponemos entender el marxismo como una lucha por la dignidad, por el planeta, por la vida, podemos observar una correspondencia directa con la salud de las personas, una lucha en contra de la mercantilización de aquello que nos es máspreciado, nuestra salud, la de nuestros seres queridos y la de todas las personas. Una lucha por rescatar la *riqueza* inherente a todos los humanos y que ha sido cooptada por las formas capitalistas, una riqueza que no se explica a través de la fisiología ni de algún misterioso principio vital secretamente guardado por la medicina sino a través de las relaciones sociales (Barbas, 2018). Una relectura de Marx nos invita a poder observar los costos en términos de salud y vidas humanas que conlleva el mantenimiento del capitalismo.

En esta breve sección se propone y se invita a que comprendamos al marxismo como lo hace Richard Horton, partiendo de que “la salud pública fue la comadrona del marxismo” (Horton, 2017). Por supuesto, y como ya fue mencionado, el libro *La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra* de Engels es una muestra muy clara sobre lo que hace referencia Horton, fundando una serie de profundas reflexiones tanto en la obra de Engels como en la de Marx sobre los perjuicios que genera la explotación capitalista en la salud de las personas, ofreciéndonos no solamente una reflexión abstracta de las condiciones de vida de la clase trabajadora en la Inglaterra de su tiempo, sino que se valieron de un

arsenal de fuentes de información (estadísticas, trabajo etnográfico, reportes médicos) que sustenta sus análisis.

Por lo tanto, si pensamos y repensamos el marxismo nos es posible, al igual que lo hicieron sus fundadores, generar conocimiento que a la vez sea una investigación científica y un ejercicio de crítica al capitalismo. Seremos capaces de comprender la salud y las enfermedades desde una perspectiva más amplia, que las enfermedades físicas y mentales son un reflejo de las desigualdades, que los problemas de salud son un producto de las condiciones y la organización social que imperan en el capitalismo, un sistema en el que el acceso a la salud es una mera mercancía.

Poniendo como base estas ideas partiremos a ofrecer un pequeño recorrido por los principales aportes que tiene el pensamiento marxista en el campo de la salud y que a saber se pueden resumir en los siguientes: a) contribuciones a la teoría del proceso salud-enfermedad; b) aportaciones al método científico (base de la investigación en salud), y c) contribuciones para el avance de la práctica y el saber en salud. Dichos aportes han permitido un importante desarrollo en los campos de la ciencia y la técnica médicas; permitiendo una integración de las ciencias sociales a la salud, ayudando en la transformación de las concepciones ideológicas reinantes en la medicina, modificando la dirección de la investigación y la praxis de la salud, y fomentando las luchas por la salud colectiva y la medicina social. A partir de esto será posible, eso espero, mostrar la vigencia del marxismo en la comprensión y atención de las problemáticas de salud provocadas por el capitalismo hoy en día y en las que es menester incluir las patologías mentales.

1.1.2 Contribuciones del marxismo a la comprensión de la salud y las enfermedades

El pensamiento marxista nos ofrece herramientas para complejizar un campo que en su mayoría está dominado por un conservadurismo intelectual ligado al

determinismo biologista, desde esta postura ideológica se han elaborado importantes esfuerzos orientados a la constitución de nuevas bases para la teoría epidemiológica, misma que nos permite una ruptura con las tradiciones filosóficas individualistas, desde las cuales se observa una primacía por fragmentar la totalidad que representa la colectividad frente al individuo, desde ahí se plantea el cuidado de la salud como una cuestión que atañe a los individuos y no ya a la comunidad. No obstante lo anterior y en gran medida gracias al avance del pensamiento marxista en estos campos del pensamiento; por ejemplo, libros como *No está en los genes. Racismo, genética e ideología* (Lewontin, Rose, & Kamin, 1987) han tenido una fuerte influencia en aquello que hoy se conoce como *Nueva salud pública*, desde la que se apuesta por una mirada dialéctica de la relación entre los humanos y la naturaleza, desde una perspectiva poblacional e histórica.

Una de las principales contribuciones que considero es evidente cuando se parte de una postura marxista para la comprensión de la salud, radica en la posibilidad de la ruptura del pensamiento pasivo y propugnar por uno que busque transformar la realidad de su objeto de investigación. Desde la perspectiva que defenderé a lo largo de esta investigación, considero al materialismo histórico como una corriente teórica - metodológica que supera la visión reduccionista del neopositivismo y del empirismo, posibilitando una comprensión dialéctica de la relación entre lo biológico y lo social. Esta visión puede aplicarse a cualquier esfera del campo de la salud incluida por supuesto la de la salud mental.

La teoría marxista muestra las contradicciones que son propias e inherentes al desarrollo de la modernidad capitalista, una forma de comprender el mundo basada en el racionalismo y supuestamente sustentada en los ideales de igualdad, fraternidad y libertad, pero que en su concreción real, la estructura social se ha desarrollado sobre las bases de la explotación y la desigualdad. La ciencia, predominantemente cargada de ideología, ha servido en muchas ocasiones para justificar dichas desigualdades sociales, incluso para amedrentar a quienes no se

ciñen a los cánones impuestos por la comprensión del mundo basada en la “razón”¹.

Una de las críticas más importantes en contra del determinismo en las ciencias de la salud y en donde se puede observar con claridad el aporte marxista en términos de teoría del conocimiento, se ofrece en el texto “*No está en los genes. Racismo, genética e ideología*” de los biólogos y epidemiólogos marxistas Lewontin, Rose y Kamin (1987). En dicha obra se hace una crítica a las corrientes de pensamiento que justifican las desigualdades de raza, género y clase a partir de una lectura biologista, según estas corrientes las desigualdades están determinadas por la herencia genética de los individuos. En otras palabras: “Con diferentes variantes esa concepción determinista plantea que las vidas y acciones humanas son consecuencias inevitables de las propiedades bioquímicas de las células de que están formados los individuos y éstas se hallan determinadas específicamente por los constituyentes genéticos. La relación causal se daría entonces linealmente desde el gene al individuo y de este último a la sociedad” (Breilh, 1991).

Siguiendo los análisis de Breilh (1991), la tendencia neopositivista presente en las interpretaciones de los procesos de salud-enfermedad, a pesar de sus valiosos aportes en la construcción de la teoría epidemiológica moderna, no dejan de separar en sus análisis lo social y lo biológico, fraccionando la realidad en elementos aislados asociados únicamente por factores causales. Por su parte la postura marxista aporta una visión en la que esta relación de causalidad se permuta por una aproximación dialéctica de la realidad. Para el caso de la salud-enfermedad desde el marxismo se asume que, el todo social produce y determina tanto los estados de salud como los patológicos. “Vista desde este ángulo la salud-enfermedad, tanto colectiva como la de los individuos, es una parte del todo social y los fenómenos epidemiológicos que observamos en esa parte, en un

¹ A este respecto recomiendo encarecidamente la lectura del artículo “Un marxista es un débil mental”, en que se detalla cómo fue que durante la dictadura franquista en España se usó la psiquiatría para dar una explicación “médica” a esta ideología. El artículo puede ser leído en la siguiente liga: <https://www.elmundo.es/cronica/2002/111/1011609459.html>

momento dado, son dimensiones de la realidad con historia y futuro. La parte (objeto salud-enfermedad) es producto de su propia historia y de la historia del todo” (Breilh, 1991).

En la esfera de la práctica médica, el marxismo puede ser visto desde dos ámbitos, el de la formación de recursos humanos en las distintas áreas y niveles de atención implicados en la atención de la salud; así mismo en la relación que existe entre el médico y el paciente, ya que los primeros pueden generar una visión mucho más amplia que les permita una mejor comprensión de la etiología de las enfermedades y de las posibilidades para un mejor tratamiento de estas. La interpretación marxista de la salud-enfermedad desvela las contradicciones y antagonismos de la sociedad de clases, la idiosincrasia clasista de los sistemas sanitarios y los servicios de salud, “los intereses de los grandes capitales, sea para aprovechar los servicios para el crecimiento de sus ganancias, sea para mantener y reparar la fuerza de trabajo estratégica, sea para producir acciones que, como la empobrecida atención primaria de la salud de los países dependientes, contribuyan a la legitimación del Estado (Breilh, 1991).

Y como lo menciona Kindelán (2013), con la interpretación consecuente de las tesis de Marx, se justifica la esencia práctica de los cuidados de salud en la sociedad sobre bases culturales, sobre la panorámica del universo de la psico sociabilidad entre los actores de salud y, conceptualmente, sobre la población receptora de cuidados. En resumidas cuentas y según la experiencia de Kindelán al aplicar de manera racional y consecuente los preceptos del marxismo a la práctica de la salud “se fortalecen las relaciones interpersonales entre los que profesionalmente cuidan, hacen promoción de salud y realizan valoraciones acerca de los problemas socio sanitarios en los diferentes contextos de significados y desempeño de los expertos del ramo” (Kindelán, 2013).

El pensamiento marxista aplicado al campo de la salud-enfermedad permite que se comprendan estos estados como resultado del orden social-económico y los problemas que surgen como consecuencia de este, por ejemplo, el estrés laboral, la precarización del trabajo, las problemáticas ambientales, las

desigualdades en el acceso a una vivienda digna, las dificultades para el acceso a una dieta adecuada, la carencia de servicios, por mencionar algunos.

Cuando Holloway hace referencia a que debemos comprender la *riqueza*, no como el cúmulo de mercancías en la que se le ha enjaulado en las sociedades capitalistas, sino como la riqueza humana, como la *universalidad de las necesidades, capacidades, goces, fuerzas productivas de los individuos... como la elaboración absoluta de sus (nuestras) disposiciones creadoras... una elaboración como resultado de la cual el hombre no se reproduce en su carácter determinado sino que produce su plenitud total...* (Marx, 2010); esa plenitud sólo es posible alcanzarla con un acceso pleno y equitativo a los servicios de salud y prevención de enfermedades.

Conuerdo totalmente con el planteamiento de Breilh quien propone que:

“En síntesis, el marxismo como teoría y método para la superación revolucionaria de la sociedad implica la más profunda posibilidad emancipadora que ninguna ciencia e ideología haya forjado. El hecho de que plantea el argumento histórico más concreto para la transformación de la vida y su defensa y constituye una herramienta conceptual y técnica para orientar el quehacer sobre bases científicas, ya serían motivos suficientes para reconocer en el marxismo la doctrina más idónea para la acción sanitaria, pero es que además el marxismo provee a la humanidad de esperanzas realizables, de una clara "utopía" para la tarea del hombre, la de una sociedad justa y profundamente humana donde el principio supremo de la solidaridad y de la preocupación por todos, libere las fuerzas objetivas del producto humano para la conducción autárquica de un auténtico progreso, donde la necesidad sea auténtica y no se defina por los intereses de una minoría, donde los valores de uso o bienes económicos y espirituales logrados sean planificados a la medida de las reales necesidades del hombre y donde la libertad adquiera por fin su realización plena, en un mundo en el que los niños, los viejos, los adultos no tengan importancia por su categoría e importancia económica sino por su condición de miembros de una gran comunidad donde la alegría campee sin necesidad de la muleta de la droga” (Breilh, 1991).

El estado actual en que se encuentran los sistemas de salud no solo en México, sino en todo el mundo me lleva a plantear las siguientes dos preguntas como conclusión de este apartado:

¿Existe lugar para la vida dentro de este sistema social basado en la desigualdad, en la acumulación y la explotación de las personas y la naturaleza?

¿Los estilos de vida resultantes de este modelo criminal son compatibles con el derecho a la salud?

1.2 La sociología de la salud y las enfermedades mentales

A continuación me dispongo a realizar una interpretación de lo que se entiende por sociología de la salud y las enfermedades mentales (SSEM). Esta forma de hacer sociología se desprende, como es evidente, de una sociología más general que es la de la salud, misma que ya expuse en los apartados anteriores y sobre cuyas bases se constituye. Es importante hacer mención que este sub-campo de la sociología no se encuentra tan desarrollado como lo están otros, esto ofrece la ventaja de ser un espacio poco estudiado en el que queda aún mucho por decir, mucho por ver y nos ofrece la posibilidad de construir discusiones que más allá de su validez científica, se puedan convertir en ejercicios para ofrecer nuevas formas de comprender fenómenos complejos, sobre los que premian ciertas formas de entendimiento como la medicina, la psiquiatría, las neurociencias, pudiendo constituir un campo en disputa y un diálogo abierto con dichas ciencias.

En primer lugar, es importante mencionar que la sociología de la salud y las enfermedades mentales no pretende *per se* negar la condición etiológico biológica de los trastornos mentales, sino que busca, en los más de los casos, aportar y complementar en la comprensión de dicha etiología, ampliando la comprensión a través de indagar la relación entre la salud mental y las condiciones sociales que imperan en la sociedad, con esto no pretendo decir que se convierta en una

ciencia auxiliar, en todo caso estoy convencido de que desde la reflexión y el diálogo transdisciplinar existe la posibilidad de encontrar tanto la etiología como mejores tratamientos para ayudar a los pacientes. En otras palabras, la sociología pretende insertar las enfermedades mentales en marcos teóricos desde los que estas sean explicadas de manera global y compleja.

Inicio la discusión con una de las principales conclusiones a las que llegaron los estudios más clásicos de la SSEM y que algunos más recientes reafirman, y es que existe una relación directa y negativa entre clase social y enfermedades mentales, ya que existe una mayor prevalencia de trastornos mentales en la población con más carencias económicas y sociales (Sánchez, 2002). A partir de estos estudios podemos inferir que al ser el capitalismo la base de las desigualdades sociales, es el capitalismo el que nos hace sujetos más o menos enfermos. Por lo tanto, es fundamental comprender que los problemas de salud son el resultado de la organización social basada en nuestras sociedades, en la acumulación capitalista y que si pretendemos abordarlos de una manera más precisa, será fundamental centrarnos en las condiciones sociales y la organización social que los originan.

En buena medida gracias a los aportes de la sociología y otras ciencias sociales ha sido posible el que organizaciones internacionales como la OMS cambien su enfoque en la comprensión y análisis de los determinantes sociales de las enfermedades, promoviendo el trabajo interdisciplinario: “Para comprender mejor los trastornos mentales y desarrollar intervenciones más eficaces es necesario investigar más a fondo los aspectos biológicos y psicosociales de la salud mental” (Brun, Milczarek, & al., 2007). No obstante estos esfuerzos, según autores como Rogers y Pilgrim, en la actualidad se mantiene la primacía por el estudio y comprensión de la salud mental desde la postura meramente médica que parte de una sobre determinación de los aspectos biológicos.

Para iniciar con el abordaje del tema haré mención de los temas que se pueden considerar de mayor relevancia, por el peso de sus aportes no solo para la SSEM sino para la sociología general, ofreciéndonos importantes puntos de vista

que nos permiten una mejor comprensión de la salud mental, sin embargo, esta importancia para la sociología se ve diezmada cuando se pone a debate en los círculos médicos, ya que son estudios que se alejan de la búsqueda por comprender la causación etiológica de las enfermedades mentales y por lo tanto, en un primer momento y de manera muy precipitada, se les toma como de poca relevancia, puesto que no se ofrecen posibilidades para el tratamiento de los trastornos.

Sobre estas investigaciones y de acuerdo con varios autores (Scull, 2014), (Ordorika, 2009), (Sánchez, 2002), podemos rescatar dos aspectos o ramas principales de investigación en el campo. Primero la concisa y magistral exposición que se hace de los distintos elementos sociales y culturales que han influido para la constitución categorial de lo que es *enfermedad mental* y los procesos históricos inmersos en su definición como categoría; podemos mencionar al respecto y con especial ahínco los estudios: *Locura y Sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental* (Rosen, 1974), *Enfermedad Mental y Psicología* (Foucault, 2016) e *Historia de la Locura en la Época Clásica* (Foucault, 2019). En segundo lugar, la contribución mayúscula al conocimiento complejo de las instituciones que se han encargado de la atención, cuidado y tratamiento de los enfermos mentales, a este respecto podemos mencionar: *Sociología del Enfermo Mental* (Levinson & Gallagher, 1964), *Psychiatry: The Discipline of Mental Health* (Rose, 1986) e *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (Goffman, 2001). No ahondaremos respecto a estos dos grandes tópicos, ya que el principal interés de esta investigación por ahora está en las que se pueden enmarcar como teorías sociológicas de las enfermedades mentales.

¿Es la sociedad el origen de las enfermedades mentales?, esta pregunta puede considerarse la rectora de las investigaciones que han elaborado los sociólogos para estudiar los trastornos mentales al no estar de acuerdo en su totalidad con las explicaciones ofrecidas por las psiquiatría, la neurobiología o las ciencias del comportamiento, como menciona Thoits: Los tres enfoques generales

de la enfermedad mental [...] pueden caracterizarse ampliamente por sus metáforas subyacentes. El enfoque biológico o médico considera los trastornos mentales como si fueran una enfermedad o un defecto físico del cerebro o el cuerpo. El enfoque psicológico lo trata como si fuera una enfermedad o anormalidad en la mente o psique (es decir, el alma). Y el enfoque sociológico considera la enfermedad mental como si fuera un colapso frente a las abrumadoras demandas ambientales. La distinción clave entre las perspectivas biológicas y psicológicas por un lado y la perspectiva sociológica por el otro es la ubicación de la causa principal de la enfermedad mental (Thoits, 1999).

No existe un consenso claro -o al menos, no he podido encontrarlo- respecto a cuáles y cuántas son las principales teorías que abonan a la comprensión etiológica y el tratamiento de los trastornos mentales desde la sociología, por ello he decidido intentar conjuntar la visión de distintos autores y autoras en un intento de condensar sus variados puntos de vista. Según Rogers y Pilgrim (2005) la SSEM se nutre, a saber, de cuatro principales corrientes o escuelas de pensamiento sociológico para su quehacer, de estas corrientes se desprenden posteriormente las teorías sociológicas de la etiología de las enfermedades mentales.

La primera corriente, denominada de la **causalidad social**, se desprende principalmente de la epidemiología psiquiátrica. Desde este punto de vista se ha observado que se aceptan los diagnósticos de trastornos como la depresión, la ansiedad o la esquizofrenia como legítimos, y a partir de estos se busca encontrar la causalidad en la asociación directa que hay entre el paciente diagnosticado y variables sociales, como clase social, raza, género o edad. La principal “ventaja” de esta corriente se inscribe en la confianza científica que se asocia con el objetivismo y el empirismo. Sin embargo, se pueden identificar al menos cuatro principales desventajas: 1) los problemas conceptuales de la psiquiatría o bien se evaden o ni siquiera se reconocen; 2) las correlaciones que construye la epidemiología psiquiátrica no son necesariamente indicadores de relaciones causales; 3) al tratar con poblaciones grandes se desdibujan las experiencias de

vida que implican los trastornos mentales en las personas; y 4) ya que la mayoría de trastornos mentales no tienen una causa o marcador biológico reconocido sin controversias, es imposible tratar de mapear las causas de los trastornos a manera de una asociación directa (Rogers & Pilgrim, 2005).

La segunda corriente es la **teoría crítica**. Desde esta perspectiva muchos autores que siguen las líneas de pensamiento marxista y freudiano intentaron explicar la relación entre las estructuras socioeconómicas y la vida mental de las personas. En el campo de la salud mental, su principal diferencia con el psicoanálisis clínico radica en el abandono del determinismo individual y la apuesta por interrelacionar la psique con la sociedad. Según Horkheimer (1988) una de las líneas que guiarán las investigaciones de la teoría crítica radica en comprender el siguiente cuestionamiento: “¿Qué conexiones pueden establecerse, en un grupo social específico, entre el grupo, los cambios en las estructuras psíquicas de sus miembros individuales y los pensamientos e instituciones que son producto de esa sociedad, y que tienen, en su conjunto, un efecto formativo sobre el grupo bajo consideración?”.

Algunos de los miembros del Instituto que se dieron a la tarea de explorar las interrelaciones entre la vida mental y el entorno material y cultural, fueron Marcuse, Adorno, Benjamin y con especial énfasis, convencido de la compatibilidad del pensamiento marxista con el psicoanálisis freudiano, estaba Fromm. Todos ellos en sus investigaciones lograron mostrar aquello que Fromm llamó la *patología de la normalidad*, que -a diferencia de los enfoques clínicos de la enfermedad mental (que la ven como una ruptura con la normalidad)- describen las normas culturales que niegan la vida, asociadas especialmente con las formas autoritarias de gobierno y la economía capitalista (Rogers & Pilgrim, 2005).

Valiéndose de los postulados originales de los primeros autores de la teoría crítica, se ha continuado con el desarrollo de un amplio número de trabajos en los que se examina la forma en que las sociedades occidentales contemporáneas se están desarrollando en una dirección patológica, a través de la cultura del

narcisismo o el yo fragmentado representado en la metáfora de la esquizofrenia (Harvey, 1998).

La tercera corriente es la del **constructivismo/construccionismo social**, misma que según Rogers y Pilgrim es una de las posiciones teóricas más importantes para la sociología de la salud, desde la que se rompe con la idea, principalmente sostenida por el positivismo, de que la realidad es evidente, estable y espera ser descubierta, por el contrario, se considera la realidad como un producto de la actividad humana, desde el constructivismo se problematiza la realidad fáctica de los trastornos mentales, se estudian los vínculos existentes entre los miembros de la sociedad y los instrumentos de control y coerción de la desviación por parte de los expertos en salud mental, esta importante escuela teórica se puede analizar desde tres enfoques principalmente desarrollados en su interior:

- 1) El primer enfoque, asociado principalmente con el interaccionismo simbólico y la etnometodología, no pretende en principio demostrar la realidad de un fenómeno social, sino comprender las fuerzas sociales que lo definen, desde esta postura el estudio de temas como el consumo de drogas o los trastornos mentales resulta en un ejercicio en el que la realidad se reconoce implícitamente, y se fija el punto de atención en la experiencia de los actores sociales.
- 2) El segundo enfoque se asocia con el posestructuralismo foucaultiano, postura desde la cual se ha realizado un examen crítico de los símbolos y el conocimiento y su relación con el poder.
- 3) El tercer enfoque, ubicado dentro del constructivismo, tiene que ver con la producción del conocimiento médico-científico y la búsqueda de intereses profesionales individuales y colectivos, es decir, se examinan las formas en las que los científicos y médicos y las redes de personas que forman parte de su ejercicio profesional desarrollan, debaten y ponen en práctica sus medios.

El **realismo social** es la cuarta corriente de la que se nutre la SSEM, y según diversos autores (Bhaskar, 2011) (Rogers & Pilgrim, 2005) para los fines de esta sociología se ha desarrollado lo que llaman realismo crítico, como su nombre lo indica aceptan que la realidad existe realmente, pero se la observa y comprende desde una postura evidentemente contraria al causalismo social y se desarrolla a contracorriente de las corrientes dominantes de la sociología general, puesto que rompe con las tradiciones durkheimiana y weberiana; es decir, no asumen que la realidad social externa al individuo incide en su acción y da forma a su conciencia, ni que, caso contrario, la acción humana construye intersubjetivamente la realidad. En contraste, el realismo crítico se decanta por atender la acción consciente y rompe con la tradición del individualismo metodológico, y se argumenta siguiendo a Marx que la sociedad existe antes de la vida de los agentes, pero estos reproducen y transforman esa sociedad.

Desde el realismo crítico Bhaskar propone una interpretación del marxismo para pensar que la realidad material (las condiciones materiales y biológicas del contexto social) restringe la acción, pero la determina ↓desde esta perspectiva↓ los fenómenos sociales no pueden reducirse a fenómenos naturales y más allá de que estos puedan constituir cierta injerencia en los primeros y son una condición previa de su existencia. Esta perspectiva se contrapone al realismo positivista y se enumeran tres diferencias fundamentales (Bhaskar, 2011) para la comprensión de las estructuras sociales frente a las naturales y así mostrar cómo se diferencia una interpretación sociológica de una biológica en la etiología de las enfermedades mentales; es decir, el realismo crítico es una interpretación materialista.

1. las estructuras sociales, a diferencia de las estructuras naturales, no existen independientemente de la actividad que gobiernan;
2. las estructuras sociales, a diferencia de las estructuras naturales, no existen independientemente de las concepciones de los agentes sobre lo que están haciendo en su actividad;

3. las estructuras sociales, a diferencia de las estructuras naturales, pueden ser relativamente duraderas, de modo que las tendencias que fundamentan pueden no ser universales en el sentido de un invariante espacio-temporal.

Las implicaciones que estos puntos tienen para la SSEM radican en que las investigaciones y el trabajo en salud mental forman parte de la estructura social y por ende no es posible pensar un acercamiento a dicho tópico de forma objetiva o desinteresada, y que además estas interpretaciones deben ser entendidas en su contexto histórico, social y geográfico. Por lo tanto, las investigaciones de la psiquiatría que ahondan en el campo de lo social proporcionan información útil respecto a las variables sociales y la salud mental, pero deben ser tomadas solo tentativamente y no se les debe dar el peso y reconocimiento científico que tienen, por ejemplo, la fisiología o la bioquímica (Rogers & Pilgrim, 2005).

Ahora bien, la etiología del deterioro mental es un objeto de sumo interés para muchas ciencias, particularmente la psiquiatría y la psicología, la efectividad mostrada por las técnicas de intervención que emplean es un buen indicador del porqué de la legitimidad y aceptación de estas ciencias, según Sánchez Moreno (2002) un elemento que comparten esas visiones del fenómeno es la defensa del origen individual de la enfermedad mental. Por su parte, la SSEM sostiene que hay un origen biopsicosocial y que existe una relación directa entre los factores sociales y su etiología, reclamando así una mayor atención a los posibles orígenes sociales y con ello ofrecer mejores tratamientos, ofrecidos desde marcos teóricos más amplios.

Thoits y Sánchez sostienen que los esfuerzos que se han hecho desde la SSEM por ofrecer una teoría sólida y consistente de la etiología de las enfermedades mentales no han sido suficientes y los pocos existentes no son necesariamente adecuados. No obstante, distinguen tres teorías/modelos dominantes en esta área y defienden una aproximación sociológica, que puede proporcionar ↓con sus ventajas y limitaciones↓ la posibilidad de hallar mejores explicaciones e implicaciones en el tratamiento y la prevención de algunas

enfermedades mentales. Estas teorías pueden definirse como 1) la teoría del estrés, 2) la teoría de la tensión estructural y 3) la teoría de la etiqueta.

1.2.1 La teoría del estrés

Actualmente, el estrés puede ser definido como el conjunto de reacciones fisiológicas que surgen cuando una persona sufre un estado de tensión nerviosa, producto de diversas situaciones; en general, es un estado de cansancio mental que fue introducido en las discusiones científicas en los años 30 por el médico Hans Selye. Él realizó una serie de experimentos con ratones, argumentó y demostró que la exposición prolongada o repetida a estresores nocivos, eventualmente agotó sus defensas físicas y que los animales de laboratorio sucumbieron casi inevitablemente a enfermedades o infecciones posteriormente a esa exposición. Ya que los estudios de laboratorio establecieron de manera convincente una relación entre la exposición prolongada o repetida al estrés y la enfermedad en los animales, las investigaciones comenzaron a basarse en los efectos del estrés en los seres humanos (Thoits, 1999).

Basándose en el supuesto de que hay eventos en la vida de las personas que pueden generar situaciones estresantes y que pueden devenir en enfermedades mentales como la depresión, los sociólogos George Brown y Tirril Harris (2011) realizaron una importante investigación que generó pruebas convincentes sobre dicha relación. Para ello, elaboraron entrevistas en profundidad acerca de 500 mujeres de la zona metropolitana de Londres, por medio de las cuales establecieron si alguna de las mujeres cumplía con los criterios clínicos establecidos para el diagnóstico de depresión mayor. Las entrevistas indagaban de manera profunda en los diversos cambios y dificultades por las que las mujeres habían pasado en los últimos doce meses, el resultado arrojó que aproximadamente el 15% de las mujeres entrevistadas se encontraban clínicamente deprimidas.

A partir de dicha evidencia, Brown y Harris definieron aquellos eventos negativos con los que la mayoría de la gente estaría de acuerdo son amenazas serias a largo plazo para el bienestar personal como *eventos de la vida severos*, y que la experiencia de este tipo de eventos en la vida cotidiana son factores más determinantes para la aparición de algún trastorno mental, comparados con los eventos negativos menores y los eventos positivos. Otro aporte importante se dio gracias a que observaron como las dificultades continuas por ejemplo, vivir en condiciones de hacinamiento, tener discusiones familiares persistentes y tener muy poco dinero para comprar los alimentos, la ropa o los medicamentos necesarios son factores que afectan casi en la misma medida que los eventos severos la salud mental. Hallaron que, considerados dichos factores en conjunto, el 89% de las mujeres deprimidas habían experimentado uno o ambos tipos de estresores en los últimos 9 meses, mientras que solo el 30% de las mujeres no deprimidas habían experimentado esas afecciones durante el mismo periodo de tiempo. Brown y Harris concluyeron que los eventos negativos agudos y las cepas crónicas ponen a las personas en un riesgo mucho mayor de desarrollar depresión mayor y otro tipo de trastornos (Thoits, 1999).

Según Thoits otras investigaciones que se desarrollaron partiendo de los supuestos encontrados por Brown y Harris ayudaron a asociar las situaciones sociales estresantes con los pronósticos de esquizofrenia, ataques de ansiedad y estados más leves de depresión y angustia generalizada. Se llegó entonces a la conclusión de que una exposición de estresores como los eventos negativos severos y a dificultades continuas que suponen un reajuste repetido o constante en el comportamiento durante largos periodos de tiempo está causalmente relacionada con distintas formas de trastornos mentales. La investigación también ha identificado los tipos de eventos que con mayor frecuencia preceden al trastorno mental, tales como los eventos inesperados, incontrolables y agrupados en el tiempo; experiencias traumáticas; y problemas no resueltos (Thoits, 1999).

Conforme fueron avanzando y desarrollándose nuevas investigaciones inscritas en la teoría del estrés, los investigadores se dieron cuenta que a pesar de

que existe la relación que se ha estado sosteniendo, entre la exposición a los factores estresantes y el posterior desarrollo de problemas psicológicos esta correlación no es fuerte; es decir, muchas personas que han atravesado en su vida por diversos factores estresantes no sufren necesariamente un trastorno mental sea este severo o leve. A partir de este hallazgo surge una nueva y amplia serie de investigaciones que sustentan la validez de la teoría del estrés ligándola a que muchas personas tienen amplios recursos para afrontar los estresores y utilizan estrategias efectivas al manejar situaciones estresantes, amortiguando así los impactos psicológicos negativos.

Entre los recursos clave con que cuentan las personas para hacer frente a las situaciones estresantes podemos nombrar el apoyo social, que consiste en asistencia emocional, informativa o práctica con factores estresantes a través de personas importantes, como familiares o amigos. Dos importantes recursos personales de afrontamiento son también la autoestima y la sensación de control o dominio sobre la vida. Las personas que tienen una alta autoestima y aquellas que creen firmemente que tienen el control de sus vidas tienen más probabilidades de participar en esfuerzos activos de resolución de problemas para superarlos (Richard & Folkman, 1984), (Pearlin, Menaghan, Lieberman, & Mullan, 1981)

Para concluir con esta breve aproximación a la primera de las teorías sociológicas de la etiología de las enfermedades mentales, realizaré una breve mención de los autores que consideran ventajas, desventajas y posibilidades para el tratamiento ligadas a la teoría del estrés. En primer lugar, uno de los puntos fuertes que ha mostrado esta teoría en la comprensión etiológica, radica en que se enfoca en distintos aspectos de la situación social actual de la persona, que normalmente los enfoques biológicos y psicológicos tienden ignorar como etiológicamente importantes. En segundo lugar, ayuda a explicar por qué los trastornos se presentan con mayor frecuencia en los grupos sociales más vulnerables. Y tercero, la teoría del estrés permite revisar pruebas empíricas más directas, gracias a los métodos de encuesta y entrevista, que permiten a los investigadores medir conceptos clave y probar las relaciones entre ellos

explícitamente; a diferencia de los estudios biológicos en los que los investigadores deben inferir de los efectos de medicamentos específicos una asociación entre, por ejemplo, absorción de serotonina y depresión mayor. Del mismo modo, los investigadores psicológicos deben asumir una relación entre las experiencias traumáticas infantiles y las enfermedades mentales a partir de los efectos de la psicoterapia, que a menudo descubre esas experiencias pasadas (Sánchez, 2002), (Thoits, 1999).

En referencia a las desventajas que se han observado en la teoría del estrés, una limitación clave es la dificultad para explicar por qué esta persona y no aquella se enfermó mentalmente; en otras palabras, no puede explicar casos individuales de trastornos mentales. Siendo más adecuada para explicar las diferencias grupales en los problemas psicológicos; por ejemplo, mostrando por qué las personas sin apoyo social son más vulnerables a los factores estresantes que personas que lo tienen. Segundo, la teoría del estrés no es específica con respecto a los resultados; no explica por qué algunos grupos son más propensos a ciertos trastornos, mientras que otros grupos desarrollan diferentes trastornos (por ejemplo, por qué las mujeres se deprimen y se ponen ansiosas y por qué los hombres desarrollan un trastorno de personalidad antisocial y con mayor frecuencia abusan de las drogas y el alcohol). Finalmente, la teoría no se aplica con la misma eficacia a todos los tipos de trastornos mentales. La teoría del estrés es más relevante para explicar los trastornos de tipo afectivos y por ansiedad (es decir, los trastornos relacionados con el estado de ánimo) y los trastornos de adaptación; las personas claramente se deprimen o se ponen ansiosas en respuesta a los factores estresantes o tienen problemas para adaptarse a ellas. Sin embargo, resulta más complicado buscar una explicación de la etiología, por ejemplo, de las psicosis desde la teoría del estrés; ya que, en esta se han visto involucrados la presencia de biomarcadores que convergen con su diagnóstico (Sánchez, 2002), (Thoits, 1999).

Por último, las implicaciones del tratamiento de los trastornos mentales basados en el empleo de la teoría del estrés son directas y bastante diferentes de

los enfoques biológicos y psicológicos. Desde esta, para tratar o prevenir una enfermedad mental, es necesario cambiar la situación social en que vive la persona (es decir, eliminar o reducir los factores estresantes), enseñarle a la persona diferentes formas de respuestas positivas de afrontamiento (es decir, fomentar un mejor manejo de los factores estresantes) o reforzar sus recursos personales y sociales (es decir, aumentar el apoyo social disponible, aumentar la autoestima o potenciar un sentido de control más fuerte). Lamentablemente, ya que cambiar directamente las situaciones de la vida de las personas puede resultar en prácticas sumamente intrusivas y costosas, las intervenciones dirigidas a las fuentes reales de estrés de las personas se intentan con menos frecuencia que los esfuerzos destinados a mejorar sus estrategias de afrontamiento o sus recursos personales y sociales.

Según Thoits, algunos experimentos han demostrado con bastante claridad que las intervenciones para cambiar las estrategias con las que las personas afrontan las situaciones estresante acompañadas de un reforzamiento del apoyo social, *de facto*, muestran una reducción de las reacciones emocionales negativas frente al evento (diagnóstico de cáncer, cirugía mayor, divorcio, desempleo, entre otros). Por lo tanto, la teoría del estrés ofrece una promesa real para diseñar intervenciones preventivas de salud mental (Thoits, 1999).

1.2.2 La teoría de la tensión estructural

Bajo el nombre de teoría de la tensión estructural Thoits y Sánchez Moreno enmarcan una serie de hipótesis sociológicas sobre la etiología de las enfermedades mentales, en esta perspectiva se ubican aquellas investigaciones que proponen hallar el origen del trastorno mental en las organizaciones más amplias de la sociedad; es decir, en las estructuras sociales y las tensiones que estas generan. Quien se considera inaugura esta corriente teórica es el sociólogo Emile Durkheim, con una obra que ya citamos en otro apartado y que resulta

además de suma importancia para la sociología de la salud en general: *El Suicidio* (Durkheim, 2014).

En esa obra, Durkheim encontró una distribución desigual de suicidios al interior de la sociedad francesa según distintas variables, mostrando por ejemplo una mayor tasa de suicidio entre las población protestante, frente a la población que profesa el catolicismo o el judaísmo; entre las personas casadas con hijos en comparación con las personas solteras y sin hijos. Igualmente, esta correlación se presenta con la población militar en comparación a la civil; asimismo, se observó que en épocas de rápido crecimiento económico y en las de crisis las tasas de suicidio fueron más alta si se comparan a épocas que presentan mayor estabilidad económica (Durkheim, 2014).

Cuando Durkheim, al ver estas diferencias, se propuso encontrar una respuesta, elaboró una teoría cuyo factor explicativo radica en la integración social de los grupos que conforman una sociedad, argumentando que el mantenimiento de las normas sociales funcionan como el elemento que ayuda a mantener los lazos con los otros. Por lo tanto, los miembros de una sociedad que se encuentran poco integrados difícilmente cumplen con las normas que les permiten mantenerse como miembros de los grupos sociales, lo que los conduce a sufrir de desilusión y miseria, en este tipo de casos donde existen niveles bajos de integración es muy probable que aparezcan los *suicidios egoístas* (Durkheim, 2014).

Caso contrario, puede ocurrir que un grupo social mantenga niveles demasiado altos de integración entre sus miembros lo que lleva a algunos a cometer lo que llamó *suicidio altruista*; en estos casos, los individuos subordinan sus pasiones e impulsos por el bien del grupo, adhiriéndose a reglas estrictas que guían casi todos los aspectos de la experiencia diaria (por ejemplo, la vida militar o religiosa). Cuando el grupo o la sociedad se ven amenazados, es más probable que sus miembros se sacrifiquen por la comunidad (Thoits, 1999). Además de estos tipos de suicidio, Durkheim se vale del concepto de anomia, con el que se refiere al estado de ausencia de normas o bien de confusión de estas, para caracterizar otro tipo de suicidio, el *suicidio anómico*. Las situaciones sociales en

las que se experimenta una falta de normas y un estado de confusión, productos de abruptos cambios sociales o económicos son un detonante para que las tasas de suicidio presenten un aumento significativo.

Siguiendo la línea funcionalista de Durkheim, el sociólogo norteamericano Robert Merton (1957) formuló su teoría de la anomia², que sirve como otro ejemplo paradigmático dentro de la teoría de la tensión estructural, esta teoría busca comprender en general las conductas desviadas, entre las que incluye los trastornos psicológicos. Merton empleó el concepto de anomia para referirse a la brecha que existe entre los objetivos culturales de las personas y los medios estructurales existentes para cumplir esos objetivos. Señalando que en la sociedad norteamericana se educa a sus miembros bajo la idea del éxito y la riqueza como valores a perseguir, se les enseña a desear y luchar por el éxito económico por encima de casi todos los demás objetivos, Merton asumió que la mayoría de las personas ven el sistema educativo como una ruta legítima hacia el objetivo culturalmente compartido del éxito financiero.

No obstante lo anterior, la amplia mayoría de la población verá mermadas sus aspiraciones de éxito debido a las desigualdades propias de la estructura social, los miembros pertenecientes a grupos pobres y a minorías étnicas viven en vecindarios con instalaciones escolares inadecuadas y maestros mal capacitados; carecen de la preparación, el aliento y la asistencia financiera para continuar la educación superior y experimentan discriminación basada en la clase y en la raza, tanto en las escuelas como en el mercado laboral, lo que merma sus esfuerzos para lograr el éxito que buscan siguiendo las normas y leyes de la sociedad.

Quienes se enfrentan a este panorama anómico generan una respuesta adaptativa frente al medio que les impide el cumplimiento de sus metas, según Merton existen cinco respuestas *tipo* frente a la anomia: la conformidad, el

² No se debe confundir el concepto de anomia que usa Merton con el de Durkheim, aunque bien están relacionados, hacen referencia a situaciones sociales distintas.

ritualismo, la innovación, el retraimiento y la rebelión; estas respuestas permiten a las personas buscar medios alternativos o bien transformar sus objetivos (Merton, Reader, & Kendall, 1957).

Los primeros dos tipos de respuesta adaptativa se consideran como conductas normales, los *conformistas* son personas que continúan adhiriéndose a objetivos culturalmente compartidos y persiguen medios convencionales para alcanzar esos objetivos, a pesar de la conciencia de que es poco probable que estos esfuerzos valgan la pena. Los *ritualistas* son aquellos que reducen sus aspiraciones (renuncian a la posibilidad de alcanzar el éxito), pero continúan comportándose de manera socialmente aceptable (tal vez terminen la escuela secundaria y trabajen de manera constante en algún trabajo de bajo salario y bajo prestigio). Ni las respuestas conformistas ni las ritualistas crean problemas sociales importantes (Thoits, 1999).

A diferencia de las anteriores, los otros tres tipos de respuestas adaptativas son normalmente problemáticas y generalmente se consideran como desviadas. Los *innovadores* son personas que continúan deseando y buscando riqueza, pero recurren a medios ilegítimos para alcanzar ese objetivo, rechazando a menudo los medios legítimos; son esencialmente criminales de la sociedad, desde simples ladrones hasta ejecutivos involucrados en fraude y evasión fiscal; por último los *retraídos* son aquellos que abandonan la meta del éxito y que dejan de intentar seguir caminos legítimos. En cambio, se retiran del mundo hacia el abuso de sustancias o el trastorno mental. Finalmente, los *rebeldes* son personas que rechazan tanto las metas como los medios socialmente aceptables para esas metas y sustituyen tanto nuevas metas como nuevos caminos; son personas que lideran o participan en movimientos sociales o, lo que es más amenazante, en disturbios y rebeliones (Thoits, 1999).

A partir de lo anterior, y según Thoits y Sánchez Moreno, se puede decir que el punto central que se extrae del análisis de Merton es que la enfermedad mental se da como una respuesta adaptativa a la tensión estructural, surgirían por lo tanto debido al bloqueo de las recompensas que enfrentan muchas personas en

la búsqueda de cumplir sus metas. Es importante destacar que ese bloqueo no es producto de las deficiencias particulares de las personas, sino que lo es de la estructura y organización de la sociedad, que privilegia injustamente los deseos y esfuerzos de algunos grupos sociales sobre otros. Al igual que la teoría de la desviación de Merton, la mayoría de las explicaciones de la tensión mental de la enfermedad mental sugieren que las tensiones en los sistemas sociales y económicos macro, causan tasas más altas de trastorno mental u hospitalización mental para ciertos grupos (Sánchez, 2002), (Thoits, 1999).

Otra línea de investigación dentro de la teoría de la tensión estructural y que igualmente sigue los lineamientos durkheimianos, se llevó a cabo en el período comprendido entre 1922 y 1934 del siglo pasado por los sociólogos Robert Farris y Warren Dunham (1939), resultando en una investigación que se ha convertido en uno de los referentes clásicos para la SSEM, en este amplio trabajo se propusieron realizar un análisis de las condiciones sociales de vivienda en que habitaban las personas antes de ser ingresadas en algún hospital psiquiátrico, en su mayoría por diagnóstico de esquizofrenia, en la ciudad de Chicago.

La investigación arrojó un patrón claro entre los pacientes esquizofrénicos, la gran mayoría habitaban en áreas de la ciudad donde se concentra población de escasos recursos, con una alta rotación de población, un alto porcentaje de departamentos de alquiler y pensiones, y un alto porcentaje de población migrante. Estas situaciones resultan propicias para que los habitantes de esas áreas no generen lazos sociales significativos, ni redes de apoyo. Los autores concluyen que tanto la esquizofrenia como otros trastornos mentales fueron originados a causa del aislamiento y la desorganización sociales (Farris & Dunham, 1939).

Evidentemente estas no son las únicas investigaciones significativas que se han llevado a cabo en el campo de la teoría de la tensión estructural; sin embargo, no es menester de esta investigación numerarlas todas, sino mostrar en líneas generales los componentes de dicha teoría. Por último, se puede mencionar que algunas de las desventajas que presentan estas investigaciones es que no cuenta,

a diferencia de la teoría del estrés, con elementos que hagan visible y evidente la relación entre la tensión estructural y las enfermedades mentales. “Los teóricos estructurales generalmente no elaboran las formas en que las estructuras sociales amplias y las tendencias socioeconómicas amplias se actualizan en la vida de individuos específicos, y por lo tanto no aclaran cómo o por qué las tendencias macro sociales pueden producir angustia o trastorno psicológico” (Thoits, 1999).

No obstante las desventajas, esta perspectiva teórica ofrece algunas ventajas y oportunidades en la importante labor de comprender la etiología de las enfermedades mentales, permitiendo reconocer que los trastornos mentales no se distribuyen al azar en la sociedad; normalmente estos se concentran en los grupos demográficos que están social y económicamente más desfavorecidos. La teoría sugiere que la estructura u organización misma de la sociedad en sí misma puede desempeñar un papel en la epidemiología y etiología de la enfermedad mental, que es una idea que la teoría del estrés, por ejemplo, no capta bien y en la que las teorías psicológicas y biológicas fallan por completo (Thoits, 1999). Si el objetivo es comprender a fondo las complejas y múltiples causas de las enfermedades mentales, entonces las tensiones inducidas por sistemas sociales, instituciones sociales y contextos comunitarios seguramente deben ser tomados en cuenta, aunque a este respecto me parece que esta teoría se queda corta; ya que, sus aportes no son necesariamente críticos, dan por hecho la existencia de la estructura social y obvian el origen de esta, que se encuentra en la forma capitalista de organización de la sociedad .

Los aportes de esta teoría para el tratamiento de los trastornos mentales consideran una intervención que transforme las estructuras en su conjunto, combatiendo, por ejemplo, la segregación racial, reforzando el acceso a la educación universitaria, amortiguando los picos en la tasa de desempleo y ampliando los servicios para los ancianos. Este tipo de soluciones en un panorama de intervención estatal son irreales, sin embargo, dada la evidencia reciente de la importancia que los contextos locales tienen para la salud mental,

las intervenciones más delimitadas centradas en la comunidad podrían ser económica y políticamente factibles (Thoits, 1999).

1.2.3 La teoría del etiquetado

La teoría sociológica del etiquetado ha sido descrita como una teoría radical en la explicación de la etiología del deterioro mental, teniendo un enorme impacto en el mundo intelectual y sirviendo como base para diversos movimientos como la anti psiquiatría, o aquellos que pretenden des institucionalizar el tratamiento de los trastornos mentales (Rogers & Pilgrim, 2005). Entre los principales defensores de esta teoría se encuentran Howard Becker (2014), Edwin Lemert (1951) y Thomas Scheff (1999). Estos sociólogos defienden una premisa en común: que las personas que son etiquetadas como desviadas y tratadas como desviadas se vuelven desviadas.

La conducta desviada consiste en la ruptura de las normas, todas las personas en algún momento realizamos conductas desviadas, existen diversos motivos por los cuales lo hacemos, estos pueden ser por causas o índole biológica, psicológica, cultural, sociológica, económicas o incluso debido a descuidos, accidente o porque simplemente desconocemos las normas. La mayoría de las veces las rupturas resultan de poca importancia y no son atendidas, en el caso de la salud mental la aparición de los primeros síntomas no supone normalmente una ruptura mayor, caben dentro de lo que se denomina como una desviación primaria. Este tipo de actos son ignorados, negados o racionalizados por la familia, los amigos y por las propias personas que rompen la norma.

Sin embargo, cuando las violaciones de las normas de los individuos son frecuentes, graves o muy visibles, o cuando los infractores de las normas tienen

poco poder y estatus en relación con los "agentes de control social" (es decir, policías, trabajadores sociales, jueces, psiquiatras), es mucho más probable que los interruptores sean etiquetados pública y formalmente como desviados (en este caso, enfermos mentales) y forzados a recibir tratamiento (Thoits, 1999). A partir de que una persona es etiquetada como un enfermo mental son estereotipadas por otros miembros de la sociedad en relación al tipo de acciones que se considera son propias de este tipo de personas, por ejemplo, que son impredecibles o que pueden incluso ser peligrosas para sí mismas o para otros, debido a su condición se les trata como si fueran incapaces de cuidarse a sí mismas y se considera que es probable que se comporten de manera extraña.

Los estereotipos que resultan de la etiqueta alcanzan incluso al personal profesional que los atiende, según Goffman al interior del hospital psiquiátrico se llega a tratar a los pacientes como si fueran niños irresponsables y se les impide realizar actividades que son convencionales para cualquier adultos, por ejemplo, salir del hospital sin permiso, usar las duchas o una navaja de afeitar sin personal presente, hacer llamadas telefónicas privadas, conducir un automóvil, regresar al trabajo, votar o ver a familiares o amigos a voluntad. Lo anterior se suma al hecho de que, los pacientes internados conviven la mayoría del tiempo con otros pacientes, lo que conlleva que la socialización reproduce la visión desviada del mundo y los pacientes terminan por asumir el papel de persona enferma mental (Goffman, 2001).

Una vez que el paciente asume el papel de enfermo mental como "lo que soy", cuando la enfermedad mental se convierte en el tema sobre el que gira y se organiza su vida, en ese momento se da una desviación secundaria, es decir, un incumplimiento continuo de las reglas. Parece ser ya evidente por qué esta teoría ha sido tachada de radical, además de recaer en un determinismo sociológico bastante cuestionable, debido a que como se ha estado sosteniendo, no es posible comprender un fenómeno tan complejo como la salud mental únicamente desde una sola perspectiva científica. Por el contrario, en la teoría de la etiqueta la desviación o la enfermedad mental no se puede encontrar ni en las determinantes

biológicas, ni en la psique de las personas o tampoco es causada por las situaciones de vida, las enfermedades mentales, y que estarían más bien creadas y sostenidas por la sociedad (Szasz, 1994).

Si bien ya puede comenzar a ser evidente cuales son algunas de las desventajas que presenta esta teoría, a continuación serán desarrolladas de forma medianamente más amplia, la teoría del etiquetado como se formuló originalmente (cabe destacar que se han hecho reelaboraciones que pretenden paliar algunos de los elementos más débiles que contiene) funciona adecuadamente para comprender el comportamiento desviado de los pacientes, cuyo diagnóstico fue errado y a pesar de ello fueron sometidos a internamiento o tratamientos médicos; sin embargo, la mayoría de pacientes psiquiátricos acuden voluntariamente en busca de ayuda y atención para sus síntomas mentales, la teoría no alcanza a explicar por qué las personas se auto etiquetan a sabiendas de que están rompiendo las normas.

Ahora bien, Thoits menciona dos implicaciones problemáticas que presenta esta teoría, una es que un comportamiento o síntoma generalmente se detendrá si no está etiquetado; la otra suposición problemática es que el etiquetado y el tratamiento diferencial son las causas clave de los síntomas psiquiátricos continuos; esto implica que las causas iniciales de los síntomas del deterioro mental (biológicos, psicológicos, sociológicos, etc.), dejan de tener una gran influencia en los pensamientos, sentimientos o comportamientos del individuo después de que se produce el etiquetado, lo que, por supuesto, no es una implicación sensata (Thoits, 1999).

Por su parte, esta teoría también ha ofrecido muchos beneficios, particularmente porque sus defensores han ayudado a sensibilizar a los miembros de los sistemas de salud respecto a las posibilidades que existen de tener un sesgo al diagnosticar pacientes influenciados por los estereotipos, de raza, género, edad, etc. “La teoría del etiquetado es especialmente valiosa porque nos recuerda que la enfermedad mental es, en cierta medida, creada y sostenida

socialmente y que existe el riesgo de aceptar los juicios de los psiquiatras como evaluaciones invariablemente válidas del trastorno mental” (Thoits, 1999).

Por último, las posibilidades que oferta esta teoría para el tratamiento de los trastornos mentales son varias, entre ellas podemos mencionar el fomentar un cambio de las normas sociales que definen los pensamientos, sentimientos y comportamientos "normales", generando conciencia respecto a las percepciones erróneas de los enfermos mentales; manteniendo una vigilancia crítica del diagnóstico formal psiquiátrico y del uso de la hospitalización cuando no es necesaria, cuando lo es, se ha propuesto reducir la duración de la estadía de las personas hospitalizadas para evitar que adquieran una identidad desviada (Thoits, 1999), (Sánchez, 2002). Aunque muchas de las implicaciones terapéuticas y preventivas de la teoría del etiquetado parecen demasiado idealistas, la teoría sigue siendo importante por su perspectiva crítica y sensibilizadora sobre el diagnóstico psiquiátrico.

CAPÍTULO II: EL TRABAJO COMO EJE REGULADOR DE LA VIDA EN EL CAPITALISMO Y SU INFLUJO EN LA SALUD MENTAL

2.1 Las transformaciones del mundo del trabajo y la vida cotidiana

Evidentemente es imposible considerar la idea que Marx tenía respecto al trabajo abstracto tomándola como una categoría transhistórica, por el contrario me parece que su intención es mostrar la especificidad que adopta el trabajo en el capitalismo y el papel específico que este cumple como principio de síntesis social, que además se transforma y adapta conforme a los cambios de las fuerzas productivas. Por ello en este apartado quiero tratar, en el mejor de los casos, de mostrar algunas de las transformaciones más grandes y evidentes que se han dado en el mundo del trabajo y que definen su *forma* contemporánea, cabe aclarar desde ahora que el capitalismo se debe entender como una serie de reestructuraciones (Holloway, 2008) por ello podemos hablar de distintos modos de producir (fordismo, toyotismo, acumulación flexible, neoliberalismo) cuya base es el trabajo abstracto.

En las últimas décadas y tras los procesos de reestructuración capitalista que dieron pie a la instauración del neoliberalismo, ha sido posible observar una serie de cambios que han transformado el mundo del trabajo, el enorme desempleo estructural, un creciente contingente de trabajadores en condiciones precarizadas, además de una degradación creciente en la relación metabólica entre hombre y naturaleza (Antunes, 2005), así como el constante crecimiento de la financiarización de la economía son, por mencionar algunas, las consecuencias más evidentes de este proceso. Como es de esperar esto acarrea no sólo transformaciones en la forma en que se desarrolla el trabajo, sino que además permea hasta las esferas más privadas de nuestra vida cotidiana, se ha instaurado en nuestras subjetividades las nociones de productividad y competencia. La continua precarización y el aumento en el desempleo son una imagen de los cambios sociales que estamos viendo.

Estos cambios sociales, estas reestructuraciones que se generan en el capital, han golpeado particularmente el mundo del trabajo a partir de la crisis de

los años 70 's, posterior al periodo de acumulación que fue posible gracias a otras reestructuraciones, particularmente al fordismo y al keynesianismo. Según Antunes (2005), es posible dar cuenta de la crisis y sus posteriores transformaciones a través de los siguientes puntos:

- 1) la caída de la tasa de ganancia, causada en buena medida por el aumento del precio de la fuerza de trabajo que se logró gracias a las luchas sociales y obreras del período de posguerra que llevó a una aceleración de la tendencia decreciente de la tasa de ganancia.
- 2) El agotamiento del patrón de acumulación taylorista-fordista de producción, ocasionado por la incapacidad del capital para fomentar el consumo y el inicio del desempleo estructural.
- 3) El crecimiento desmesurado de la esfera financiera que comenzó a adquirir autonomía frente al capital productivo, acentuando la crisis del sistema de producción y dando inicio al proceso de internacionalización necesaria para la especulación financiera propia de esta nueva fase de reproducción.
- 4) El continuo crecimiento de la concentración de capitales vía la fusión de grandes empresas y la creación de monopolios y oligopolios.
- 5) La crisis del Estado benefactor debido al sobreendeudamiento producto del déficit fiscal necesario para el funcionamiento basado en el gasto público propio.
- 6) Por último, es posible distinguir los procesos de privatización, la tendencia hacia las desregularizaciones y la flexibilización del proceso productivo, de los mercados y de la fuerza de trabajo.

Estos elementos me parece que terminan por cristalizar en un alza de la intensidad de la explotación de la fuerza de trabajo e instaurando las reestructuraciones del mundo del trabajo como una tendencia constante, con las obvias consecuencias que esto acarrea para la salud mental. Volviendo a las palabras de Holloway, debemos comprender el capitalismo como una serie de

reestructuraciones y por lo tanto, justo estas reestructuraciones son en buena medida la fuente de los actuales problemas de salud mental.

Las reestructuraciones producto de las constantes crisis de acumulación y reproducción del capital han implicado transformaciones al interior de las instituciones, modificando con ello las condiciones del trabajo, pueden expresarse a manera de cierres totales o parciales, reducciones en el número de empleados, externalización de la actividad productiva, fusiones, absorciones, movilidad interna o alto índice de rotación, si bien estas reestructuraciones eran asociadas particularmente a empresas e instituciones que atravesaban por dificultades, “hoy en día las reestructuraciones se han convertido en actuaciones recurrentes a las que se ven abocadas empresas rentables como consecuencia de la competencia internacional asociada a la globalización” (Collantes, 2012).

En términos generales podemos hablar de dos grupos impactados por las reestructuraciones del mundo del trabajo 1) el de las personas que pierden su empleo y 2) el de las personas que no son despedidas. Vamos a analizar un poco más estos casos para mostrar cuáles son sus consecuencias para la salud mental.

Según Pilar Collantes y Juan Marcos (2012) existen numerosos estudios que han analizado el impacto que tiene la pérdida del empleo en la salud mental, estos se relacionan con especial énfasis a la depresión y la ansiedad, así mismo pueden acarrear consecuencias físicas, que concretamente se asocian con problemas cardiovasculares como son la hipertensión arterial, deficiencias en el sistema inmunológico, síndrome metabólico y obesidad, es menester mencionar también las patologías gastrointestinales que se asocian directamente con la salud mental. Podemos así ver un pequeño atisbo del gran problema que representan las reestructuraciones, así como de la crisis estructural de desempleo.

Pero el problema no termina con las personas que pierden o que no encuentran posibilidades de vender su fuerza de trabajo. Un factor importante de

reestructuración que han adoptado las empresas es el empleo del trabajo *outsourcing* o subcontratado, muchos empleados no pierden su puesto de trabajo, pero para mantenerlo deben de cambiar sus contratos, bajo condiciones precarias, perdiendo prestaciones y seguridad sobre el futuro de sus puestos. El sentimiento de inseguridad en estos empleados se convierte en una constante, también hay evidencia de un continuo sentimiento de culpabilidad. A menudo se deben enfrentar con modificaciones en sus puestos de trabajo, así como de sus obligaciones y carga de trabajo, esto ha llevado a investigadores como Ronald Burke (2003) a plantear que las verdaderas víctimas de las reestructuraciones son aquellos que permanecen en sus puestos de trabajo, llamando a reflexionar sobre lo que llama la “enfermedad del superviviente”.

Analicemos un poco más el descubrimiento de Burke, en un estudio longitudinal que realizó entre 1996 y 1999 el autor dio cuenta de las afectaciones que tienen las reestructuraciones llevadas a cabo en un hospital, la principal fue la reducción de la plantilla de personal de enfermería. Durante el primer cuestionario que levantó en 1996 todo el personal al que estudió estaba trabajando en el mismo hospital, la principal conclusión a la que llegó fue que para 1999 “las enfermeras que todavía estaban empleadas en entornos hospitalarios (N = 744) se compararon con las enfermeras que ahora trabajan en otros lugares. (N = 74). El personal de enfermería de los hospitales informó una menor satisfacción laboral, más ausentismo, mayor agotamiento psicológico y peor bienestar psicológico que las enfermeras que ahora trabajan en otros lugares” (Burke, 2003).

Los altos niveles de inseguridad en el trabajo que sufren las personas durante los procesos de reestructuración, tienen consecuencias reales y concretas en detrimento de la salud, los “supervivientes” experimentan mayores niveles de mortalidad, un aumento considerable en el consumo de medicamentos antipsicóticos, mayor incidencia de incapacidades permanentes, aumento de consumo de tabaco y alcohol, una reducción en la motivación, además de

mayores porcentajes de ausentismo, así como de presentismo (acudir al trabajo a pesar de estar enfermos), que llega hasta a cuadruplicarse para el caso de los trabajadores temporales (Collantes, 2012).

Hasta el momento la idea de trabajo precario parece estar asociada casi exclusivamente con el trabajo asalariado, sin embargo, en contextos como el mexicano es imprescindible tomar en cuenta que el 56.2% de la población total ocupada trabaja en la informalidad (INEGI, 2020) y que las condiciones en que estos millones de trabajos se llevan a cabo tienen consecuencias directas en la salud mental, si bien todos los trabajos implican factores importantes de riesgo para la salud, el trabajo informal presenta desde mi perspectiva una carga mayor, Los horarios extendidos, los bajos ingresos, sin acceso a la seguridad social, son factores presentes en la informalidad y a pesar de ello existe una carencia de investigaciones al respecto, lo cual representa un espacio importante para la investigación.

La salud mental de los trabajadores y los problemas que conlleva su deterioro han comenzado a ser recientemente vislumbrados en los espacios correspondientes al trabajo formal, lamentablemente solo nos podemos imaginar las problemáticas diarias que enfrentan los trabajadores informales que en su amplia mayoría se encuentran fuera de los sistemas de salud y seguridad.

Los procesos de reestructuración que se viven en el capitalismo debemos comprenderlos primordialmente en el marco de dos fenómenos estructurales, la globalización y el neoliberalismo, que traerán consigo un proceso de transnacionalización del capital, el cual influye de forma directa en los mercados laborales abriendo la puerta a los cambios que se han mencionado, tales como la flexibilización, la precarización, la creciente disparidad en los ingresos y la inestabilidad del trabajo.

En las sociedades contemporáneas la idea de una carrera, la construcción de una rutina, el plan de adherirse a un trabajo estable, son cada vez menos posibles, esos ideales que marcaron la vida de las generaciones posteriores a la segunda guerra mundial se han transformado, ahora los trabajadores deben enfrentarse a un mercado laboral flexible, a empresas dinámicas sumergidas en un movimiento constante de reajustes adaptados a los proyectos de corto plazo, que fluctúan a la misma velocidad que lo hacen los mercados, el trabajo se ve enmarcado por lo dinámico, lo transitorio y por la constante innovación.

Un claro ejemplo de cómo las personas se enfrentan a estas transformaciones lo hallamos en el libro “La corrosión del carácter” de Richard Sennet (2000), uno de los ejemplos con los que inicia su argumento es la historia de vida de Enrico, un jefe de familia de un barrio marginal quien trabajaba como portero en un edificio de oficinas, Sennet compara la trayectoria laboral de Enrico y su esposa Flavia con la de su hijo Rico; la vida de la pareja transcurría de forma bastante lineal, ambos perseguían metas muy claras, primero comprar una casa, pagar la universidad de sus hijos y jubilarse. “Enrico diseñó para sí mismo un relato perfectamente claro en el que la experiencia se acumulaba desde el punto de vista material y psíquico ... El portero sentía que se convertía en el autor de su vida, y, aunque ocupaba los últimos peldaños de la escala social, ese relato le proporcionaba una sensación de respeto por su propia persona (Ibíd.)

El caso de Rico, el hijo, ya no resulta tan alentador. En un principio Sennet comenta que parecía ser que el hijo habría logrado todo lo que su padre esperaba, llevaba una computadora y portaba un elegante traje. Posterior a su egreso de la universidad Rico contrajo matrimonio, inició su carrera como asesor tecnológico en Silicon Valley, después de ese trabajo se trasladó a Chicago, una siguiente mudanza fue realizada por la pareja ya que su esposa encontró un buen trabajo en Missouri, una vez instalados en esa ciudad decidieron tener hijos. Rico vio afectado su nuevo trabajo debido a las reestructuraciones en un recorte de personal debido a que la empresa fue absorbida por una mayor, esto fue la causa

de su despido; debido a ello Rico y su familia se mudaron por cuarta ocasión, ahora de vuelta a Nueva York.

“Jeannette dirige ahora un importante equipo de contables, y él ha montado una pequeña consultoría” (Ibíd.). Muy a pesar de la aparente certidumbre laboral que gozan ambos, a menudo temen experimentar el estar al borde de perder el control de sus vidas y tienen un sentimiento enraizado de miedo. Sennet menciona: Rico teme que las medidas que necesita tomar y la manera como tiene que vivir para sobrevivir en la moderna economía hayan lanzado a la deriva su vida interior y emocional (*ibíd.*). En buena medida debido a sus constantes mudanzas, la pareja no ha podido mantener amistades cercanas, ni crear lazos fuertes de solidaridad en sus comunidades, así mismo, sienten que no pueden dedicar tiempo suficiente a su familia, se preocupan por la anarquía en la que se hunde su familia y por no poder dedicar mucha atención a sus hijos.

Es evidente que cuando Sennet escribió su libro ya estaba observando una serie de cambios importantes entre las generaciones a las que estudió, no sé si llegó a imaginar hasta donde llegarían estas transformaciones, en las que por ejemplo, podemos mencionar los nuevos mecanismos de trabajo a través de plataformas digitales como Uber, en las que no se te considera ya como un empleado, sino como un socio, careces de un horario laboral, de un jefe, de un contrato y de cualquier prestación.

Las estructuras sociales del trabajo están cambiando, y no solo en las sociedades de economías postindustriales, también en las economías emergentes y todas siguen una misma dirección, hacia la disminución de la seguridad laboral. La mayoría de las empresas están viendo la flexibilización como una forma de volverse competitivas en el mercado, esta actitud de competencia conduce a un proceso de descalificación de los puestos de trabajo y con ello cualquier empleado se vuelve sustituible, ya no es más una inversión rentable para los empleadores retener a los trabajadores experimentados. Aparece en el horizonte el trabajador

contingente, aquellos que no tienen un contrato a largo plazo, los trabajadores independientes, los contratistas, los empleados temporales, los socios, los *freelance*.

El actual mundo del trabajo exige y vuelve romántica la idea de las mentes creativas y flexibles, se busca que las personas de manera voluntaria decidan trabajar de forma independiente, por proyectos, en distintas empresas. Raquel Roca (2015) en su libro "*Konwmads, Los trabajadores del futuro*" menciona que estas "nuevas formas de trabajo son mucho más humanas, ponen al empleado en el centro del negocio y es muy atractiva para la gente joven, que cada vez entienden menos en su cabeza la estructura de trabajo tradicional como entrar en un horario fijo, estar asignado a una mesa determinada, etc." Lo que no ve, son las consecuencias negativas que traen consigo estas nuevas formas, como si todo estuviera bien.

2.2 El trabajo para la sociología de la salud y las enfermedades mentales

El trabajo, por lo menos como lo conocemos en el capitalismo, se ha configurado como una actividad central en la vida cotidiana de las personas, ayuda en muchos casos a ser una fuente de identidad y de formación de carácter, esto entre muchos otros elementos hacen visible que existe una relación entre la salud mental y emocional y el trabajo; esta relación ha resultado de gran interés para la sociología, la psicología y las ciencias de la salud. Una de las conclusiones a las que se ha llegado es que los efectos que tiene el trabajo sobre el bienestar y la salud deben ser analizados a nivel de las experiencias laborales individuales y cómo estas se vinculan con las estructuras macroeconómicas y sociales del mercado laboral.

Un claro ejemplo de lo anterior y que además es paradigmático a nivel mundial ocurre en Japón, el fenómeno social del *karoshi*, que se puede traducir

como muerte por exceso de trabajo, es una forma de muerte que está reconocida desde 1987 por el ministerio de salud japonés. Según la estadísticas para el año de 2015 se reportó un total de 2,310 muertes por *karoshi*, cifra que según el Consejo Nacional en Defensa de las Víctimas de *Karoshi*, no se acerca siquiera a los números reales, mismos que de acuerdo con sus estimaciones deberían rondar las 10 mil víctimas anuales.

“Kenji Hamada era un empleado de una compañía de seguridad en Tokio, casado con una joven esposa y exhibía una ética de trabajo impresionante. Su rutina semanal incluía una jornada de 15 horas diarias de trabajo y 4 extenuantes horas de traslados entre su casa y la oficina. Un día lo encontraron desplomado sobre su escritorio. Sus colegas asumieron que estaba dormido, pero cuando transcurrieron varias horas y no se había movido, se dieron cuenta de que estaba muerto. La causa del fallecimiento fue un fulminante ataque cardíaco a la edad de 42 años” (Gorvett, 2016). Los factores que sobresalen como causas de las muertes por *karoshi* son el estrés y la falta de sueño y la tendencia hacia el incremento en las horas laborales se acrecienta en todo el mundo, este ranking está encabezado actualmente por México.

Siguiendo con los ejemplos, toca hablar del caso mexicano, en nuestro país se estima que el 75 por ciento de las y los trabajadores sufren de estrés laboral, lo que ha llevado a que aproximadamente el 25 por ciento de la fuerza laboral del país padezca algún trastorno mental, tal como depresión o ansiedad. Por lo anterior, México se posiciona como uno de los países más “tóxicos” para trabajar y uno de los que presenta mayor número de casos de estrés laboral en el mundo (Villavicencio-Ayub, 2020). Como se puede ver con estos breves ejemplos, no es posible tratar de analizar la relación entre el trabajo y la salud mental desde una perspectiva unidimensional, ya que evidentemente esto es un problema de salud pública que afecta a millones de personas y que está relacionado con otros fenómenos estructurales, necesariamente ligados al capitalismo, pero no necesariamente al trabajo.

El contexto social en el que se desarrollan los trabajos debe ser un elemento que se tome en cuenta cuando buscamos comprender el malestar o bienestar psicológico, viendo este no como una mera expresión de la subjetividad individual, sino por el contrario, como un producto de las condiciones estructurales y sociales en la que están inmersas las personas. Es así que a pesar de verse como algo lejano y extraño, los cambios macroeconómicos y estructurales pueden afectar tanto el bienestar mental, como lo hacen el estatus social, o los roles sociales y que estos elementos vistos como un conjunto son capaces de ofrecer un contexto más completo para comprender cómo la relación que mantenemos con el trabajo afecta nuestra salud mental.

Es posible distinguir tres tradiciones sociológicas desde la que se ha abordado la investigación que relaciona la salud mental con el trabajo, en este pequeño resumen busco mostrar son los elementos centrales de cada una de estas tradiciones y con ello vislumbrar cómo se relacionan sociológicamente los dos tópicos que interesan particularmente a los fines de esta investigación.

La primera tradición se relaciona con los estudios que ponen su atención en la estructura del mercado de trabajo. Surge como una preocupación por la complicada situación que vivían – y que en muchos casos siguen viviendo- los trabajadores de los sectores industriales. El primer estudio serio y del cual ya hable en el capítulo anterior fue elaborado por Engels (1965) y a partir de este se desprenden una serie de estudios marxistas que muestran la relación entre el trabajo bajo el capitalismo y la alienación tanto social como individual, sugiriendo que hay un vínculo directo entre el bienestar y la forma en que se organiza la economía (Tausig, 2006).

Según Tausig (2006) muchos autores han seguido esta línea de investigación, desde la que se le da una mayor importancia a la estructura del mercado de trabajo y menciona que han demostrado que sí existe una relación directa entre ciertos indicadores económicos, como la tasa de desempleo y los indicadores sanitarios que se relacionan con el estrés y otros cuadros psicológicos. Normalmente cuando hay un aumento de personas desempleadas

se observa un aumento en la exposición a riesgos laborales y financieros que resultan negativos para la salud mental. Se ha visto que en épocas de desempleo elevado, se reduce la tolerancia social hacia ciertos comportamientos que se consideran como desviados, por ejemplo, el llegar tarde al trabajo, el ausentarse por alguna enfermedad menor, o el irse antes de la oficina.

Los autores a los que hace referencia Tausig sugieren, según su análisis, que cuando las condiciones estructurales orillan a una empresa a reducir su plantilla laboral, los empleados que sobreviven a los recortes experimentan un sentimiento de temor por la posible pérdida de sus empleos y la destrucción de sus carreras, lo cual conduce a un mayor estrés laboral. Esto puede llevar a que los trabajadores amplíen sus jornadas laborales, a medida que aumentan las demandas por parte de los jefes y se instaura un clima de inseguridad, existe un aumento de angustia en los empleados. Me parece que este argumento logra demostrar que hay una relación directa entre las estructuras económicas y sociales y la salud mental.

Dentro de los estudios de las estructuras del mercado de trabajo, las investigaciones sobre el desempleo pueden ilustrar de forma clara y concisa los efectos directos de la macroeconomía sobre el bienestar de las y los trabajadores. Como fenómeno social, el desempleo se experimenta muchas veces a nivel del cuerpo como un agente estresante que conduce a un aumento de la angustia; como mencioné al inicio del apartado, el trabajo nos ayuda en la definición de nuestra identidad y nuestro carácter, la pérdida del trabajo puede representar una amenaza hacia nuestra finanzas y también hacia nuestras subjetividad.

La mayoría de los estudios sobre el desempleo y la salud mental han mostrado que el desempleo está directamente relacionado con el aumento en el consumo de alcohol, con un aumento en la aparición de enfermedades físicas, así mismo, los desempleados presentan tasas más altas de ansiedad y de depresión, con una mayor presencia de ideas suicidas y una mayor probabilidad de consumo de medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes y antidepresivos (Tausig, 2006). El desempleo es una condición endémica del capitalismo, forma parte de su propio

modelo de acumulación y reproducción, por lo tanto debe ser entendido como un fenómeno estructural y sistémico. La mayoría de las veces es una condición involuntaria, los ciclos reproductivos implican momentos de crecimiento y de recesión, es durante estos que se observa un aumento en el número de desempleados y las posibilidades de reinserción al mercado laboral merman.

Un estudio realizado por Turner (1995) demostró que los efectos psicológicos del desempleo son menores cuando existe una mayor probabilidad de reincorporarse al mercado laboral, cuando alguien logra encontrar de nuevo un trabajo generalmente se revierte en gran medida los sentimientos negativos asociados con la pérdida del mismo. Este efecto positivo para la salud mental se atribuye al sentimiento personal de ser eficaz y productivo y a la certidumbre financiera que viene acompañada del nuevo trabajo. Aunque no siempre pasa así, muchas personas que se re emplean lo hacen en trabajos donde los salarios son más bajos y con menos seguridad laboral, lo que no supone una mejora sustancial en su bienestar.

La segunda gran corriente sobre la que se ha estudiado es la que relaciona los trastornos mentales y las características particulares del trabajo. En las discusiones anteriores se muestra la existencia de una relación entre las variables de cambios económicos y bienestar mental, esta relación si bien debe ser estudiada más a fondo no muestra en ningún análisis una relevancia tan importante como sí lo hacen las características específicas del trabajo y la forma en que este está organizado. Desde este enfoque se propone que cuando las características particulares del trabajador chocan o son poco coincidentes con los requisitos del puesto de trabajo, los empleados han mostrado padecer mayores niveles de insatisfacción, alienación y enfermedades laborales.

Los análisis de Karasek (1979) muestran que existe una correspondencia positiva entre las posibilidades de autonomía por parte de los trabajadores sobre la forma en que se realizan las tareas y actividades con la salud mental. Los trabajadores que tienen pocas posibilidades de decidir sobre el proceso del trabajo y que al mismo tiempo tienen un alto nivel de exigencia por parte de sus

empleadores, tienden a desarrollar síntomas de malestar mental. El estrés y el deterioro mental estarían ligados, por lo tanto, con la incapacidad del trabajador para gestionar las cargas demandantes de trabajo. Por el contrario, los trabajadores que tienen una mayor capacidad de decisión sobre los procesos del trabajo presentan una menor incidencia de trastornos mentales.

Una característica que está presente en muchos trabajos son las de la repetitividad, la aburrición y el trabajar al ritmo de las máquinas, esta forma de trabajo la podemos asociar, por ejemplo, directamente con las cadenas de montaje en las que el ritmo de las actividades está determinado por la velocidad de la línea, pero estos trabajos aburridos y repetitivos han evolucionado. Una escena inicial de la película *Parásitos* de Bong Joon-ho muestra a la familia protagonista del filme ensamblando cajas de pizza dentro de su pequeño apartamento, los personajes arman una versión miniatura de la cadena de montaje en la que cada uno cumple con una función, calculan sus tiempos y posibles ganancias de acuerdo con la velocidad que puedan lograr en el ensamblaje. Empaquetar productos, permanecer horas sentado realizando llamadas telefónicas, en muchas ocasiones los trabajos son aburridos y repetitivos, esto evidentemente tiene consecuencias para la salud mental.

Los trabajos que demandan una alta tasa de velocidad en su ejecución, que implican cargas muy altas de actividades y los que presentan una vigilancia excesiva sobre el control del tiempo, tienden a llevar a los trabajadores a estados de aburrimiento, ansiedad y depresión. Según Tausig (2006) la combinación o presencia de estos factores pueden representar un riesgo para la salud, una variable importante para evaluar el grado de satisfacción laboral es la latitud de decisión, esta variable ha sido empleada por la sociología del trabajo para evaluar si los trabajadores tienen la capacidad de realizar las tareas que les son asignadas respetando sus preferencias y habilidades individuales.

Kohn y Schooler (1982) han demostrado que los trabajadores cuya latitud de decisión es muy baja o nula, aquellos sobre los que se ejerce una supervisión constante e invasiva tienden a presentar mayores niveles de insatisfacción laboral,

lo cual conduce a una mayor incidencia de ansiedad, baja autoestima y confianza. Por otro lado, quienes tienen la capacidad de controlar sus actividades laborales y se les permite un desarrollo de la creatividad, han mostrado tasas más bajas de ansiedad, mayor autoestima y satisfacción laboral.

La posibilidad de que el lugar de trabajo se constituya como un entorno social positivo es también una característica importante que puede afectar o beneficiar la salud mental, “la oportunidad de interactuar con los compañeros de trabajo satisface una necesidad humana de socializar. Además, las interacciones con compañeros de trabajo y supervisores ofrecen la posibilidad de recibir apoyo en momentos de tensión o angustia” (Tausig, 2006).

La tercera gran línea de investigación gira en torno a los estudios de género, estatus socioeconómico y raza, variables importantes para la sociología que además han mostrado una carga de diferenciación en su relación con el trabajo y la salud mental (Tausig, 2006). Las condiciones en las que los hombres y las mujeres realizan sus trabajos tienden a ser bastante diferentes, se distribuyen en distintos sectores económicos, diferentes tipos de organizaciones y de ocupaciones. Por supuesto estas diferencias conducen a ciertos efectos que van más allá de los horarios laborales, las estructuras jerárquicas o el nivel de ingresos, hasta alcanzar la esfera del estrés, las emociones y la salud.

Si observamos a las mujeres como un conjunto, sus empleos se caracterizan por: ser mal pagados, formar parte de organizaciones más pequeñas, carecer de asociaciones sindicales, tener menos flexibilidad, o un menor grado de autonomía. Todas estas características, como ya lo vimos, se asocian directamente con el estrés y la angustia. Tanto mujeres como hombres están expuestos a condiciones negativas de trabajo, sin embargo, existe una mayor probabilidad de tener ese tipo de trabajos para el primer grupo, a lo que deben sumarse muchas veces las demandas familiares, del hogar y de cuidados como posibles factores estresantes.

Existen factores de riesgo psicosociales que afectan sin una distinción significativa por género, una carga pesada de trabajo, presión de tiempo, el grado de control sobre los procesos, el apoyo de compañeros, la presencia de conflictos, la autonomía o la complejidad afectan de manera muy similar a hombres y mujeres (Tausig, 2006). Sin embargo, unos y otros experimentan en sus vidas cotidianas características laborales distintas, además de tener diferentes capacidades estructurales para afrontar las condiciones estresantes de los trabajos.

Por su parte, el estatus socioeconómico es una variable que genera efectos para la salud y bienestar de los trabajadores. Y de igual manera que ocurre con los trabajos que desempeñan las mujeres, aquellas personas cuyo estatus socioeconómico es menor tienden a ocupar espacios laborales que perjudican su bienestar. Tener una posición socioeconómica negativa se traduce normalmente en un bajo nivel educativo, ingresos insuficientes y un trabajo con poco prestigio, normalmente este tipo de ocupaciones se caracterizan por ser muy demandantes y por el bajo nivel de decisión sobre el proceso de trabajo.

En la literatura anglosajona se emplea el término de trabajadores de cuello azul para distinguir, en su mayoría, aquellas actividades que implican una mayor carga de trabajo manual y que suelen desempeñarse en sectores como la construcción, agricultura manufactura, industria, mantenimiento e instalaciones, servicios, limpieza, reparto y recepción de mercancías, transporte, cuidado de animales o vigilancia, por mencionar solo algunos ejemplos. La falta de libertad y las jornadas rutinarias tienden a afectar a estos trabajadores en forma de depresión y ansiedad.

Puede pensarse que los trabajadores que desempeñan actividades manuales son los únicos afectados, al ser una población mucho más vulnerable, sin embargo, los propietarios y los trabajadores de cuello blanco también están expuestos a otro tipo de factores de riesgo en el trabajo. De Haro (2015), en un artículo escrito para *El economista*, nos detalla cómo es que los trabajadores del mercado de valores a pesar de sus altos ingresos se encuentran expuestos a

niveles elevados de estrés y depresión laboral. Jornadas de más de 100 horas de trabajo semanales y noches enteras sin dormir han llevado a que en este sector se presente una de las tasas más altas de suicidio y adicciones. La presencia de cuadros de depresión triplica la media general entre los miembros de la industria financiera y la presencia de drogas empleadas “para mantener su ritmo de trabajo y poder trabajar más” (de Haro, 2015) son signos de un sistema laboral fallido para todas y todos.

Por último, la variable de raza cuando se ha tomado en cuenta, logra evidenciar una relación desventajosa entre trabajo y salud mental, por lo menos para el caso de Estados Unidos (considero de vital importancia realizar este tipo de investigaciones para la población mexicana) en donde aquellos trabajadores cuyas características raciales no son blancas tienden a emplearse en trabajos estresantes, las personas negras ganan alrededor del 73% de la cantidad ganada por los blancos con ocupaciones idénticas (Tausig, 2006) existiendo una clara discriminación y segregación ocupacionales.

Los trabajadores racializados tienen menos acceso a trabajos bien remunerados, están más supervisados, realizan tareas menos complejas, con menos autoridad administrativa y menos responsabilidades de supervisión. Las tasas de desempleo tienden a ser mucho mayores entre estos grupos y sus ocupaciones se concentran en algunas de las que presentan mayor presencia de estresores.

El género, el estatus socioeconómico y la raza claramente son variables a tomar en cuenta ya que afectan en la exposición y vulnerabilidad de los trabajadores frente a los factores de riesgo psicosociales. Al igual que las otras dos líneas de investigación que hemos analizado, constituyen un núcleo teórico que ha permitido acercarse a un fenómeno complejo como es la relación que existe entre la salud mental y el trabajo, arrojando buena evidencia que demuestra cómo el trabajo bajo las condiciones en que se desarrolla en el capitalismo es un riesgo importante para nuestra salud.

2.3 El trabajo y su influencia en la salud mental

Parece haber un consenso entre los profesionistas de la salud en la conclusión de que el trabajo es uno de los ámbitos de la vida cotidiana que más afecta la salud tanto física como mental de las personas, estas afectaciones se han acrecentado en la actualidad, en buena medida debido a los cambios que menciono en el apartado anterior. Las transformaciones que ha sufrido el mundo del trabajo han llevado a peor las condiciones en que este se desarrolla, sin embargo, este no es un problema nuevo, he tratado de mostrar que los daños a la salud mental son ineludibles bajo la forma abstracta del trabajo, pero se intensifican debido a factores relacionados con el desarrollo de las fuerzas productivas que ha conducido a por ejemplo, el teletrabajo, el uso extensivo de grandes cantidades de información, el aumento en el empleo de tecnologías de comunicación, un constante crecimiento de fuerza de trabajo ocupada en el sector de servicios, la eliminación de prestaciones o el incremento de la subcontratación, que son por mencionar algunas, fuentes constantes de estrés y malestar.

Poder comprender y relacionar los efectos que el trabajo ejerce sobre nuestra salud mental es un tema complejo y cuyo debate permanece abierto, en términos legales por ejemplo, los trastornos mentales no se encuentran tipificados como Enfermedades de Trabajo, por lo menos en el caso mexicano. Lo anterior se debe en buena medida, a que es casi imposible determinar la etiología del trastorno y relacionarla directamente con la esfera laboral, por lo tanto no resulta posible que los trabajadores puedan obtener una indemnización por los daños a su salud mental.

La cosa es más complicada que el mero marco legal, debemos tomar en cuenta muchos otros factores si se pretende poder comprender el fenómeno en toda su complejidad, ya que el trabajo a nivel subjetivo representa muchas veces una fuente importante de satisfacción, además de ligarse igualmente a un sentimiento de realización, así mismo, la pérdida del trabajo, el desempleo o los

ambientes “tóxicos” en que se desempeña, pueden acarrear efectos muy negativos para la salud mental. Basta con mencionar que los desempleados tienen un riesgo de sufrir depresión dos veces mayor al porcentaje de las personas que tienen empleo (Collantes, 2012).

Aunado a lo anterior, además es bien sabido que las consecuencias de que el trabajo esté ligado a las leyes del mercado, son particularmente observables en los tiempos de crisis, ya que la oferta de trabajo se ve mermada y las condiciones en que se desarrolla tienden a empeorar. Muchas de las victorias que se lograron conseguir con las luchas obreras, sociales y sindicales en el siglo pasado se han visto pérdidas o abandonadas a lo largo de las últimas décadas, muchas personas se están teniendo que adaptar rápidamente a las nuevas condiciones laborales, que tienden hacia lo precario.

Un estudio de la OIT (2000) en que se estudió la salud mental de los trabajadores de Alemania, Estados Unidos, Reino Unido, Polonia y Finlandia, logró demostrar que los problemas de salud mental están en aumento, los trabajadores sufren de desánimo, cansancio, ansiedad, estrés, pérdida de ingresos, desempleo y en muchos casos el estigma social asociado a los trastornos mentales que agrava la situación. Los problemas mentales en esos países se están convirtiendo en la causa más común de asignación de pensiones por incapacidad; los principales resultados de la investigación arrojan que:

- En Estados Unidos, la depresión clínica se ha convertido en una de las enfermedades más comunes, que llega a afectar cada año a una décima parte de los adultos en edad de trabajar, con el resultado de una pérdida de aproximadamente 200 millones de días de trabajo anuales;
- En Finlandia, más del 50% de los trabajadores sufren algún tipo de síntomas relacionados con el estrés, tales como ansiedad, sentimientos depresivos, dolor físico, exclusión social y trastornos del sueño; el 7% de

los trabajadores finlandeses padecen un cansancio severo, que puede llevar al agotamiento, a actitudes cínicas y a una drástica reducción de la capacidad profesional, y los trastornos de la salud mental son ya la principal causa de pensiones por incapacidad en Finlandia;

- En Alemania, los trastornos depresivos son responsables de casi el 7% de las jubilaciones prematuras y la incapacidad laboral por motivos relacionados con la depresión se prolonga dos veces y media más que la incapacidad provocada por otras enfermedades; el monto total de la producción perdida por el absentismo atribuible a trastornos de la salud mental se estima en más de 5.000 millones de marcos anuales;
- En el Reino Unido, casi 3 de cada 10 empleados sufren anualmente problemas de salud mental y numerosos estudios indican que son comunes el estrés provocado por el trabajo y las enfermedades que causa; la depresión, en particular, es un problema tan extendido que, para cualquier momento que se considere, uno de cada 20 británicos en edad de trabajar está padeciendo una depresión importante;
- Las estadísticas de sanidad pública en Polonia indican la existencia de un número creciente de personas que están recibiendo asistencia sanitaria mental, especialmente individuos aquejados por trastornos depresivos: una tendencia que puede estar relacionada con la transformación socioeconómica del país y con los consiguientes aumento del paro, inseguridad en el empleo y descenso de los niveles de vida.

Regresando un poco sobre la idea mencionada al principio de este apartado, de que el problema no es algo nuevo, me gustaría mencionar ya que el malestar mental asociado al trabajo, si bien se está generalizando en buena medida por los cambios que se han dado en las nuevas formas de trabajo, esto no implica que

con anterioridad no hubiesen trabajos que implicaran un riesgo para la psique de las personas. En la década de 1960 el médico francés Pierre Vachet (1968) publicaba un texto en el que detalla las características de las enfermedades propias de la vida moderna y muchas de ellas están relacionadas directamente con el trabajo.

El médico nos ofrece el caso de mujeres telefonistas quienes se aquejaban con mucha frecuencia de nerviosismo, irritabilidad, insomnio y sensación generalizada de fatiga, a partir de un estudio se llegó a hablar de un trastorno conocido como “neurosis de las telefonistas” caracterizado por estados de fatiga nerviosa, alteraciones del humor y el carácter, perturbaciones del sueño y dolores diversos. Algunas de las mujeres trabajadoras mencionaron además que llegan a desinteresarse por completo de su casa, a sentir hastío por todo, a presentar deficiencias de memoria y atención o incluso que tienen dificultades para leer (Vachet, 1968).

Todas las telefonistas estuvieron de acuerdo en que uno de los problemas recae en la atmósfera asfixiante y humillante a la que son sometidas en su lugar de trabajo, un ritmo muy acelerado de operación en el que no pueden pasar tiempo sin mantener una llamada, así como un estado constante de vigilancia de la calidad de las mismas, han llevado a que presenten trastorno del carácter, “las telefonistas contestan agriamente a sus superiores, a los abonados, a las compañeras y frecuentemente sufren crisis nerviosas, tiran sus auriculares a través de la sala y sufren accesos de llantos, vértigos y síncope” (Ibíd.)

Por todos lados se ven estragos en la salud mental, en las oficinas de *coworking*, en los conductores de taxis, en los despachos, en los talleres, en las fábricas, en los aviones. El ruido, la productividad, los horarios extendidos, todo ello provoca depresiones, ansiedades, malestar. Otro ejemplo de cómo afecta el trabajo nuestra salud mental se encuentra en las investigaciones de la socióloga

Arlie Hochschild (2008) quien en sus estudios sobre las emociones propuso la idea del *emotional labour* (trabajo emocional).

A lo largo de sus ensayos Hochschild da cuenta de cómo los sistemas de dominación (entre ellos el trabajo) capitalista tienen una relación directa con las emociones. Las empresas imponen ciertas reglas para sentir lo que lleva a una gestión de las emociones, el trabajo emocional es definido como el: control de los sentimientos para crear manifestaciones corporales y faciales observables públicamente (Hochschild, 2008). Pero una definición mucho más específica sería que: todos aquellos procesos psicológicos y conductas conscientes y/o automáticas que se derivan de la existencia de normas organizacionales sobre la expresión emocional, sobre la experiencia emocional o sobre ambas, que regulan las distintas interacciones implicadas en el desempeño de un puesto y que pretenden facilitar la consecución de objetivos organizacionales sobre la expresión emocional asociados con el logro de otros objetivos, operativos y/o simbólicos de mayor orden (Martínez, 2001).

El *emotional labour*, puede ser entendido como una forma de vilipendiar las emociones frente al valor de cambio, puesto que se emplea una emoción para alcanzar un beneficio económico. El ejemplo que utiliza Hochschild es el de las azafatas quienes deben suprimir sus propias emociones, particularmente en situaciones peligrosas como una turbulencia o bien cuando deben tratar con un pasajero grosero. El trabajo emocional está creciendo en relación directa con la expansión de los trabajos de servicios que implican una interacción cara a cara o voz a voz.

Evidentemente este manejo de las emociones tiene consecuencias para la salud mental, una de las que más se ha asociado es el llamado síndrome de *burnout*, ya que este se asocia con el agotamiento emocional y la distancia mental (despersonalización y cinismo), los empleados pueden llegar a desarrollar una actitud escéptica respecto a la utilidad y significado de su trabajo, otras

consecuencias son la alienación y el extrañamiento del yo (problemas para distinguir cuando se es uno mismo o cuando se está simulando. El trabajo emocional puede llegar a producir dolencias psicosomáticas, incrementando la actividad cardiovascular con los efectos que esto puede tener a largo plazo (García, Martínez, & Salanova, 2000)

Como he tratado de hacer manifiesto el trabajo es un riesgo importante para la salud mental, no importa si son trabajos nuevos, trabajos con seguridad y prestaciones, trabajo asalariado o informal. A continuación abordaremos los que se consideran los principales factores de riesgo psicosocial en el trabajo para posteriormente poder analizar cuáles son las patologías que más se han asociado con el trabajo.

2.3.1 Los factores de riesgo psicosociales

En esta sección planeo ofrecer una breve revisión de los principales factores psicosociales emergentes de riesgo, estos factores están interrelacionados entre ellos y suponen distintos elementos del entorno laboral, suponen una condición importante que hace susceptible a los trabajadores de padecer trastornos mentales, también pueden llegar a dolencias psicosomáticas y en definitiva perjudican la salud mental y social.

Los factores de riesgo psicosociales del trabajo “hacen referencia a las condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con las condiciones ambientales (agentes físicos, químicos y biológicos), con la organización, con los procedimientos y métodos de trabajo, con las relaciones entre los trabajadores, con el contenido del trabajo y con la realización de las tareas, y que pueden afectar a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos, tanto a la salud del trabajador como al desempeño de su labor” (Alastruey & Gómez, 2012).

Según la Agencia Europea de Seguridad y Salud en Trabajo es posible enlistar cuarenta y dos riesgos psicosociales asociados directamente con el trabajo, como mencioné en el primer párrafo únicamente se hará mención de aquellos que son considerados como emergentes, esto debido a que se están haciendo relevantes por causa de las reestructuraciones que están teniendo lugar en el mundo del trabajo y por supuesto en la vida cotidiana de las y los trabajadores.

Los principales riesgos emergentes identificados por la Agencia Europea son 1) Las nuevas formas de contratación: trabajo precario, 2) Los horarios de trabajo flexibles y/o irregulares, 3) La falta de seguridad laboral, 4) La intensificación del trabajo, 5) El envejecimiento de la población trabajadora, y 6) La violencia y el acoso laborales. Analizaré cada uno de estos factores de manera individual.

2.3.1.1 Las nuevas formas de contratación: trabajo precario

El trabajo como ya se ha mencionado ha tenido importantes transformaciones una de ellas son las nuevas formas de contratación (subcontratación, medio tiempo, por honorarios, eventuales, autónomos, a domicilio, pluriempleo, etc.). La tendencia en las empresas a optar por estas contrataciones suponen importantes riesgos para la salud y la seguridad de los trabajadores. Se observa que aquellas personas con trabajos precarios y que frecuentemente realizan los trabajos más peligrosos, son más vulnerables que los que tienen mejores condiciones.

El trabajo precario se puede definir como aquellos empleos de baja calidad, con muy pocas oportunidades de formación y progreso profesional, según Rodgers & Rodgers (1989) este tipo de trabajo tiene cuatro características que lo definen: bajo nivel de certeza sobre la continuidad del empleo, bajo nivel de control individual y colectivo sobre el trabajo (condiciones, salario, tiempo), bajo

nivel de protección (protección social, protección contra el desempleo, protección contra la discriminación), e ingresos insuficientes o vulnerabilidad económica.

El trabajo precario no es algo nuevo, el capitalismo ha explotado a los trabajadores bajo condiciones paupérrimas desde sus inicios, sin embargo, tanto el siglo XIX como el XX están plagados de ejemplos de luchas obreras, campesinas, estudiantiles, que con sangre y dolor lograron conseguir mejores condiciones y seguridad en el trabajo. Estas luchas significaron mejoras importantes. Pero las crisis cíclicas del capital en los últimos 30 o 40 años han significado, junto con otros elementos como los avances tecnológicos, un resurgimiento a gran escala de la fuerza de trabajo flexible, hasta el grado de llevar la precariedad a la gran mayoría de personas.

Existen múltiples variables a tomar en cuenta que pueden tener un impacto negativo en la salud mental de las personas que desarrollan un trabajo bajo condiciones precarias, según Collantes, el modelo de Warr es una herramienta que proporciona nuevas variables relacionadas con la salud mental y cuya ausencia total o parcial en el entorno laboral pueda acarrear graves consecuencias. Según dicho modelo las variables a tomar en cuenta son: las posibilidades de control sobre el proceso de trabajo, las posibilidades de empleo de las habilidades personales, los objetivos generados por la organización, la variedad, la transparencia del entorno, la disponibilidad financiera, la seguridad física, la oportunidad para el contacto interpersonal y la valoración de la posición social (Collantes, 2012).

2.3.1.2 Los horarios de trabajo flexible y/o irregular

Entre las reestructuraciones que se han experimentado en el mundo del trabajo una de las más explícitas es la flexibilización de los horarios, los trabajadores experimentan estos cambios con mayor frecuencia y esto supone un cuestionamiento constante de la organización tradicional del tiempo de trabajo.

Los empleadores por su parte exigen la necesidad de mayor flexibilidad en el tiempo de trabajo legalmente establecido, bajo la proclama de volverse competitivos en el mercado.

En México según la ENOE, la jornada de trabajo es una de las más largas del mundo, millones de trabajadores tienen jornadas excesivas, aproximadamente 10,3 millones de personas laboran entre 9.8 y 11.2 horas diarias, sin contar además los tiempos de traslado a sus centro de trabajo. De acuerdo con el reporte "*Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*" (Brun, Milczarek, & al., 2007), los cambios en los patrones del tiempo de trabajo, especialmente del sector servicios han presentado en su mayoría una tendencia hacia un incremento de la jornada asociada con la ampliación de los horarios de apertura para satisfacer las demandas de los clientes.

Existen diferentes tipos de horarios de trabajo irregulares y flexibles, todos ellos tienen consecuencias para la salud, no siempre negativas si, por ejemplo, el trabajador tiene la posibilidad de elegir su horario o lugar de trabajo dentro de un marco regulado. Hablemos un poco de estos *tipos*, el trabajo por turnos hace referencia a jornadas laborales de entre 6 y 12 horas que se dividen a lo largo del día (mañana, tarde, noche, fines de semana), es una forma de trabajo ampliamente desarrollado en el sector industrial y en el sector servicios que están abiertos las 24 horas (hoteles, tiendas de autoservicio, transporte, seguridad pública, restaurantes, entretenimiento).

Los horarios de trabajo con horas extra, los horarios extendidos y las semanas de trabajo comprimidas son actualmente formas en las que se expresa la flexibilidad y la irregularidad de las jornadas de trabajo, así como los horarios de trabajo impredecibles, donde los trabajadores deben estar disponibles cuando se les necesite, lo cual ocurre por ejemplo con algunos médicos y con el personal que atiende emergencias como los bomberos. Por último podemos mencionar los horarios de medio tiempo o a tiempo parcial.

Las consecuencias de los horarios irregulares y flexibles sobre la salud de los trabajadores son múltiples. Es importante diferenciar entre los horarios de trabajo forzados y los elegidos libremente, estos últimos normalmente han mostrado tener consecuencias positivas para el bienestar general al ofrecer la posibilidad de que los trabajadores regulen el balance entre su vida privada y su vida laboral, sin embargo, el trabajo irregular y con horarios extendidos es considerado principalmente como un factor de riesgo para la salud mental y para el bienestar en general.

Según los estudios realizados por Janssen y Nachreiner (2004) los efectos de los horarios de trabajo irregulares y el aumento del deterioro de la salud mental de los empleados, se encuentra directamente relacionado con la variabilidad y la falta de control sobre las horas de trabajo, conduciendo a una mayor disminución del bienestar psicosocial y físico.

2.3.1.3 La falta de seguridad laboral

Una implicación general que trajo consigo la globalización y el aumento de la competitividad de los mercados ha sido que las organizaciones buscan un aumento constante de su eficacia y productividad, esto lo logran a menudo gracias a las reorganizaciones, las adquisiciones, las fusiones o la subcontratación, estas reestructuraciones implican las más de las veces despidos y/o cambios en las funciones del trabajo. En las décadas de 1980 y 1990, se observó un aumento en la percepción de la inseguridad laboral en la mayoría de países, ocurrió en los menos desarrollados y también en los desarrollados.

La seguridad laboral es considerada como una variable positiva que afecta en una medida importante la sensación de satisfacción y motivación laboral, por el contrario la falta de certezas en el trabajo trae consecuencias negativas como el

estrés y la fatiga nerviosa. Para medir las consecuencias de la inseguridad laboral, es necesario según los expertos, observar dos tipos de variables, las cognitivas (probabilidad percibida de perder el trabajo, de cambio de puesto o de pérdida de oportunidades profesionales) y las emocionales (el miedo a perder el empleo).

La principal base teórica para explicar los efectos negativos que la inseguridad laboral tiene en la salud mental es la teoría del estrés, misma de la que ya se habló brevemente en el primer capítulo, el estrés, se ha demostrado, tiene consecuencias reales y se relacionado con diversas patologías como la depresión, las enfermedades coronarias o las musculoesqueléticas.

En un meta análisis en el que se incluyeron 37 encuestas relacionadas al tema de la inseguridad y la precariedad laboral, en las que se medía entre otras cosas, la presencia de problemas para dormir, ansiedad, depresión, agotamiento, tensión inducida por el trabajo, entre otros indicadores que sirven para medir el bienestar mental y la detección de síntomas de salud mental no psicóticos. Se encontró una correlación entre un estado deficiente de salud y la inseguridad laboral, es decir que a mayor inseguridad en el trabajo, peor es la salud mental (Brun, Milczarek, & al., 2007). Un dato curioso que arrojan los meta estudios es que esta correlación muestra un mayor impacto en la salud mental de los hombres, mientras que es un factor casi irrelevante para las mujeres.

2.3.1.4 La intensificación del trabajo

Otra característica que se ha convertido en un riesgo emergente para la salud mental es la intensificación del trabajo que se está produciendo en la mayoría de las empresas de los países que han adoptado las políticas y prácticas neoliberales. Contrario a lo que se podría creer, las mejoras tecnológicas y las nuevas formas organizativas de los espacios laborales no han tenido un efecto positivo, las investigaciones arrojan que los efectos nocivos han tendido a aumentar

Existe un debate intenso entre las ideas de la intensificación del trabajo y el *engagement* (el término se asocia con el esfuerzo voluntario de los miembros de una empresa/organización que se consideran como comprometidos, involucrados y entusiasmados con su trabajo, quienes llegan a actuar más allá de las demandas propias de su puesto en la organización), ya que en el mundo empresarial se considera que es una elección personal y que la productividad garantiza bienestar tanto para la empresa como para los empleados, por lo tanto la dedicación y la pasión al trabajo, son consideradas como cualidades importantes y como actitudes personales y voluntarias, pese a sus riesgos para la conciliación de la vida y para la salud (Álvarez, Castaño, & Pérez, 2017).

Se han postulado una relación directa entre la intensificación del trabajo y la percepción de un deterioro en las condiciones de trabajo y con el aumento de riesgos psicosociales como el estrés y la violencia, además de con trastornos físicos como los musculoesqueléticos. Un número creciente de trabajadores han declarado que experimentan niveles elevados de presión por parte de sus empleadores y derivados de la imposición de tareas de alta velocidad y /o plazos estrictos de entrega, levantamiento de cargas muy pesadas, mantener posturas corporales por largos periodos, cubrir distancias largas y un control muy estricto del tiempo para descansar, comer, beber agua y acudir al sanitario (Brun, Milczarek, & al., 2007).

El impacto de la intensificación del trabajo en la salud ha sido confirmada por diversos estudios epidemiológicos, sociológicos, históricos, psicológicos y médicos, llegando a conclusiones similares como que la exposición de los trabajadores a presiones de tiempo afecta la forma en que realizan sus tareas; “la presión del tiempo combinada con la necesidad de un estado de alerta sostenido da como resultado calambres musculares dolorosos” (Brun, Milczarek, & al., 2007).

2.3.1.5 El envejecimiento de la población trabajadora

Dos fenómenos convergen en nuestra época, particularmente en los países más desarrollados, pero es una tendencia general en el mundo, la disminución de las tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, lo que está conduciendo a un envejecimiento de las poblaciones. Según la OCDE los trabajadores mayores son aquellos que se encuentran en la segunda mitad de su vida laboral pero que no han alcanzado la edad para su jubilación, este tipo de trabajadores se encuentra en constante aumento (Collantes, 2012).

El envejecimiento desde el punto de vista laboral ha significado una ampliación de la edad productiva y un aumento de la edad de retiro o jubilación, lo cual supone serios problemas de salud, se estima que para 2050 habrá 2,000 millones de personas mayores de 60 años y que actualmente más del 20% de los adultos mayores sufren algún trastorno mental (OMS, 2017). Lo anterior se debe a que en buena medida los adultos mayores representan un grupo en riesgo, son vulnerables al maltrato (físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material), al abandono, a la falta de atención, a la pérdida de dignidad y de respeto.

Debido a este aumento tanto en el número de personas adultos mayores como en los años de trabajo para jubilarse, que los puestos de trabajo, los gobiernos, las empresas y todos los actores que intervienen en los procesos del trabajo deben adaptarse a las capacidades y necesidades particulares de esta población, algunas de las posibles consecuencias de que esto no ocurra pueden ser un aumento en las tasas de accidente, de enfermedades, de trastornos y un bajo rendimiento. Es urgente realizar más investigación relacionadas al futuro del trabajo para los adultos mayores y las consecuencias para su salud mental.

2.3.1.6 La violencia y el acoso laborales

El último de los factores emergentes, no es en sí un tema nuevo, pero en los últimos años ha tomado relevancia en las discusiones científicas, políticas y sociales. Es un concepto complejo con diversas definiciones, ya que mi interés no está centrado en su definición tomaré las que ofrece la OIT, a sabiendas de la existencia de otras como las de la OMS o la Comisión Europea; por lo tanto la violencia laboral será “cualquier acción, incidente o comportamiento que se aparte de una conducta razonable en la que una persona es agredida, amenazada, perjudicada o lesionada en el curso de su trabajo o como resultado directo de él” (Brun, Milczarek, & al., 2007).

La violencia en el lugar de trabajo implica siempre efectos que perjudican la salud y el bienestar de las víctimas, puede ser sufrida y/o ejercida tanto por los trabajadores, incluyendo los gerentes, directivos o supervisores, así como por personas externas al lugar de trabajo, como clientes, proveedores, criminales, entre otros. Existen dos dimensiones de este tipo de violencia, la psicológica y la física y en los últimos años han surgido términos para hablar del tema como son el “*mobbing*”, “*bullying*” o “acoso laboral”.

Como mencionan los estudios, hay grupos de trabajadores en los que existe una afectación más significativa y un mayor riesgo de sufrir violencia laboral, con un énfasis en aquellos que trabajan en el sector de servicios, como los policías, trabajadores penitenciarios, personal de seguridad, trabajadores sociales, meseros, empleados de hoteles, personal de salud (específicamente de enfermería y personal clínico), conductores de transporte público, docentes, trabajadores de tiendas (Brun, Milczarek, & al., 2007).

Se ha encontrado evidencia multifactorial de porqué ocurre el *mobbing*, relacionando este fenómeno con una mala cultura organizacional, con trabajos que fomentan un ambiente negativo, por ejemplo los que son altamente

competitivos y estresantes, también con los trabajos monótonos, con bajo nivel de control sobre el proceso y cargas excesivas de tareas. Sin embargo no todo depende de los factores de la estructura organizativa y/o del clima organizacional, los agresores se caracterizan por rasgos particulares de personalidad como agresividad, impulsividad, autoestima inestable, competitividad y falta de auto comprensión del comportamiento.

Las consecuencias para las víctimas de este tipo de violencia los llevan a presentar niveles bajos de autoestima, ansiedad, neurosis, sumisión, escrupulosidad e introversión.

2.4 Patologías mentales asociadas con el trabajo

Si bien en el apartado anterior nos enfocamos en los factores de riesgo psicosociales que se consideran emergentes, también se hizo mención de que se pueden contabilizar aproximadamente unos 42 factores de riesgo y algunos de ellos son tan viejos como el propio trabajo, más allá del modo en que se ejerce en el capitalismo. Para la sociología de las enfermedades mentales en el trabajo, podría considerarse cada forma de trabajo como una potencial fuente de riesgos psicopatológicos, por esto se deben plantear interrogantes sobre la incidencia de dichos procesos según cada trabajo.

Muchos trabajos conllevan una exigencia que implica ciertas conductas psicológicas por parte de los empleados o las personas que lo realizan y que son aceptadas como “normales” para su correcto desarrollo, desde los oficios más básicos del sector terciario hasta las profesiones más exigentes y cualificadas. Roger Bastide en su “Sociología de las enfermedades mentales” (2005) menciona que es menester observar la incidencia de los trastornos mentales según cada trabajo y a partir de ello elaborar una psicopatología asociada a las categorías laborales.

Dos posibles conclusiones podrían obtenerse de tal ejercicio, primero la hipótesis de que habría una suerte de anterioridad del trastorno relacionado con las profesión y que las personas eligen tal o cual trabajo debido a su constitución y predisposición psicopatológica; la segunda hipótesis es que existe una influencia directa del trabajo sobre la salud mental. Me parece que la primera hipótesis sería fácilmente refutable, mientras que la segunda ofrece un abanico amplio de posibilidades para asociar los trastornos mentales propios del trabajo con las condiciones materiales, sociales y culturales en las que se desarrolla.

Es posible encontrar muchos tipos de trastornos mentales en el ámbito del trabajo. Consideraremos a continuación los que se presentan con mayor frecuencia y que pueden agruparse según las categorías nosológicas de la psiquiatría y las ciencias médicas en trastornos: psicóticos, cognitivos, neuróticos, por estrés laboral, por abuso de sustancias psicoactivas y autolíticos. Díaz (2012) sostiene que cualquier padecimiento de orden psíquico puede tener lugar en el trabajo, pero hay una prevalencia de trastornos clínicos y de personalidad, así como de problemas psicosociales y ambientales, mismos que según él forman parte de una “muy actual psicopatología laboral emergente”.

2.4.1 Trastornos psicóticos

Los trastornos psicóticos son considerados como graves, suelen causar ideas y percepciones anormales de la realidad, llevando a las personas que los padecen a una pérdida del contacto con la realidad, presentando como principales síntomas los delirios y las alucinaciones, uno de los más conocidos es la esquizofrenia.

Al igual que con los otros tipos de trastornos, los psicóticos que se asocian con el trabajo tienen un origen multifactorial, la evidencia muestra que la causa más frecuente para la aparición de este tipo de estados está relacionada con una exposición a factores químicos laborales. Los trabajadores que deben manipular

componentes con niveles significativos de mercurio, sulfuro de carbono, tolueno, arsénico o plomo han presentado cuadros clínicos de psicosis (Díaz, 2012).

2.4.2 Trastornos cognitivos

Los trastornos cognitivos se asocian en dos sentidos con el trabajo, cuando existe una exposición prolongada y sistemática a pesticidas y herbicidas que suscitan efectos sobre el sistema nervioso se ha observado desarrollos de demencia, deterioro significativo de la capacidad del trabajador para procesar y recordar la información. En segundo lugar hay una relación entre la demencia precoz y la realización de trabajos con grados bajos de estimulación intelectual (Díaz, 2012).

2.4.3 Trastornos neuróticos

Los trastornos neuróticos son algunos de los padecimientos que han mostrado un mayor aumento en la prevalencia de casos diagnosticados y el trabajo es un factor importante en el surgimiento de muchas alteraciones de este tipo. “Cuanto más se estudia el origen de las neurosis, tanto más se aprecia el predominio de su etiología social sobre la biológica” (Díaz, 2012), de ello surge la relación entre estos trastornos y las disfunciones en las organizaciones laborales. La etiología de muchos malestares psicológicos está asociada con la imposición de una organización del trabajo que menosprecia el papel del empleado, frente a la voluntad del empleador, lo cual deriva en frustración.

Como menciona Díaz, existen diversas patologías mentales laborales que se mencionan desde los tratados más clásicos de la medicina, conocidas como neurosis industriales y asociadas con trabajos concretos, por ejemplo: “la neurosis de Charcot (por el sulfuro de carbono), la neurosis de los escribientes (también conocidas como espasmo de los escribientes, neurosis de los escritores de Bell o grafoespasmo), la neurosis traumática (también conocida como histeria litigante,

neurosis de renta o compensación), la postraumática (neurosis de guerra), la neurosis de huelga (Delmas-Marsalet) o la neurosis del parado” (Díaz, 2012).

2.4.4 Trastornos por estrés

El estrés laboral es un tipo de padecimiento consecuencia de una intensa presión, expectativas y exigencias que se dan en el lugar de trabajo, lo cual lleva a un estado de agotamiento nervioso, una carga acumulada de estresores puede desencadenar disfunciones psicológicas, sociales y físicas. Los estresores pueden ser de carácter personal, como el sentimiento de frustración, de coacción, de contrariedad o de insatisfacción; también pueden ser organizacionales, la inseguridad laboral, la disciplina o los malos salarios son algunos ejemplos.

Otros factores importantes que potencian el estrés crónico están relacionados con los hábitos higiénicos que se mantienen dentro y fuera del trabajo, la falta de un sueño adecuado, el sedentarismo, la insatisfacción sexual o la mala alimentación son junto a otras conductas detonantes y las llamadas enfermedades del estrés. Los entornos laborales tóxicos llevan a las personas a experimentar conductas desadaptadas y de riesgo, por ejemplo conductas sociopatas, autolíticas (que van del intento de suicidio hasta la consumación del mismo), conductas omisivas o de desprecio hacia las normas de seguridad e higiene, y hasta conductas contradictorias, saturadas, fatalistas o resignadas (Díaz, 2012)

2.4.5 Trastornos por abuso de sustancias

El consumo abusivo de sustancias es catalogado como un trastorno mental, que si bien no se puede aducir que su principal causa es el trabajo, este es sin lugar a duda un factor importante, una hipótesis que debe ser estudiada a profundidad es si el abuso de drogas es un medio para reducir la presión de los trabajos inseguros, inestables y hostiles.

Al ser un tipo de trastorno multicausal diversos factores influyen en su etiología, el laboral es uno de ellos y según diversas investigaciones, existen profesiones y oficios en los que se observa una mayor prevalencia de consumo alcohol, tabaco u otras sustancias, por ejemplo, en el caso de los trabajadores de la construcción, o de aquellos que laboran en ambientes expuestos a mucho calor, así mismo, se observa en los empleados de relaciones públicas y agentes comerciales, con el personal de restaurantes, cafeterías y bares, los transportistas y los repartidores (Díaz, 2012). El problema se ha vuelto de interés para la salud pública al representar una fuente importante de otras morbilidades, posicionando al consumo de tabaco y alcohol como las principales causas de cáncer.

El consumo de sustancias es un generador de ausentismo laboral, de accidentes y de enfermedades profesionales y puede presentarse entre trabajadores de cualquier sector, sexo, clase social o jerarquía.

2.4.6 Trastornos autolíticos

Por ultimo analicemos brevemente el suicidio como una patología del trabajo, ya Durkheim mostró que el suicidio es un fenómeno psicosocial, en el que intervienen distintas variables culturales, personales y sociales. Al igual que con las otras psicopatologías, el suicidio o el intento de, responden a elementos que van más allá de las capacidades individuales, y se asocia con características de índole más social, como son el género o bien la actividad laboral. Mencionaré a continuación las profesiones con las que se asocia una mayor tasa de incidencia.

Entre las muertes totales de médicos se estima que un 4% fue por suicidio, siendo la profesión con los números más altos y esto es una tendencia mundial, un médico tiene 1,87 veces más probabilidad de suicidarse que una persona que no ejerce dicha profesión. Seguidos por los médicos se encuentran los dentistas quienes además tienen mayores probabilidades de sufrir otros padecimientos

mentales. Otra profesión con altas tasas de suicidio entre quienes la desempeñan es la de los trabajadores financieros, se menciona que incluso durante la gran depresión muchos de los que se fueron a bancarrota, se arrojaban de las ventanas de los corporativos con el fin de quitarse la vida (Díaz, 2012).

Los abogados representan otro de los grupos de riesgo en las profesiones, se estima que hasta un 40% de los estudiantes de derecho experimentan depresión durante sus estudios, seguidos por los científicos quienes están (estamos) expuestos a situaciones muy estresantes como la productividad, la exigencia de publicaciones constantes y ambientes altamente competitivos, se estima que por cada 45 suicidios de la población general, en el campo de la ciencia se dan 5, siendo el grupo más propenso los químicos, muchas veces esto ocurre por no obtener una beca de investigación (Díaz, 2012).

CAPÍTULO III: APUNTES PARA
COMPRENDER LA ACTUAL CRISIS
DE SALUD MENTAL.
REFLEXIONES EN TORNO A MARX
Y SIMMEL

3.1 Sensorialidad y emociones en el capitalismo

Los esfuerzos que he realizado hasta este punto, para caracterizar la relación entre la salud mental y el trabajo han estado encaminados a mostrar una realidad contemporánea que a mi entender es propia del capitalismo, que la etiología de los trastornos mentales debe buscarse a partir de investigaciones complejas y multicausales, aunque desde mi particular perspectiva existe un mayor peso en las causas sociales y económicas, que se ligan a los determinantes biológicos, con la excepción de los trastornos que son en todo sentido congénitos y/o hereditarios.

Si lográramos llegar a consensuar que las enfermedades son un signo de su tiempo, como lo menciona Han (2012) hay enfermedades emblemáticas en cada época, la bacterial que encuentra su fin con el descubrimiento de los antibióticos, o la época viral que ha sido paliada en buena medida (aunque la actual crisis por el virus SARS-Cov-2 nos esté dando lecciones serias al respecto) gracias a los avances en las técnicas inmunológicas, por lo tanto, desde un punto de vista patológico, nuestra época podría ser definida por las enfermedades neuronales. Y como pasa con las enfermedades somáticas, las circunstancias históricas, económicas y sociales deben ser tomadas en cuenta para entender y atender la problemática de la salud.

Un error que considero ha sido grave durante una buena parte de la historia de la medicina y su práctica, es el ocultamiento de las contradicciones sociales que subyacen a las enfermedades, impulsando muchas veces una falsa promesa de la erradicación de los trastornos mentales, los cuales no pueden ser erradicados si no se erradican también sus causas sociales, que como ya hemos visto, se encuentran muchas veces en el trabajo bajo su forma abstracta capitalista. En este último capítulo buscaré construir un enlace entre los diagnósticos de las sociedades capitalistas elaborados dentro de las investigaciones de Marx y de Simmel, buscando aquellos elementos que nos

permitan comprender que la actual crisis de salud mental no es algo nuevo, sino que por el contrario es una condición casi genética de la explotación capitalista.

Para lograr lo anterior es necesario en un primer momento dar un breve vistazo a algunas investigaciones que sostienen que el capitalismo es mucho más que un modelo de producción económico, es un sistema que domina nuestros cuerpos y emociones, este capítulo busca abonar un poco en la comprensión de esta problemática retomando dos autores de la teoría sociológica clásica, tratando de constatar que la indagación sobre las consecuencias subjetivas de vivir dentro del capital han sido y siguen siendo un tema central en el estudio de las sociedades.

Pero por qué – se preguntará el lector – se eligieron las emociones y los sentidos como una base para hablar sobre salud mental. La respuesta debe ser abordada desde este momento para que funcione como un hilo conductor que otorgue sentido a este capítulo. Primero debemos recordar que la salud mental es un fenómeno complejo que implica un bienestar emocional, psicológico y social, por lo tanto si este bienestar se ve perjudicado también lo hará nuestro estado de salud mental, es así que la forma en que experimentamos el mundo al vivir en sociedades capitalistas implica una crisis subjetiva, la pérdida del asombro y la sorpresa, un empobrecimiento de la experiencia.

Según Eva Illouz, la teoría sociológica clásica en su afán por comprender los fenómenos de la modernidad capitalista puso un acento en las estructuras objetivas que componen los principales ejes sobre los que se sostiene, como son la plusvalía, la explotación, racionalización, desencantamiento o división del trabajo, con lo cual perdieron de vista que “contenían otra historia colateral en clave menor, a saber, las descripciones o los relatos del advenimiento de la

modernidad en términos de emociones” (Illouz, 2007). Uno de los ejemplos para ver que existe una forma particular de sentir en el capitalismo se encuentra en la Ética Protestante de Weber, este libro nos sirve para mostrar la existencia de una sensorialidad capitalista que es capaz de moldear lo que sentimos y percibimos en términos de la lógica de las mercancías, alienando nuestra experiencia en y con el mundo.

Pero ¿cómo afecta esta sensorialidad capitalista en la esfera del trabajo? Si bien esta pregunta ya está parcialmente resuelta en el capítulo anterior, creo que es importante mencionar otra posible solución con la intención además de no perder el tema central de esta investigación, que es la relación entre el trabajo y la salud mental. Según Weber una característica del capitalismo es que existe una prevalencia de los procedimientos formales y racionales en todos los aspectos de la vida cotidiana, las leyes del mercado se impusieron en las esferas económicas, de la dominación y del derecho, imponiendo relaciones impersonales y objetivas. Si una persona quiere contratar un crédito bancario, la decisión para dárselo se basará en criterios impersonales como estados de cuenta, ingresos, historial crediticio, las características y cualidades de la persona no serán tomadas en cuenta: “El cosmos económico objetivado es una construcción que carece radicalmente de amor” (Weber, 1991).

Esta forma cosificada de relacionarnos impera por supuesto en la organización del trabajo, las actividades o tareas correspondientes a un puesto se establecen a través de jerarquías, están delimitadas por las cadenas de mando y por las competencias de la oficina y/o departamento al que pertenece. Las posibilidades de ser contratado o ascendido (cuando no dependen del nepotismo) son determinadas por medio de certificaciones, evaluaciones, en general podemos decir que el contexto social del trabajo está colmado de estatutos, regulaciones y normas. Hace un tiempo mi estimado director de tesis, John Holloway, me decía

que en el capitalismo cuando creamos una mercancía no importa cuánto amor, empeño o gusto hayas puesto para hacerla, lo único que importa es que se pueda intercambiar en el mercado, los trabajadores al ser considerados mercancías sólo pueden ver que las cualidades que los distinguen, su personalidad y sus emociones pierden toda importancia cuando de obtener ganancias se trata.

“... definidas como disfuncionales en las esferas de la dominación, la económica y la del derecho, la compasión y los sentimientos tienen cada vez más sólo un peso decisivo en el ámbito privado de las relaciones íntimas de amistad o familiares. Severamente amenazadas, las emociones huyeron a ese refugio” (Kalberg, 2013). Con este desplazamiento de las emociones de los lugares de trabajo surge un *ethos* del trabajo, racional e impersonal, que consume las personalidades. Sin embargo, como ya lo vimos con las investigaciones de Hochschild, el capital no solo trae un abandono de las emociones y de los sentidos (esto puede ser evidente en los trabajadores que emplean productos con olores muy fuertes, como pesticidas, pescado, químicos, quienes terminan por perder la capacidad de reconocer esos olores, o con aquellos que trabajan en ambientes muy calurosos y deben acostumbrarse a esas condiciones) además, y cuando lo necesita, impone un control sobre lo que podemos sentir en el lugar de trabajo, el *emotional labour*.

La sensación de extrañamiento con el mundo producto de las relaciones fetichizadas, abandona el espacio del trabajo, para abarcar la cultura y la sociedad en general, se ponen en el centro de las relaciones sociales y psicológicas la ganancia y la riqueza. Las actividades de la vida cotidiana se organizan de una forma sistematizada de acuerdo con los tiempos productivos del capital, como bien menciona Weber (1991), se creó un tipo de personas completamente nuevas, orientadas al cumplimiento de tareas y objetivos, personas que trabajan de manera sostenida, bajo un horario y reglas impuestas.

Esta subordinación de las emociones no duró por mucho tiempo, esas condiciones de trabajo eran insostenibles para los trabajadores y de acuerdo con Illouz, es posible observar un cambio de paradigma a partir de la segunda década del siglo pasado, dando paso a una nueva forma de control, pasando la administración de los lugares de trabajo de la dominación de los capitalistas a la de los tecnócratas, se impuso una nueva ideología de la administración llevando a que “a diferencia de los capitalistas, a los que se había calificado con frecuencia de codiciosos y egoístas, en la nueva ideología de la administración el gerente aparecía como alguien racional, responsable y predecible, y como el portador de nuevas reglas de estandarización y racionalización” (Illouz, 2007).

Así los empleadores se dieron cuenta de que la productividad mostraba un aumento sustancial cuando hay un ambiente de trabajo que propicia el pleno desarrollo emocional de los trabajadores, conforme las economías de mercado se fueron orientando cada vez más hacia los servicios “un discurso científico relacionado ante todo con personas, interacciones y emociones resultó el candidato natural para el establecimiento del lenguaje de la individualidad en el ámbito de trabajo” (Ibid), lo que conduce a una explotación más eficaz de la fuerza de trabajo, surgiendo la idea de que los trabajadores felices son más productivos, más fáciles de adaptar a los cambios y más obedientes.

Esta nueva forma velada de dominación fue producto de la implementación de técnicas científicas, particularmente desde la psicología, que se adaptó a los intereses de los empresarios y que parecían “prometer nada menos que aumentar las ganancias, combatir los conflictos laborales, organizar relaciones no confrontativas entre gerentes y trabajadores, así como neutralizar las luchas de clases mediante su incorporación al lenguaje benigno de la personalidad y las emociones” (Ibid). La complejización del control emocional y sensorial de los

trabajadores por parte de los patrones y empresarios ha estado ligado al desarrollo de enfoques psicológicos que se hibridaron con la ciencia económica, logrando colocar al centro de las investigaciones las prácticas de consumo, el *marketing*, o el *coaching*, y al mismo tiempo las necesidades personales, como el tiempo de descanso, la conciliación entre trabajo y familia y por supuesto la felicidad.

La psicología humanista es un claro ejemplo de esto, particularmente la teoría de las motivaciones de Maslow, que en términos generales se constituye como una base de comprensión del comportamiento que, de acuerdo con Illouz, encajaba perfectamente con las exigencias empresariales del capitalismo de posguerra. Surgió entonces el denominado humanismo industrial, desde el que se proponía adaptar los puestos y las tareas de los trabajadores a sus necesidades motivacionales, afectivas y emocionales; los estudios mostraron que cuando se satisfacen estas necesidades la productividad y el rendimiento observaban una mejora sustancial llegando a la conclusión de que “el trabajo no debía considerarse como un simple medio de ganarse la vida, sino como un escenario de primer orden para satisfacer las principales necesidades humanas, desde las más básicas y sociales como la sensación de seguridad y de estabilidad, hasta las más altas y psicológicas como la felicidad o autorrealización personal” (Illouz & Cabanas, 2019).

Hasta aquí queda claro y en concordancia con el capítulo anterior, que la seguridad en el trabajo como un medio para el bienestar emocional es algo que los empleadores tenían muy claro, sin embargo, las reestructuraciones que se han dado en la esfera laboral han llevado a un abandono de estas prácticas positivas, tanto para los trabajadores como para las empresas. No concuerdo del todo con la idea anterior y pretendo mostrar que los síntomas del malestar mental y emocional, si bien fueron paliados en algún momento, son una condición propia de la explotación capitalista. Illouz ilustra muy bien como se proponen nuevos

modelos para mediar el paradigma naciente de relación entre trabajadores y empresas:

“Las organizaciones hoy deben asimilar la nueva realidad tratando a cada empleado como a una empresa. Este cambio impone el abandono de una serie de supuestos que han dominado la sociedad industrial, siendo el primero de ellos que el individuo buscó seguridad en el empleo, una idea nacida en la década de 1950 de la célebre «pirámide de las necesidades» de Abraham Maslow, que establecía el principio de que, antes de pensar en autorrealizarse, primero había que satisfacer esas necesidades fundamentales. Ahora bien, no solo esta tesis es discutible desde un punto de vista teórico (¿cómo explicar entonces que alguien arriesgue su seguridad para hacerse artista o para lanzarse a una nueva vida profesional?), sino que su interpretación en el campo del *management* –la empresa debe garantizar la seguridad primero y la autorrealización después- no se justifica. (Illouz & Cabanas, 2019).

Esta idea de hacer del trabajador un “empresario de sí mismo” ha sido tratada por muchos autores como Negri, Foucault, Byung-Chul Han y la misma Illouz, pero más allá de la teoría social ha sido desarrollada por las ciencias económicas y administrativas, funciona para comprender cómo mantener la unión entre trabajador y patrón, cuando estos ya no se comprometen con los empleados a darles seguridad, estabilidad y crecimiento laboral. Concebir a los trabajadores como una empresa conlleva la idea de que deben sobrevivir por sí mismos, crecer profesionalmente y prosperar económicamente en un mundo cada vez más globalizado, más competitivo y cambiante, lo que exige de ellos adaptarse a las nuevas condiciones del mercado, invertir constantemente en cursos de

actualización, volverse multitareas y bueno, ya mencioné algunas de las consecuencias que esto ha traído para la el bienestar mental.

Al parecer, las enfermedades que están marcando nuestra época, como son el estrés, la ansiedad, el *burnout*, la depresión, tienen mucho que ver con el control de nuestras emociones y nuestros cuerpos, Han menciona que estas enfermedades no surgen por la invasión de lo otro en nuestros cuerpos, lo cual provocaría una reacción inmunitaria, por el contrario estos malestares tienen como telón de fondo un exceso de positividad, una forma novedosa de control sobre nosotros que está ligado con nuestras emociones, con nuestros deseos y principalmente con nuestra felicidad, esta emoción tan compleja que se ha convertido en la culminación de los valores occidentales, las sociedades plenas e industrializadas han enarbolado la felicidad como su bandera.

El hallazgo de que nuestra felicidad está directamente relacionada con nuestros niveles de productividad, no se produjo por el beneplácito de los capitalistas y sus buenas intenciones para subsanar los “déficits, paradojas y contradicciones que caracterizan el mercado laboral actual” (Illouz & Cabanas, 2019), por el contrario se ha desarrollado como una manera más eficaz de controlar a los trabajadores, y de cargar sobre sus hombros la responsabilidad de adaptarse a las nuevas condiciones del trabajo, que las más de las veces son injustas, precarias, desiguales y con una clara tendencia al individualismo, fomentando la competitividad.

Actualmente la psicología, las neurociencias y el *coaching* son completamente funcionales al capital, suponen una serie de herramientas y técnicas con las que los trabajadores –al menos en el discurso- podrán adaptarse al contexto cambiante del mercado, combatirán el estrés, convertirán sus fracasos

en oportunidades y serán más competitivos y productivos. En palabras de Illouz, la entrada de las emociones a las empresas supuso una vuelta de tuerca ya que ahora “el éxito laboral ya no determina la felicidad del trabajador; más bien al contrario, es la felicidad del trabajador lo que determina el éxito en su vida profesional.

El discurso contemporáneo del *management* gira en torno a la idea de que los trabajadores más felices son autosuficientes, más autónomos, persiguen metas más difíciles, toman mejores decisiones, son más creativos, manejan mejor sus relaciones sociales, la felicidad se ha convertido en la antesala de mayor productividad y adaptación, pero sobre todo, nos dicen tienen una mayor resistencia al estrés, la ansiedad y el *burnout* (Illouz & Cabanas, 2019). Para concluir esta discusión en torno a la constitución del capitalismo como un régimen emotivo-sensorial, me gustaría mostrar las consecuencias negativas de esta positivización del mundo.

Byung-Chul Han sostiene que las enfermedades neuronales, como el llama a los trastornos mentales, que caracterizan el siglo XXI son producto de la positividad, “El que vive por lo mismo perecerá por lo mismo” nos dice citando a Baudrillard. La superproducción, el súper rendimiento y la súper comunicación generan una nueva forma de violencia, una violencia de la positividad, que se expresa en los cuerpos como una *abreacción digestivo-neuronal* (Han, 2012).

El empresario de sí mismo, sus proyectos, sus iniciativas y su motivación, reemplazan las prohibiciones, los mandatos y las leyes, la positividad del poder ha mostrado ser mucho más eficiente que la negatividad del deber, los eslogans que definen a los nuevos trabajadores son el *You can do it* y el *Yes, we can*, los trabajadores felices son más rápidos y productivos. “A la sociedad disciplinaria

todavía la rige el *no*. Su negatividad genera locos y criminales. La sociedad de rendimiento, por el contrario, produce depresivos y fracasados” (Han, 2012).

Las nuevas sociedades positivas no aceptan los sentimientos negativos, la depresión, la ansiedad y el estrés, son las consecuencias de vivir en una sociedad que se rige por el exceso de positividad. La identidad de los trabajadores ligada a la felicidad y al capital emocional, se ha constituido en razón de “la nueva ética del capitalismo, al *ethos* emprendedor de la cultura neoliberal, a la institucionalización del trabajo emocional en el ámbito laboral y las nuevas demandas de control, responsabilización y gestión del poder dentro de las empresas. Desde este nuevo marco, la felicidad se erige así como una condición *sine qua non* para adaptarse a los continuos vaivenes del mercado laboral y para sobrevivir y prosperar en condiciones de inestabilidad, precariedad e intensa competitividad” (Illouz & Cabanas, 2019).

Como es posible constatar, el capitalismo se constituyó a sí mismo como un sistema social de producción de mercancías que para lograr los fines de acumulación, se vale de la explotación de los trabajadores, pero en realidad es ante todo un sistema de gestión emocional y sensorial. Sostendré esta última idea desde una lectura de la obra de Simmel y Marx en la cual pretendo rastrear que desde su génesis el capitalismo surgió de esta manera.

3.2 Pensando la relación entre salud mental, cuerpo, emociones y capitalismo en la obra de Simmel

Tanto en la obra de Marx como en la de Simmel es posible rastrear las características de la modernidad capitalista constituida en forma de un régimen emocional y sensorial que violenta nuestra salud mental. Particularmente en la extensa obra de Simmel nos es posible observar cómo se articula la relación entre la vida en las grandes ciudades, las mercancías y la transformación de las estructuras mentales de las personas. Simmel nos menciona que cuando el dinero se instaura como un medio universal para los intercambios esta nueva forma de relacionarnos con los valores cualitativos de las cosas en términos cuantitativos conduce al surgimiento de personalidades tipo, mencionando para ilustrar sus ideas, por ejemplo, al avaro, el derrochador o el acumulador.

La relación que guardamos con el dinero es ambigua y complicada, por una parte su ausencia se constituye en un sentimiento de ansiedad, ya que es el medio que nos permite intercambiar comida y todos los bienes necesarios para la subsistencia, el tedio y el gozo; cuando se logra poseer puede generar una sensación de insatisfacción, la obtención de dinero como un fin en sí mismo puede ayudar a explicar el deseo de querer acumular más, de consumir más y de estar constantemente insatisfechos.

Simmel fue un testigo presencial de la aparición de las ciudades modernas y la explosión sensorial que supone caminar por sus calles, viendo letreros y escaparates; escuchando a los demás transeúntes, los automóviles, los vendedores, las radios; oliendo la comida, los mercados, el humo de los autos, etc. “Se podría decir que uno de los aspectos cruciales de la modernidad es una crisis continua de la capacidad de atención, en la que las configuraciones cambiantes del capitalismo continuamente fuerzan la atención y la distracción al

límite, con una secuencia incansable de nuevos productos, fuentes de estímulo y flujos de información, para después responder con nuevos métodos de dirigir y regular la percepción” (Crary en Sabido, 2019).

La vida desplegada en un contexto como lo es el de la ciudad genera un tipo particular de individualidad en los sujetos, cuya base sociológica es, según Simmel, la de la *intensificación del estímulo nervioso*, esta condición propia de la vida urbana constituye un distanciamiento de la vida rural y de campo, puesto que “tanto el ritmo de la vida, como aquel que es propio a las imágenes sensoriales y mentales, fluye de manera más tranquila y homogénea y más de acuerdo con los patrones establecidos” (Simmel, 1988) diferenciándose así del ritmo de la vida urbana.

La sobrecarga de estímulos sensoriales de la vida psíquica que impone el ritmo en las ciudades, y que se inserta no sólo en la personalidad sino además en los cuerpos a través de olores, sabores, sonidos, imágenes, sensaciones es un ataque constante, las más de las veces violento en contra de nuestros nervios. Con el cruce de cada calle, con el ritmo y diversidad de las esferas económicas, ocupacional y social, la ciudad penetra todos los ámbitos sensoriales de nuestros cuerpos, constituyendo nuestra personalidad, a este respecto Simmel tiene cuidado en aclarar que si bien hay un carácter *tipo* del ciudadano, éste existe en mil y una variantes diferentes de individuos. La mente moderna, nos dice el autor, se ha vuelto cada vez más calculadora, generando una reducción de los valores cualitativos en valores cuantitativos.

La vida moderna del ciudadano está definida por elementos de cálculo como por ejemplo el tiempo, en épocas de Simmel el empleo del reloj de pulsera hace las veces de tipo ideal para dar razón de dicha forma de racionalizar las

actividades de los individuos, hoy en día quizá, el reloj de pulsera no es ya una herramienta fundamental de la persona, esto debido a que en muchos espacios encontramos un reloj que nos permita conocer el tiempo, en el metro, el autobús, las salas de espera, las oficinas, los consultorios, la radio, los *smartphones*, las computadoras personales, el automóvil, prácticamente en todos los espacios encontramos ahora un aparato que nos permite, como dice Simmel, la integración imperativa de un agregado muy grande de personas con intereses diferenciados en un solo organismo altamente complejo (Simmel, 1988).

La moda es al igual que la cuantificación del tiempo, una muestra y ejemplo claro de la aceleración de las impresiones sensoriales que bombardean nuestra experiencia vital en las ciudades capitalistas, al respecto el sociólogo alemán se expresa de la siguiente manera:

Es específico de la vida moderna un tiempo impaciente, el cual indica no sólo el ansia de rápida mutación en los contenidos cualitativos de la vida, sino el vigor cobrado por el atractivo formal de cuanto es límite, del comienzo y del fin, del llegar y del irse. El caso más compendioso de este linaje es la moda ... (Simmel, 2014:37)

Podemos observar que en los dos ejemplos que traemos del diagnóstico simmeliano están cargados de un rasgo de impersonalidad propio de la modernidad, la insatisfacción, el cálculo constante y la saturación de la vida nerviosa debido a la sobrecarga de *imágenes momentáneas* que no conforman ya un panorama constante y permanente sobre el cual desarrollar nuestras vidas cotidianas.

El resultado para la personalidad de la vida en la metrópoli sería para Simmel el desarrollar una actitud o un carácter "*blasé*", una actitud de desinterés, de apatía, de indiferencia, un mecanismo de defensa ante el encuentro violento del mundo interno de los individuos y el mundo externo de la sociedad y las ciudades:

"Esta actitud resulta, en primer término, de los estímulos a los nervios tan rápidamente cambiantes y tan encimada mente contrastantes ... Al igual que una vida de goce descontrolado trae como consecuencia la indiferencia, por excitar los nervios durante demasiado tiempo provocando sus reacciones más fuertes hasta que, finalmente, se vuelven incapaces de reacción alguna, así también las impresiones más inofensivas, debido a la velocidad y contraposición de sus cambios, obligan a respuestas tan poderosas, desgarran los nervios de una manera tan brutal que los obligan a entregar la última de sus fuerzas y, al quedarse en el mismo ambiente, ya no tienen tiempo para acumular otras nuevas" (Simmel, 1988).

Para el análisis de Simmel debemos partir de una visión que trabaja en dos niveles, uno fisiológico, es decir, las consecuencias a nivel del cuerpo a través de la experiencia sensorial de los ciudadanos y el otro a nivel de la estructura social, ligado necesariamente a la economía monetaria. La actitud *blasé*, no es por lo tanto únicamente producto del estímulo a la vida nerviosa, sino que además posee una esencia de insensibilidad ante la diferencia de las cosas; una actitud internalizada, el capitalismo se introduce en nuestra psique y nos lleva a reducir el valor de todo a una medida de intercambio, en este caso el dinero, este: se convierte en el nivelador más atroz; el dinero expresa todas las diferencias cualitativas de los casos en términos de ¿Cuánto cuesta? Con toda su capacidad e indiferencia, el dinero se convierte en el común desarrollador de todos los

valores y vacía, irreparablemente, el centro de los casos, su individualidad (Simmel, 1988).

Aunado a la actitud *blasé* aparece un comportamiento social en el ciudadano, denominado por Simmel como “reserva”, otro mecanismo más de protección ante el vaciamiento de contenidos de la vida moderna, una actitud que nos inmuniza ante la posibilidad de vernos sujetos a una fuerte presión mental debida a la posibilidad de responder a todas las impresiones que se nos presentan en la vida cotidiana. El resultado de esta reserva puede observarse en que, a menudo ni siquiera conocemos de vista a nuestros vecinos que han vivido por años cerca de nuestras casas.

Si bien puede parecer que Simmel nos presenta una imagen desalentadora de la vida citadina, esto no es del todo cierto, puesto que el propio autor nos hace mención de que, si bien la reserva y la actitud *blasé* pueden parecer como conductas sociales negativas, estas son también mecanismos de defensa, respuestas de nuestros cuerpos que surgen frente a la lucha constante de los individuos contra la aceleración de la vida nerviosa, como bien lo podemos observar en el siguiente fragmento:

“Nuestra actividad psíquica todavía guarda la capacidad de reaccionar diferencialmente ante cada una de las impresiones que nos pueda causar una persona. El carácter cambiante, fluido e inconsciente de cada impresión parecería tener como resultado un estado de indiferencia. Sin embargo, esta indiferencia sería tan poco natural, como insoportable la indiscriminada difusión de sugerencias mutuas. La antipatía nos protege, precisamente de estos dos

peligros típicos de la metrópoli: la indiferencia y la extrema susceptibilidad a las sugerencias mutuas” (Simmel, 1988).

Bajo la luz de las ideas anteriormente expuestas podemos resumir que la vida en las modernas urbes capitalistas resulta en un embate constante contra nuestra vida nerviosa y nuestro sistema neuronal. Para muestra los siguientes casos, según datos de la Organización Mundial de la Salud, para el año 2020 la depresión será en México la principal causa de discapacidad, mientras que a nivel mundial se posiciona como la segunda causa. Titulares como: “*Depresión: la pandemia del siglo XXI*” (Bran, 2019), “México es deficitario en cuidar la salud mental” (Toche, 2019), o “¿Cómo vivo una vida productiva con depresión?” (Duque, 2019).

Las enfermedades neuronales como la depresión, la ansiedad, el estrés, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno límite de la personalidad, el síndrome de desgaste ocupacional o el *burnout*, “consisten en estados patológicos atribuibles a un *exceso de positividad*” (Han, La sociedad del cansancio, 2012). Esta forma de violencia es resultado del estilo de vida propia de las sociedades capitalistas de consumo, que construyen al sujeto en base a su capacidad de producir, de rendir y de consumir.

El cuerpo expuesto a multiplicidad de estímulos nerviosos y la personalidad constituida alrededor de las ideas del éxito personal y el reconocimiento social del rendimiento, se conjugan para configurar al sujeto depresivo de las sociedades contemporáneas, el agotamiento, la fatiga, la sensación de asfixia, la ansiedad, el desinterés, son algunos de los síntomas propios de la exposición a la violencia neuronal inmanente al sistema social capitalista.

Como hemos estado sosteniendo el problema de la salud mental ligada a las condiciones sociales que imperan en la modernidad capitalista, representa un problema cada vez más importante, consideramos que la propuesta de Chul Han abre ciertas posibilidades de comprensión para, en el mejor de los casos, encontrar una explicación y de no ser posible esto, al menos generar un espacio de debate y discusión frente a un problema en franco crecimiento. Cabe mencionar que en México la tasa de diagnósticos únicamente de depresión casi se ha duplicado en solo 4 años, según datos del INEGI para el 2014 la tasa de depresión por cada cien mil habitantes era de 58.13, para el 2017 año de los últimos datos con que se cuentan la tasa subió a 99.96 casos (INEGI, 2017).

Otro ejemplo que nos causa asombro es el número de defunciones por suicidios, en el año de 1994 se registraron un total de 2,603 suicidios, ya para el año de 2017 se tiene un registro de 6,559 casos; representando el 8.2% del total de muertes violentas registradas en el país (INEGI, 2017). Si bien conocemos que no todos los suicidios son originados por una enfermedad mental, este indicador nos permite mostrar cómo es que se han dañado los sistemas del reconocimiento social y cómo los sujetos están siendo expuestos a violencia neuronal.

Así mismo, por lo menos el 32.5% de la población mayor a 12 años ha presentado en algún momento de sus vidas sentimientos de tristeza o depresión, dejándonos ver que este es un problema grave. Si bien estos datos son únicamente un elemento que buscamos introducir para mostrar la pertinencia del debate contemporáneo sobre la salud mental.

Nos hallamos frente a un panorama nuevo y muy cambiante, sin lugar a duda el papel social que ocupa el sujeto diagnosticado con una enfermedad mental ya no es igual al que ocupaba hace algunas décadas, para ejemplificar lo

anterior podemos mencionar que hace algunas décadas el comportamiento de un homosexual o un drogadicto era considerado como síntoma de una enfermedad mental (Becker, 2014).

Hoy en día se busca hacer al enfermo mental un sujeto funcional al sistema económico y social, el discurso actual gira en torno a desmontar el velo que constituye al enfermo mental como un sujeto estigmatizado socialmente que no puede interactuar de manera *normal*. Se pretende normalizar la enfermedad mental como cualquier otra enfermedad, que puede ser diagnosticada, tratada y curada, así mismo, se hace notar que cualquier persona puede padecer en algún momento de su vida una enfermedad mental y que esto no lo vuelve un outsider.

3.3 Pensando la relación entre salud mental, cuerpo, emociones y capitalismo en la obra de Marx

A lo largo de su obra, Marx logra tejer una narrativa respecto a los sentidos-emociones y cuál ha sido su función para el desarrollo y constitución del capitalismo. Es posible considerarlo como un pionero del estudio crítico de las relaciones entre cuerpos, emociones y sociedad. Vamos a rastrear esta narrativa en diversos espacios de la obra de Marx empezando con los Manuscritos, las reflexiones del autor van mucho más allá de ser una simple crítica económica del funcionamiento del capitalismo, ya que abarcan hasta los aspectos más profundos de la subjetividad y la experiencia, como dice Fromm: “La crítica principal de Marx al capitalismo no es la injusticia en la distribución de la riqueza; es la perversión en un trabajo forzado, enajenado, sin sentido, que transforma al hombre en un ‘monstruo tullido’” (Fromm, 1966).

Marx y su enfoque materialista ofrecen una explicación social de cómo los sentidos y las emociones se transforman según el momento histórico de la actividad humana, Scribano siguiéndolo nos menciona que “lo biológico de los cuerpos es el resultado de un conjunto de heredades (filogenética y ontogenéticamente constituidas) moldeadas por la “humanización” de los sentidos entendiendo por tal proceso a los resultados de la praxis (haceres, saberes y sentires) que configuran lo social (Scribano, 2013). Esta idea queda expresada igualmente por el propio Marx: “El hombre se apropia su esencia universal de forma universal, es decir, como hombre total. Cada una de sus relaciones humanas con el mundo (ver, oír, oler, gustar, sentir, pensar, observar, percibir, desear, actuar, amar), en resumen, todos los órganos de su individualidad, como los órganos que son inmediatamente comunitarios en su forma, son, en su comportamiento objetivo, en su comportamiento hacia el objeto, la apropiación de éste” (Marx, 2010).

Para Marx los humanos se afirman en el mundo objetivo con todos los sentidos y esta experiencia, cuando se da a través de la propiedad privada, está dañada, las personas se “convierten más bien en un objeto extraño e inhumano, del hecho de que su exteriorización vital es su enajenación vital y su realización su desrealización, una realidad extraña” y según sus propios argumentos, el superar esta forma fetichizada de relacionarnos a través de objetos significaría la posibilidad de una reapropiación sensible de la esencia y de la vida, de nuestra humanidad. La expropiación que ejecuta el capitalismo de nuestras emociones y nuestros sentidos implica una manera sistemática de negar la vida, como base de un sistema económico y social que se orienta, como vía para la ganancia, hacia la muerte.

La forma que emplea el capital para regular nuestros afectos y sensaciones pasa primero que todo por una explotación sistemática de la energía “es la primer

manifestación de un hacer-al-hombre- a imagen y semejanza del capital entendido como trabajo acumulado” (Scribano, 2013), debemos entender por lo tanto que el capitalismo “es mucho más que cualquier otro régimen de producción, una dilapidadora de hombres, de trabajo vivo, una dilapidadora no sólo de carne y sangre, sino también de nervios y cerebro” (Marx C. , 1973). El trabajo vivo es la fuente de la que brota la plusvalía, los trabajadores invierten una cantidad de energía durante sus jornadas laborales y a cambio recibe una remuneración económica, de esta manera el capitalismo entra de lleno a nuestras emociones, el ascetismo, la renuncia y la abstención, junto a sus contrapartes el lujo, derroche y desenfreno se han convertido en formas de placer mercancía, en la fuerza de la mercantilización de la vida, el consumo y el ahorro son los soportes vitales del capital y su base no es otra que las emociones humanas.

El orden sensorial que impone el capitalismo está en estrecha relación con el trabajo, este impone condiciones que, por ejemplo, en los albores de la industrialización, eran las más de las veces de total insalubridad, con humedad, polvo, oscuridad y respiración de gases, hoy en día este régimen de condiciones del trabajo se sustituye por largas jornadas sentados frente a la computadora, lo que impone igualmente una nueva sensorialidad, las molestias olfativas son sustituidas por dolores lumbares y ardor ocular. Un caso extremo de la apropiación de la energía y de la explotación de los cuerpos en pro de la acumulación ya ha sido nombrado en el capítulo anterior, cuando de forma muy breve mencione el *karoshi* o muerte por exceso de trabajo, esto no es nuevo en lo absoluto y Marx nos muestra un ejemplo de ello con el caso de Mary Anne Walkley:

“En las últimas semanas del mes de junio de 1863, toda la prensa de Londres publicaba una noticia encabezada con este epígrafe "sensacional": "Death from simple Overwork" ["Muerta por simple exceso de trabajo"]. Tratábase de la muerte de la modista Mary Anne

Walkley, de veinte años, empleada en un honorabilísimo taller de modistería de lujo que explotaba una dama con el idílico nombre de Elisa. Gracias a ese episodio, se descubría como cosa nueva la vieja y resabida historia de las pobres muchachas obligadas a trabajar, un día con otro, 16 horas y media, y durante la temporada hasta 30 horas seguidas sin interrupción, para lo cual había que mantener muchas veces en tensión su "fuerza de trabajo", cuando fallaba, por medio de sorbos de jerez, vino de Oporto o café. Estábamos precisamente en lo más álgido de la temporada. Había que confeccionar en un abrir y cerrar de ojos, como si fuesen obra de hadas, aquellos vestidos maravillosos con que las damas nobles iban a rendir homenaje, en una sala de baile, a la princesa de Gales, recién importada.

Mary Anne Walkley llevaba trabajando 26 horas y media seguidas con otras 60 muchachas, acomodadas en dos cuartos que no encerrarían ni la tercera parte de los metros cúbicos de aire indispensable para respirar; por las noches, dormían de dos en dos en una cama instalada en un agujero, donde con unos cuantos tabiques de tabla se improvisaba una alcoba. Y este taller era uno de los mejores talleres de modas de Londres. Mary Anne Walkley cayó enferma un viernes y murió un domingo, sin dejar terminada, con gran asombro de su maestra Elisa, la última pieza. El médico Mr. Keys, a quien llamaron junto al lecho mortuario cuando ya era tarde, informa ante el "Coroner's Jury", con palabras secas: "Mary Anne Walkley murió por exceso de horas de trabajo en un taller abarrotado de obreras y en una alcoba estrechísima y mal ventilada." (Marx, 1982).

En la crítica que Marx realiza al sistema capitalista, viéndolo como un todo social y no únicamente como una forma económica, podemos observar las afectaciones

que acentúan la contradicción entre las fuerzas productivas y los medios de producción. Nos narra que en el año de 1864 fue promulgada la “Ley Fabril”, su pronunciamiento es el resultado de la pauperización de la salud de los obreros. Las pésimas condiciones en las que se desarrollaba el trabajo en aquella época llevaron a Marx a decir que las enfermedades del trabajo como la tuberculosis y otras enfermedades pulmonares son la condición de vida del capitalismo (Marx K., 1982). Basados en lo anterior cualquier persona podría decirnos que hoy en día nadie muere por tuberculosis, que las condiciones en que se desarrolla el trabajo en el capitalismo contemporáneo ya no son las mismas que las que se mantenían en las fábricas en el siglo XIX, que los avances en la ciencia, en las leyes y en la técnica permiten que ahora las personas nos desarrollemos de una manera más plena y que cuando encontremos el trabajo de nuestros sueños, será como si no trabajáramos.

La idea anterior podría ser refutada por el propio Marx bajo la premisa de que el trabajo bajo su forma abstracta cosifica por completo a las personas, por ejemplo en trabajos donde se llevan a cabo actividades mecanizadas y repetitivas ya podía observar cómo se afecta en gran medida al sistema nervioso, “al ahogarse el juego variado de los músculos, al confiscarse la libertad espiritual y física de los trabajadores” (Marx K., 1982). Debemos agregar además que las nuevas formas en que se desarrolla actualmente el trabajo abstracto no se bastan con imponer una ética del trabajo, sino que ahora atrapan además las emociones y la sensorialidad de todos nosotros reduciendo éstas a meros valores de cambio.

Es importante señalar además de lo anterior, que el capitalismo no es solo un sistema económico, sino que además, es un sistema político y social, que configura nuestras subjetividades, que transforma de manera total la forma en que nos desarrollamos, en que convivimos, dicta nuestros usos del tiempo, modifica nuestros sentidos, nuestra moral y nuestra ética. Podemos decir que busca totalizar todos los aspectos de la vida con la pretensión de reducirnos a valor de

cambio y volvernos completamente funcionales a su lógica mercantil. Así que no tanto Marx como Simmel y otros autores observaron en el desarrollo de la modernidad capitalista una violencia sin precedentes contra nuestra vida nerviosa, una *violencia neuronal* como la nombra Chul-Han y es precisamente esta violencia la que nos llama hoy a reflexionar en torno a aquello que ya veía Marx en el siglo XIX, que el capitalismo es: mucho más que cualquier otro régimen de producción, una dilapidación de hombres, de trabajo vivo, *una dilapidación no sólo de carne y sangre, sino también de nervios y cerebro (Marx, 1982).*

Volviendo al punto anterior, pensar que el capitalismo contemporáneo ya no nos esta matando con enfermedades respiratorias, ahora violenta con enfermedades que se originan en nuestros sistemas nervioso y neuronal, el estrés, la depresión, la ansiedad son las condiciones en que se desarrolla el trabajo en el capitalismo. Y al igual que con la ley fabril de 1864, la Norma Oficial Mexicana 035 promulgada en 2018 y que pretende obligar de forma legal a los empleadores a analizar, identificar y prevenir los factores de riesgo psicosociales que se desarrollan en el trabajo, no hace más que corroborar que el trabajo abstracto nos esta enfermando y que no importa el estado de desarrollo de la técnica, la mejora de las condiciones en que se lleva a cabo, o las leyes que nos protejan, el problema es de fondo y su resultado son las afectaciones a la salud como la condición propia del capitalismo, volviendo a las ideas de Marx, el capitalismo tiende a destruir sus dos fuentes de riqueza: la naturaleza y el ser humano.

Basándonos en la propuesta sociología presente tanto en Marx como en Simmel, de que las personas hacemos nuestra propia historia, pero no la hacemos bajo circunstancias que nosotros elijamos ya que somos socializados dentro de formas sociales y económicas que nos constriñen. Por ello podemos hablar de que la violencia neuronal y las enfermedades mentales resultado de esta son formas cristalizadas del momento de la civilización que nos ha tocado vivir pero que somos nosotros quienes les podemos poner un

alto, nosotros podemos ser esa crisis del capital en la que no somos solo víctimas de esa violencia, sino que luchamos para romper con ella, con el capitalismo, que en su búsqueda incesante por obtener beneficios, nos está matando.

Sirvámonos de un par de ejemplos para mostrar la validez de los postulados de Marx en términos de una sociología crítica de las emociones y los sentidos. Un artículo titulado “Gestionar las emociones en la oficina” (Fernández, 2015) ofrece a sus lectores una serie de estrategias con las que puedan, según su postura, manejar y controlar las situaciones que impliquen una gran carga emocional y afectiva; en las primeras líneas del artículo el autor nos dice: “Es bien conocido que reprimir las emociones es muy perjudicial para la salud, tanto mental como también física. Pero, por el contrario, en el ambiente profesional, saber controlar las emociones es crítico, y no sólo para las personas que trabajan directamente con los clientes, ya que, sino, pueden afectar nuestro trabajo, nuestro rendimiento, la calidad de nuestro desempeño, con funestas consecuencias profesionales” (Ibíd.).

La contradicción es implícita y como es bien conocido, los lugares de trabajo son espacios de mucho estrés para las personas, por lo tanto exigir un control de sus emociones (*emotional labour*) implica una serie de consecuencias para la salud, los consejos y estrategias que se ofrecen en el texto son: intenta mantener la calma en todo momento, tómate tu tiempo en tomar conciencia de tus emociones, piensa antes de actuar, controla tus impulsos al expresarte, si sientes la necesidad de exteriorizar tu descontento (llorar, maldecir...) lo mejor es alejarse y hacerlo en privado, plantea un objetivo positivo, ante excelentes noticias (promociones, aumento de sueldo...) recuerda que estás en la oficina y que es conveniente guardar compostura, práctica una tecla de “borrado emocional”.

Con el caso anterior me parece que ya queda en evidencia la idea central de que estamos ante un sistema económico y social que pretende gestionar por completo nuestras vidas, ahora veamos otro caso en el que se propone “domar” los sentidos para lograr ser más productivos. El artículo tiene por nombre “Entorno de trabajo con los cinco sentidos: oído y olfato también” (PeopleFirst, 2018), en este se menciona que en el ambiente laboral los ruidos nos distraen, los olores nos hacen reaccionar y la vista se nos va enseguida. Según el texto, en los talleres en que se llevan a cabo tareas muy mecánicas es común que la radio se encuentre sonando, por el contrario los espacios que requieren una mayor concentración, se encuentran en silencio, esto se debería en sus palabras a que “la música dificulta la labor de pensar y ¡que es aún peor cuando suena tu canción favorita!”, tanto el exceso de ruido, como el exceso de sonido son perjudiciales para los trabajadores, el primero porque genera dificultad en la concentración y el segundo porque produce ambientes oprimientes, en el artículo se propone que en las oficinas se utilice música relajante de fondo, así como el que se dediquen las mañanas al silencio y las tardes a las actividades productoras de ruido, también que los trabajadores más sensibles utilicen cascos anti-ruido, la creación de áreas aisladas en las que bien se pueda hacer ruido o trabajar en completo silencio.

La segunda propuesta sensorial radica en el olfato, el surgimiento del marketing olfativo tiene la finalidad de crear un aroma corporativo que genere bienestar e identificación de marca, el aroma que se perciba durante tantas horas de trabajo “ha de ser útil, no puede provocar a la larga rechazo o dolor de cabeza”, tiene que emplear ingredientes que evoquen los valores de la empresa. En el artículo se menciona que en un edificio de oficinas de Barcelona se instalaron dispositivos que liberan suavemente un aroma “expresamente creado para hacer sentir a gusto a los empleados” y que la aromaterapia es una forma interesante de potenciar la productividad (PeopleFirst, 2018)

La cosificación del cuerpo y las relaciones sociales sale de las fábricas y talleres, se extiende hacia cada persona bajo la forma del dinero, este medio de intercambio se convierte en la potencia por excelencia, y según Sabido (2019) produce la existencia sensible de los deseos, es la deidad visible del capitalismo que permite la constitución de jerarquías sensoriales. De esta manera la clase trabajadora es referida como mano de obra y su ser social se reduce a la posibilidad que tienen de ejercer sus sentidos y emociones en favor de la valorización del valor, mientras que las clases dominantes se distinguen a sí mismos por su sensibilidad, por sus gustos refinados y exigentes hacia la música, la literatura o la pintura (Sabido, 2019). El régimen sensorial y emotivo del capital se constituye a través de las propias contradicciones que ha generado.

Cuando las relaciones sociales se dan bajo la forma de relaciones entre cosas, surge un sentimiento de extrañamiento de uno mismo y del mundo, Marx nos ofrece el concepto de alienación para establecer el distanciamiento entre los productores y los productos de su trabajo, la relación alienada consiste en “que los productos escapan al control de los productores, actúan en la sociedad con independencia e incluso en contra de éstos y se constituyen a veces frente a ellos en un poder enemigo” (Rodríguez, 2005).

La alienación está relacionada directamente con el proceso del trabajo, ya que en el capitalismo es externo al trabajador y éste experimenta su actividad productiva insatisfactoria, extraña y desvalorizante, “la naturaleza potencialmente creativa de la labor humana, la que distingue a los humanos de los animales, es negada a los trabajadores” (Ibíd.) lo que conduce a un estado de alienación de sí mismo, de las instituciones sociales y de las demás personas. La persona alienada se presenta como alguien solitario, aislado, que evita el contacto con los otros y experimenta incluso sentimientos de odio, la forma extrema de la

alienación se presenta en la criminalidad y los trastornos mentales; una persona enajenada no tiene metas, ha extraviado el sentido de su propia vida (Ibíd.)

Un ejemplo que encontramos en Marx respecto a esta alienación de las emociones está presente en su trabajo sobre el suicidio, en el que busca “traducir al público de lengua alemana los resultados sociales del capitalismo triunfante en París” (González en Sabido, 2019), en este ensayo Marx narra la historia de una joven que se suicidó arrojándose al río Sena a consecuencia de los celos de su marido. Según narra Sabido citando a Marx, el esposo sufrió una enfermedad que lo había vuelto encorvado y deforme a raíz, de su enfermedad él se volvió extremadamente celoso, al respecto Marx concluye que: La infortunada mujer fue condenada a la esclavitud más intolerable y la esclavitud que practicaba el señor M...sólo tenía como sustento [...] el derecho de propiedad, protegido por una situación social que transforma el amor independiente de los libres sentimientos de los amantes y autoriza al marido celos a andar por ahí con su mujer, como el avaro con su bolsa, como si forma parte de su inventario (Marx en Sabido, 2019).

La forma en que Marx va construyendo un relato sobre la apropiación de nuestros cuerpos y emociones por parte del capital, me parece que no es para nada central en su propuesta teórica, sin embargo, se vale de estos recursos y ejemplos para darle contenido y anclar su propuesta empíricamente, un estudio mucho más detallado de sus aportes para el campo de la sociología de las emociones y para la de la salud mental supondría por sí mismo un tratado bastante amplio y no es menester de esta investigación, considero entonces que queda, si no total sí suficientemente constituida una imagen general del capitalismo como un régimen corporal y emocional que nos afecta de una u otra forma a todas y todos.

CONCLUSIONES

En esta tesis se abordó en términos muy generales una parte de la sociología de la salud mental, un campo de estudio que ha sido poco estudiado desde la sociología tanto en México, como en Latinoamérica. Esta es una de las primeras observaciones de las que es importante hacer mención: la falta de producción de conocimientos tanto teóricos como empíricos en el área de la sociología de la salud mental, puesto que la mayoría de las investigaciones se han llevado a cabo en Estados Unidos y Europa, lo cual demuestra, que hay muy poca literatura especializada o especialistas en la materia, al menos para el caso de México, indudablemente existe un espacio importante para que los sociólogos desarrollen sus saberes en esta área.

¿Cómo afecta negativamente el trabajo sobre la salud mental? Esta pregunta ha guiado todo el camino de esta investigación, la respuesta no es sencilla y presenta un sesgo, ya que en principio el trabajo tal como se ha configurado en las sociedades capitalistas, no significa necesariamente una variable negativa para la salud mental, por el contrario, se puede convertir en un elemento de importancia para el bienestar. Una sociedad que se constituye, entre otros, sobre el principio del éxito, logra consagrar el trabajo en un lugar privilegiado al ser un sinónimo de dicho éxito, como pudimos ver en el segundo capítulo, el desempleo es un factor de riesgo muy importante para la salud mental, los desempleados se sienten inseguros, inútiles, no son considerados miembros exitosos de la sociedad.

Que el trabajo se haya constituido como un elemento central de la vida en las sociedades capitalistas implica la autorreproducción del sistema social, por lo tanto, a pesar de la tesis posmodernas que apelan por la pérdida de su centralidad, el trabajo sigue siendo un elemento fundamental de la vida, fin y medio para lograr los objetivos de seguridad financiera, de identidad y pertenencia con el mundo. En otras palabras, el trabajo puede ser un elemento positivo para la

salud mental, la sensación de certidumbre que puede brindar es fundamental para el bienestar psicológico.

Sin embargo, como ya lo vimos, no todo es positivo, el trabajo bajo su forma capitalista, no es más que explotación, los empleados son reemplazables, su creatividad prescindible, sus opiniones indignas de ser escuchadas. Los lugares de trabajo se han convertido en espacios que propician solo una cosa, la apropiación de la plusvalía, no importa si es un gran corporativo, un pequeño taller o una fábrica transnacional, la explotación del trabajo es un común denominador.

Al momento de estar redactando estas últimas líneas, la pandemia ocasionada por COVID-19 sigue causando estragos en el mundo, el consumo de antidepresivos, según diversos medios, se encuentra en aumento y las consecuencias del desdibujamiento de las líneas divisorias entre trabajo y hogar aún no se han medido, pero pueden ser catastróficas, los niveles de ansiedad y estrés que esto generará seguramente nunca antes se han visto. La salud mental se convertirá en uno de los mayores desafíos para empleados y empleadores.

El primer objetivo que se planteó en esta investigación fue el de elaborar un estado del arte respecto a la sociología de la salud, esto con la intención de dar cuenta al lector de las vicisitudes presentes en esta área del pensamiento sociológico, un acercamiento general a la relación entre sociología y ciencias médicas, me permitió posteriormente poder desglosar la sociología de la salud mental como un subcampo específico de especialidad. Considero que el objetivo se logró, sin embargo, una investigación más a fondo valdría la pena, para conocer todos los por menores de dicha área de conocimiento, ello permitiría realizar otras investigaciones desde una comprensión más compleja.

Respecto al segundo objetivo, se logró construir un acercamiento relacional entre el carácter cambiante del trabajo y las repercusiones que esto tiene en la salud mental, desde algunas corrientes propiamente sociológicas y desde otras perspectivas desde las que se sostiene un diálogo con las ciencias sociales. Los resultados de las investigaciones arrojan datos alarmantes sobre los factores de

riesgo que se pueden encontrar en los lugares de trabajo, como sobre los trastornos que se caracterizan por tener, en parte, su etiología en el trabajo.

Como tercer objetivo me propuse describir cómo se constituye el capitalismo a modo de un sistema emocional y sensorial y rastrear las posibilidades teóricas de un acercamiento a la problemática de la salud mental en las obras de Marx y de Simmel. Como se puede observar en el tercer capítulo y aunque me hubiera gustado buscar más ejemplos, las propuestas de los dos sociólogos alemanes pueden ser concebidas como precursoras de la actual sociología de la salud mental, si bien no encontramos una preocupación central a lo largo de sus estudios, si es posible rastrear los resquicios de que al menos llegaron a observar la relación entre la psique y la consolidación de un estilo de vida basado en la explotación capitalista.

En términos particulares se puede concluir que se cumplieron los objetivos que se plantearon al inicio de la investigación. Me gustaría realizar una última reflexión general sobre el tema central que es la relación entre el trabajo y la salud mental que sirva además a modo de conclusión final.

Los desafíos que el trabajo está poniendo sobre la salud mental son cada vez mayores, muchos factores estresantes se han vuelto cotidianos en los lugares de trabajo, las largas jornadas, las finanzas inciertas, los estándares de rendimiento, las actividades tediosas y rutinarias, las altas cargas de trabajo o las presiones constantes son solo algunos ejemplos.

Los problemas de salud mental que se generan en el trabajo pueden tener impactos negativos sobre el bienestar personal, familiar y profesional de los trabajadores. La problemática se encuentra puesta sobre la mesa, sin embargo, la salud mental se continúa viendo como algo contingente rodeada de tabúes y desinformación. El acceso a la prevención y tratamiento es deficitario en la mayoría de países del mundo y las personas encuentran en la medicación una salida fácil y oportuna.

Es evidente que muchas variables relacionadas a la situación laboral pueden ejercer un influjo negativo o positivo sobre la salud mental, tanto el ser empleado o desempleado, el nivel de estudios, el género, la raza, la edad, o el régimen de contratación bajo el que se labora. De manera global y basado en las investigaciones que se citaron, se puede mencionar que la mayor prevalencia de trastornos mentales se presenta en las mujeres frente a los hombres. Las personas que viven en condiciones socioeconómicas desfavorables presentan igualmente un estado precario de salud mental, así mismo ocurre con los trabajadores que están divorciados y con los que dicen contar con poco apoyo social.

Las personas desempleadas, en baja laboral y jubiladas son igualmente grupos de riesgo en los que la prevalencia de trastornos es alta. Tener una contratación precaria (*outsourcing*, temporal, tiempo parcial) está asociado con mayores niveles de estrés, así como quienes presentan alguna enfermedad crónica o limitación física. Solo por mencionar algunos datos, como bien lo tiene contemplado la OMS, la crisis de salud mental que se avecina tendrá consecuencias graves, que aún no podemos vislumbrar.

Romper los pactos de productividad y ganancias impuestos por el capital sobre nuestra salud es imprescindible, así como una discusión a ras de piso sobre la salud mental, colocar el problema como una situación cotidiana que puede afectar a cualquier persona durante su vida laboral debe ser un reto importante para la salud pública. Las organizaciones laborales sólo atienden la situación cuando ésta afecta sus ganancias, pero ¿realmente vale la pena perder nuestra paz mental y nuestra salud por un salario? Mi respuesta inmediata es que no, sin embargo, ¿cómo cambiamos esta organización del trabajo, en la que solamente podemos obtener nuestros medios para subsistir a través del mercado capitalista?

Debemos pensar en que otra realidad es posible, en que nos podemos organizar de otra forma para sobrevivir como seres humanos con dignidad, en igualdad de condiciones y oportunidades, cuidando nuestra salud por sobre cualquier interés capitalista.

BIBLIOGRAFÍA

- Alastruey, J., & Gómez, M. (2012). *Herramientas frente a los riesgos organizativos y la violencia laboral*. Madrid: Observatorio Vasco de Acoso Moral.
- Álvarez, G., Castaño, C., & Pérez, O. (2017). Engagement y/o intensificación del trabajo ¿opción y/o obligación? *Política y Sociedad*, 711-736.
- Aneshensel, C., & Phelan, J. (1999). *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Nueva York: Springer.
- Antunes, R. (2005). *Los sentidos del trabajo. Ensayo sobre la afirmación y la negación del trabajo*. Buenos Aires: Ediciones Herramienta.
- Aragüés, R. (2013). Apuntes sobre la teoría del valor de Marx. *Cuaderno de Materiales*, 5-24.
- Artous, A. (2018, Julio 17). *Revista Intersecciones* . Retrieved from La actualidad de la teoría del valor de Marx: A propósito de “Tiempo, trabajo y dominación social”, de Moishe Postone:
<https://www.intersecciones.com.ar/2018/07/17/la-actualidad-de-la-teoria-del-valor-de-marx-a-proposito-de-tiempo-trabajo-y-dominacion-social-de-moishe-postone/>
- Balarezo-López, G. (2018). Sociología médica: origen y campo de acción. *Salud Pública*, 265-270.
- Barbas, S. (2018). *Sin Permiso*. Retrieved 07 10, 2020, from Derecho a la Salud: La vigencia del análisis crítico de Marx ante las desigualdades:
<https://www.sinpermiso.info/textos/derecho-a-la-salud-la-vigencia-del-analisis-critico-de-marx-ante-las-desigualdades>
- Becker, H. (2014). *Outsiders: Hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Becker, H. (2014). *Outsiders: Hacia una sociología de la desviación* . Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Becker, H. (2017). *Cómo fumar marihuana y tener un buen viaje: una mirada sociológica*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Becker, H., Blanche, G., Hughes, E., & Strauss, A. (1977). *Boys in White. Student Culture in Medical Sociology*. Chicago: University of Chicago Press.

- Bhaskar, R. (2011). *Reclaiming Reality. A Critical Introduction to Contemporary Philosophy*. London: Routledge. Taylor and Francis Group.
- Blackwell, E. (1902). *Essays on Medical Sociology*. Londrés: Ernest Bell.
- Breilh, J. (1991). El marxismo en la defensa y la transformación de la vida. Breves reflexiones acerca de sus aportes teóricos-prácticos en el campo de la salud. In O. Betancourt, J. Breilh, A. Campaña, & E. Granada, *Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras*. Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara.
- Briceño-León, R. (2003). Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 33-45.
- Brown, G., & Harris, T. (2011). *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women*. London: Routledge. Taylor and Francis Group.
- Brun, E., Milczarek, M., & al., e. (2007). *Experto forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
- Burke, R. (2003). Survivors and victims of hospital restructuring and downsizing: who are the real victims? *International Journal of Nursing Studies*, 903-909.
- Cantó, N. (2003). Las relaciones intelectuales entre Karl Marx y Georg Simmel: Un diálogo sobre la naturaleza humana y la teoría del valor. *Acta sociológica*, 123-147.
- Collantes, M. &. (2012). *La salud mental de las y los trabajadores*. Madrid: Wolters Kluwer España.
- Díaz, J. (2012). Patología Psiquiátrica en el Medio Laboral. In O. V. Moral, *La salud mental de las y los trabajadores* (pp. 129-140). Madrid: La Ley.
- Duarte, E. (1994). La importancia del estudio de la sociología médica: un texto del siglo XIX. *Llull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*, 313-323.
- Durkheim, E. (2014). *El suicidio*. Ciudad de México: Grupo Editorial Tomo.
- Elias, N. (2010). *La soledad de los moribundos*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Engels, F. (1965). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Buenos Aires: Editorial Futuro.
- Fajardo, G. (2004). La expresión medicina social surgió en 1848, reemergió en la tercera década del siglo XX. ¿Qué es la medicina social en el siglo XXI? *Revista de la Facultad de Medicina*, 256-257.
- Farris, R., & Dunham, W. (1939). *Mental Disorders in Urban Areas*. Chicago: Chicago University Press.
- Fernández, A. (2015, Septiembre 14). *Escuela de Organización Industrial*. Retrieved Noviembre 4, 2020, from Cómo sobrevivir en la oficina: <https://www.eoi.es/blogs/alfredo-fernandez-lorenzo/2015/09/14/gestionar-las-emociones-en-la-oficina/>
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2016). *Enfermedad Mental y Psicología*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2019). *Historia de la locura en la época clásica*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Fox, R. (1985). Reflections and Opportunities in the Sociology of Medicine. *Journal of Health and Social Behavior*, 6-14.
- Fromm, E. (1966). *Marx y su concepto del hombre*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica .
- García, E., Martínez, I., & Salanova, M. (2000). *El trabajo emocional: concepto y prevención*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España.
- Garfinkel, H. (2006). *Estudios en Etnometodología* . Barcelona: Anthropos.
- Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gorvett, Z. (2016, Octubre 9). *BBC News*. Retrieved 11 10, 2020, from Mundo: <https://www.bbc.com/mundo/vert-cap-37391172>
- Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio* . Barcelona: Herder Editorial.
- Harvey, D. (1998). *La Condición de la Posmodernidad. Investigación sobre los orígenes del cambio cultural*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Hochschild, A. (2008). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Holloway, J. (2011). *Agrietar el Capitalismo. El hacer contra el trabajo*. Buenos Aires: Ediciones Herramienta.
- Horkheimer, M. (1988). La Situación Actual de la Filosofía Social y las Tareas de un Instituto de Investigación Social. In M. Horkheimer, & A. Schmidt, *Gesammelte Schriften* (pp. 20-35). Frankfurt am Main: Fischer.
- Horton, R. (2017). Offline: Medicine and Marx. *The Lancet*, 2026.
- Illouz, E. (2007). *Intimidades congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Buenos Aires: Katz Editores.
- INEGI. (2017). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Retrieved from Salud y Seguridad Social :
https://www.inegi.org.mx/temas/salud/default.html#Informacion_general
- INEGI. (2020). *ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA DEL TRABAJO*. INEGI.
- Janssen, D., & Nachreiner, F. (2004). Health and psychosocial effects of flexible working hours. *Revista Saúde Pública*, 11-18.
- Kalberg, S. (2013). La sociología weberiana de las emociones: un análisis preliminar. *Sociológica*, 243-260.
- Katz, C. (2002). La actualidad de la teoría objetiva del valor. *Laberinto*, 1-17.
- Kindelán, F. (2013). Carlos Marx y las prácticas de los cuidados de enfermería en la sociedad. Percepción cubana. *MEDISAN*, 2039-2052.
- Levinson, D., & Gallagher, E. (1964). *Sociología del enfermo mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lewontin, R., Rose, S., & Kamin, L. (1987). *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Marín, E. (2017, 04 25). *Gizmodo*. Retrieved from Un empleado de Uber se suicida y su viuda culpa al estrés de trabajar en esa compañía:
<https://es.gizmodo.com/un-empleado-de-uber-se-suicida-y-su-viuda-culpa-al-estr-1794649615>
- Martínez, D. (2001). Evolución del concepto de trabajo emocional: dimensiones, antecedentes y consecuencias. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 131-153.

- Marx, C. (1973). *El Capital, tomo III*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica .
- Marx, K. (1982). *El Capital. Crítica de la Economía Política*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- McIntire, C. (1894). The importance of the Study of Medical Sociology. *Bulletin of American Academy of Medicine*, 425-434.
- Mejía, C. (2016). *La Centralidad del Trabajo Un análisis comparativo de España y Alemania* . Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona .
- Merton, R., Reader, G., & Kendall, P. (1957). *The Student-Physician*. Cambridge: Harvard University Press.
- OMS. (2017, Diciembre 12). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved 11 12, 2020, from La salud mental y los adultos mayores: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- OMS. (2019, 05). OMS. Retrieved from Salud Mental en el lugar de trabajo: https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/
- Ordorika, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista Mexicana de Sociología*, 647-674.
- Parsons, T. (1999). *El Sistema Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pearlin, L., Menaghan, E., Lieberman, M., & Mullan, J. (1981). The Stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 337-356.
- PeopleFirst. (2018, Junio 21). *People First*. Retrieved Noviembre 4, 2020, from Tendencias: <https://www.peoplefirst.blog/entorno-de-trabajo-con-los-cinco-sentidos-oido-y-olfato-tambien/>
- Pfeffer, J. (2018). *Dying for a Paycheck: How Modern Management Harms Employee Health and Company Performance—and What We Can Do About It* . Stanford: Harper Business.
- Postone, M. (2016). *Tiempo, trabajo y dominación social*. Madrid: Marcial Pons.
- Richard, L., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Roca, R. (2015). *Knowmads: Los trabajadores del futuro*. Madrid: LID.

- Rodger, G., & Rodgers, J. (1989). *Precarious Jobs in Labourmarket Regulation: The Growth of Atypical Employment in Western Europe*. Bruselas: Free University of Brussels.
- Rodríguez, R. (2005). El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. *Artemisa* , 105-111.
- Rogers, A., & Pilgrim, D. (2005). *A Sociology of Mental Health and Illness*. Glasgow: Open University Press, McGraw-Hill Education.
- Roggof, K. (2009, October 22). A Prescription for Marxism. *Foreign Policy*.
- Rose, N. (1986). Psychiatry: The discipline of mental health. In P. Miller, & N. Rose, *The Power of Psychiatry* (pp. 43-84). Cambridge: Polity Press.
- Rosen, G. (1974). *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*. Madrid: Alianza.
- Sabido, O. (2019). La sensorialidad capitalista en Karl Marx y Georg Simmel. *Dissonancia Revista de Teoría Crítica*, 1-33.
- Sánchez, E. (2002). Sociología y enfermedad mental. Reflexiones en torno a un desencuentro. *Revista Internacional de Sociología*, 35-58.
- Scribano, A. (2013). *Teoría social, cuerpos y emociones* . Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- Scull, A. (2014). *Cultural Sociology of Mental Illness*. San Diego: SAGE Publications.
- Sennet, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo bajo el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Simmel, G. (1988). La metrópolis y la vida mental. In M. Bassols, R. Donoso, A. Massolo, & A. Mendez, *Antología de Sociología Urbana* . México: UNAM.
- Straus, R. (1957). The Nature and Status of Medical Sociology. *American Sociological Review*, 200-204.
- Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tausig, M. (2006). Work and Mental Health . In C. Aneshensel, & J. Phelan, *Handbook of the Sociology of Mental Health* (pp. 255-276). New York: Springer.

- Thoits, P. (1999). Sociological Approaches to Mental Illness. In V. Horwitz, & T. Scheid, *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories and Systems* (pp. 121-138). Cambridge: Cambridge University Press.
- Vachet, P. (1968). *Las enfermedades de la vida moderna*. Barcelona: Editorial Labor.
- Villavicencio-Ayub, E. (2020, Septiembre 29). *Dirección General de Comunicación Social*. Retrieved Noviembre 10, 2020, from Boletín UNAM-DGCS-820: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2020_820.html?fbclid=IwAR0X8Truh08KdbEkNh27Fp8nowRbwPVnrSiIF3RVnMjISSMCZZw7y4YGM4E
- Weber, M. (1991). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Puebla: Premia Editora.