

Clase social: entre los alcances y limitaciones de la salud mental laboral y la salud pública

Social class: between the scope and limitations of mental health at work and public health

Luz A. Pérez F¹; Jairo E. Luna G².

¹ Candidata PhD. Doctorado Interfacultades en Salud Pública Profesora catedrática titular. Departamento de Psicología Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: laperezf@unal.edu.co

² PhD. Profesor asociado Escuela de Diseño Industrial, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: jelunag@unal.edu.co

Recibido: 28 de junio de 2014. Aprobado: 20 de noviembre de 2014. Publicado: 15 de marzo de 2015

Pérez LA, Luna JE. Clase social: entre los alcances y limitaciones de la salud mental laboral y la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2015; 32(supl 1):S28-S43.

Resumen

En este ensayo se plantea una tesis sobre la insuficiencia de los modelos teóricos tradicionales que abordan la salud mental del trabajador, presentados desde una perspectiva de salud pública sobre el tema, con el fin de proponer en este campo de conocimiento, aún en desarrollo, la plausibilidad del concepto de clase social neo-marxista para explicar la relación conceptual entre el trabajo y la salud mental. La metodología contempló la consulta a la literatura sobre contribuciones teóricas significativas en este campo de conocimiento. La sustentación de la tesis, se soporta en tres líneas de argumentación. La primera es la visión de proceso salud-enfermedad mental laboral concomitante a dos perspectivas de salud pública,

la acotada y la amplia; la segunda es la constatación de divergencias y convergencias entre estas dos perspectivas en el ámbito laboral, y la tercera, aborda la plausibilidad de la categoría clase social neo-marxista frente a los alcances y los límites del avance del conocimiento en el campo de la salud mental de los trabajadores. La argumentación conduce a concluir que la noción clasista neomarxista constituye una herramienta de análisis central en la descripción y explicación del vínculo trabajo-salud-enfermedad mental laboral.

-----*Palabras clave:* Clase social, salud mental laboral, salud pública.

Abstract

This essay arises a thesis on the failure of traditional theoretical models that address mental health at work, presented from a public health perspective on the subject in order to propose in this field of knowledge, still in development, the plausibility of the concept of neo-marxist social class to clarify the conceptual relationship between work and mental health. The methodology contemplated consulting the literature on significant theoretical contributions to this field of knowledge. The support of the thesis is based on three lines of argument. The first is the vision of mental health-illness at work concomitant to two public health perspectives, the bounded and comprehensive;

the second is the finding of divergences and convergences between these two perspectives in the workplace, and the third addresses the plausibility of social class category neo-marxist versus the scope and limits of the advancement of knowledge in the field of health mental in workers. The argument leads to the conclusion that the neo-marxist class approach is a central analysis tool in the description and explanation of the link work- mental health.

-----*Keywords:* Social class, mental health at work, public health

Introducción

El propósito de este ensayo es presentar al lector una tesis sobre la insuficiencia de los modelos teóricos tradicionales que abordan la salud mental del trabajador, con una perspectiva de salud pública sobre el tema, a fin de proponer en este campo de conocimiento, aún en desarrollo, la plausibilidad del concepto de clase social para explicar la relación conceptual entre el trabajo y la salud mental. En reconocimiento de que la salud pública se nutre de conocimientos generados en múltiples disciplinas, para este ensayo hicimos una aproximación a la psicología, la sociología y a corrientes médico-sociales de la salud pública para consultar en ellas sobre contribuciones teóricas significativas a la salud-enfermedad mental de los trabajadores.

Podemos empezar señalando que la manera de entender el trabajo y su relación con la salud mental, en el ámbito de la salud pública, es función de los enfoques desarrollados en ésta disciplina científica. Dos perspectivas definen la comprensión de los procesos que determinan la salud y la enfermedad cuando se estudian como fenómenos colectivos [1]. Una de ellas es la perspectiva acotada que enfatiza la orientación a los factores de riesgo, sean éstos biológicos, ambientales o conductuales. La otra es la perspectiva amplia que se dirige a las condiciones estructurales de la sociedad, sean éstas de tipo social, económico o cultural Gostin [2]. A la luz de estas perspectivas, el trabajo como actividad humana se puede concebir, según la visión acotada, como un factor de riesgo proximal para la salud mental, en términos de las condiciones psicosociales del mismo. O por el contrario, el trabajo se puede entender como parte constitutiva de los procesos estructurales de la sociedad, como se asume en la visión amplia.

En el presente trabajo argumentamos que en la articulación de dos campos, salud mental laboral y salud pública, hay brechas concernientes principalmente a desarrollos y debilidades teóricas en cada uno de

ellos, y que tales brechas se pueden constatar en la verificación de puntos de divergencia y convergencia en el plano del conocimiento. Hay tres circunstancias significativas por las cuales planteamos la presencia de brechas. La primera es el desbalance evidente en la literatura contemporánea, revelador de la mayor prioridad que se da a la perspectiva acotada, de factores micro-estructurales de las condiciones de trabajo, en comparación con la perspectiva amplia, de factores macro-estructurales de condiciones de empleo [3]. La segunda es la noción negativa prevalente en la forma de comprender el vínculo trabajo-salud-enfermedad mental y el reto que supone para la salud pública una visión más integral que dé cabida a los aspectos positivos de la experiencia en el trabajo [4]. La tercera es la primacía del nivel de análisis individual frente al poblacional.

Para efecto de sustentación de la tesis, en lo que sigue desarrollaremos tres líneas de argumentación. La primera es la visión de proceso salud-enfermedad mental laboral concomitante a cada una de las perspectivas de salud pública, la acotada y la amplia; la segunda es la constatación de divergencias y convergencias entre estas dos perspectivas en el ámbito laboral, y la tercera, para concluir, es la plausibilidad de la categoría clase social para abordar la relación conceptual entre el trabajo y la salud mental.

Perspectiva acotada de la salud-enfermedad mental laboral.

Aun cuando esta perspectiva ha sido abordada por varias disciplinas del campo de la salud mental, en este trabajo nos referimos específicamente a las contribuciones de la psicología en virtud de la formación disciplinar de los autores. Así, podemos aseverar que la contribución de la psicología al estudio del trabajo tiene una trayectoria principal en los estudios de la psicología industrial y organizacional [5] pero desde mediados del siglo XX se

desarrolló una corriente para estudiar los efectos nocivos del trabajo sobre la salud mental. Un aporte significativo de la psicología a la salud mental de los trabajadores es la caracterización de las condiciones micro-estructurales que la impactan. Específicamente, y gracias a una trayectoria investigativa desarrollada en el área de psicología de la salud ocupacional, hoy día contamos con un desarrollo

conceptual sobre el conjunto de factores psicosociales presentes en el ambiente de trabajo. Tal desarrollo se traduce en una variedad de modelos teóricos con amplio soporte empírico [6], siendo precursores en este campo algunos autores nórdicos [7-9]. La tabla 1 ofrece un marco sistemático de identificación de los modelos y sus componentes principales.

Tabla 1. Modelos de factores psicosociales en el trabajo

	Método Lest -Laboratorio de Economía y de Sociología del Trabajo. Francia	Modelo esfuerzo-afecto. Frankenhauser. 1989 [10]	Modelo Demanda- Control Apoyo Social. Karasek y Theorell. 1990	Modelo Obrero Italiano. Años 70.	Modelo Desbalance esfuerzo Recompensa. Siegrist. [1996]
			DCAS [11]		DER
Contexto histórico	Condiciones de trabajo obrero	Discusión sobre el fordismo	Investigaciones sobre demandas y efectos en la salud	Respuesta crítica a la psicología del trabajo	Cambio de foco de análisis del control a la recompensa.
Enfoque teórico	Teoría del conocimiento de Piaget	Evolucionista. Psicología social, Medicina psicosomática	Sociología del trabajo. Epidemiología cardiovascular.	Subjetividad obrera. Acción transformadora.	Medicina social. Teoría de la reciprocidad
Conceptos centrales	Ambiente físico, carga física, carga mental, factores psicosociales, tiempo de trabajo.	Condiciones físicas, contenido del trabajo, satisfacción, respuestas psicofisiológicas de estrés.	Demandas, control, apoyo social.	Elementos dentro y fuera del trabajo, riesgos de la fábrica, fatiga, tensión nerviosa.	Esfuerzo extrínseco, esfuerzo intrínseco, recompensas.
Predicciones		Las demandas de trabajo percibidas diferencialmente inducen distintas respuestas corporales.	Tensión laboral: Altas demandas, bajo control, poco apoyo social. Aprendizaje de habilidades: altas demandas, alto control	Acción transformadora a partir de mapa de riesgos	Ausencia de reciprocidad: desbalance esfuerzo-recompensa. Alto esfuerzo intrínseco gatilla los efectos de ausencia de reciprocidad.

Los modelos arriba ilustrados admiten algunos puntos de análisis. En primer término, comparten un origen común en procesos europeos de producción industrial, en los ámbitos del trabajo asalariado y, en algunos casos, en el trabajo obrero específicamente. Por ello han alcanzado un nivel de precisión considerable en las descripciones psicosociales del trabajo y las predicciones en salud en esta forma de trabajo. Pero resultan inaplicables de manera directa a otras modalidades de trabajo emergentes en la actualidad en diversas latitudes. En segundo lugar, las prácticas de investigación, a la luz de estos modelos, privilegian el examen del puesto de trabajo específico y del trabajador individual, es decir, la visión restringida del trabajo es su principal limitante [13].

Los modelos teóricos más preponderantes en la literatura vienen siendo, en las últimas décadas, el modelo DCAS [11, 14] y el modelo DER [12, 15]. Algunas experiencias que se tienen con estos modelos en muestras colombianas dan cuenta de su relativa capacidad descriptiva y explicativa del ambiente psicosocial del trabajo en nuestro medio y sus nexos con la salud-enfermedad de los trabajadores [16-21]. Así, por su potencial para ser aplicados a realidades como la colombiana, resulta razonable considerarlos como antecedentes plausibles a la construcción de modelos propios. En particular, algunos de sus principales constructos tales como las demandas, las recompensas, y las relaciones sociales en el trabajo, son susceptibles

de ser retomados y adaptados a nuestras condiciones. En efecto, constructos como éstos han mostrado asociarse a la situación de salud mental de los trabajadores.

Más de cerca a la realidad colombiana, el interés por el estudio de las relaciones salud-trabajo es creciente especialmente en la academia y la jurisprudencia [22]. Así es que el tema de los factores de riesgo psicosocial específicamente, se encuentra regulado mediante la resolución No. 2646 de 2008 del Ministerio de la Protección Social [23], en la que se identifican tres tipos de factores: intra-laborales, extra-laborales e individuales.

Es relevante encontrar en la revisión de la literatura que, si de un lado, los determinantes micro-estructurales de la salud mental laboral se encuentran aceptablemente establecidos, de otro lado, la concepción de la misma salud mental laboral adolece de vaguedad y contradicciones [24], a lo que hay que añadir la escasa producción y divulgación de este conocimiento científico en la región [25].

Contexto teórico de la Salud mental laboral

Es pertinente, a manera de preámbulo, empezar por poner de manifiesto algunos de los aspectos centrales de la discusión actual sobre la concepción de salud-enfermedad mental general. De entrada, la literatura consultada revela un campo poco integrado, con más divergencias que consensos entre los autores [26, 27]. Para el análisis de la información recopilada sobre este tópico hemos tomado en cuenta algunos elementos que De Almeida [28] propone como signos de insuficiencia paradigmática, más allá de la explícita anomalía. En primer lugar, y quizá, el signo más sobresaliente es la pérdida teórica en el concepto de salud mental, en tanto el objeto de estudio de la salud mental es, preponderantemente, la enfermedad mental [29]. Esta pérdida teórica es una resultante de la hegemonía del modelo biomédico con el que se estableció la base biológica en el concepto de enfermedad mental. Una corrección ha sido anteponer el concepto de trastorno mental al de enfermedad mental pero esta opción no ha logrado, realmente, superar la insuficiencia [13]. Es así que, en el mejor de los casos, el concepto salud mental es el empleado para designar tanto la salud como la enfermedad mental, si bien, a juicio de no pocos autores, definitivamente el campo afronta la paradoja de tratar la enfermedad mental en el ámbito de la salud mental [29].

En segundo lugar, está el problema de los límites conceptuales demarcados. Estos dejan por fuera categorías explicativas importantes como, por ejemplo, los componentes sociales y culturales que al mismo tiempo son procesos y productos de la salud mental [4].

En tercer término, se observa la presencia de un conjunto de aparentes disyuntivas que alimentan las insuficiencias paradigmáticas. La primera de ellas hace referencia al constructo bipolar salud-enfermedad. A la base de esta bipolaridad se encuentra una forma

de pensamiento en entidades discretas creadora de una discontinuidad que no permite abordar algunos problemas, como por ejemplo, la forma en que el sistema productivo induce problemas mentales, o la clasificación de personas con condiciones no clínicas como apatía o conformidad [29]. Una segunda oposición corresponde al nivel de análisis individual-colectivo. No es infrecuente encontrar en el campo propuestas explicativas de la salud mental que caen en la psicologización o, bien, en la sociologización, excluyendo del análisis la riqueza de las diferencias individuales y su relación con los procesos sociales [30, 31]. La tercera dicotomía atañe al enfoque universalista-historicista. Al respecto, hay autores que defienden la universalidad del sentido de malestar mental en el ser humano y de algunos trastornos como, por ejemplo, la esquizofrenia, mientras que otros afirman que los trastornos o enfermedades mentales son resultado de cada cultura particular de modo que es imposible llegar a una definición universal [30, 31].

En este estado de cosas, emerge la noción de salud mental positiva como categoría conceptual del área de la psicología positiva y como alternativa a algunos de los problemas antedichos [26]. Lo que en la literatura reciente se viene desarrollando como salud mental positiva corresponde a la combinación de la óptima experiencia y el funcionamiento psicológicos. En otras palabras, como la confluencia de evaluaciones de la propia vida, de estados afectivos positivos y de la realización de la autonomía y el propio potencial [32]. El tópico está siendo estudiado desde dos tradiciones durante el último cuarto de siglo. En una de ellas, la tradición hedonista, el énfasis se ha puesto en la presencia de mayor afectividad positiva que negativa. En la otra tradición, la eudemonista, la atención se ha centrado en vivir la vida de manera plena y profundamente satisfactoria [33, 34]. No obstante, este enfoque de salud mental positiva ha sido objeto de críticas porque no toca las dificultades indicadas para el caso de la enfermedad y el trastorno mental. En efecto, las críticas a esta noción corresponden a su pretensión de universalidad, y su etnocentrismo e ideologismo.

Salud-enfermedad mental laboral

Los elementos de insuficiencia paradigmática expuestos en los anteriores párrafos para la salud mental general, se pueden constatar, con algunas especificaciones, en el ámbito de la salud-enfermedad mental asociada al trabajo. En este caso, la pérdida teórica en el campo se crea por el énfasis que se da, no a la salud mental laboral, sino a la disfunción en términos de estrés laboral, principalmente [6]. La insuficiencia en los límites conceptuales se genera en la práctica investigativa orientada, casi de manera exclusiva, al estudio de la salud mental del grupo de trabajadores asalariados, marginando con ello de manera

significativa, la pregunta por la salud mental referida al ámbito del trabajo no estándar. De hecho, la mayor parte de la producción teórica y científica proviene de la psicología organizacional [35].

En cuanto a la forma que toman las presuntas disyuntivas en el espacio laboral, quizá, de manera más acentuada que en la salud mental general, la bipolaridad salud-enfermedad laboral, marca la forma de pensar en entidades discretas, o bien de estrés, o bien de bienestar; estas cuestiones las abordaremos en mayor detalle más adelante. En relación con la localización del observador, se han propuesto varias teorías de antecedentes disposicionales y situacionales. En los enfoques disposicionales la mayor parte de los estudios relacionan rasgos de personalidad, como por ejemplo, el modelo de cinco grandes factores, la afectividad y el estilo de afrontamiento con los resultados de salud mental laboral. Por su parte, las teorías situacionales orientan estudios que examinan las características de las condiciones de trabajo como el fomento de la autonomía, la retroalimentación, la variedad de habilidades, la integridad de la tarea. Ahora bien, el hecho de que dos trabajadores que comparten iguales condiciones de trabajo pueden tener niveles diferentes de estrés o bienestar sugiere que las características de la persona pueden interactuar con los factores psicosociales laborales y conducir a diferencias individuales en los resultados de salud mental. Es decir, los factores individuales pueden moderar la influencia de las características del trabajo en la salud mental lo que parece favorecer las explicaciones teóricas interactivas [6, 35]. Respecto del nivel de análisis individual-poblacional, se verifica en la literatura la orientación disciplinar de la psicología al análisis individual, virtualmente sin consideración del nivel de lo colectivo. Con mucha menor representación, como tema de salud pública, se ha propuesto tratar la salud mental laboral con una perspectiva distinta, del ser humano como ser social, y como práctica transformadora de la realidad social. Esto implica participación del individuo, ubicación en la estructura productiva, y una mínima comprensión del orden político y económico de parte de los trabajadores [29]. Finalmente, en cuanto al tipo de descripciones en términos de universalidad-historicidad, la mayoría de los autores adoptan las descripciones de corte universalistas, ahistóricas.

En suma, desde la perspectiva acotada, el campo de la salud-enfermedad mental laboral se configura como un campo en construcción con necesidad de ajustes a limitaciones conceptuales tales como el acento en la visión negativa, la perspectiva individual de estado mental, el privilegio por el estudio en el ámbito laboral asalariado, la concepción dicotómica estrés-bienestar, y la óptica universalista. Frente a estas dificultades,

una propuesta por continuar desarrollándose es la de recuperar la dimensión colectiva del fenómeno.

Predominio de la concepción negativa en la salud-enfermedad en el trabajo

Es importante resaltar que, si bien es cierto que varios autores aseveran un carácter dual en las conexiones trabajo-vida mental en el sentido que el trabajo es, al mismo tiempo, condición de salud mental y condición de desorden mental, y postulan que al examinar la relación se debe evitar ser de un solo lado [24, 36, 37], otros estudiosos reportan hallazgos de investigaciones que señalan una creciente y fuerte relación de causalidad entre organizaciones de trabajo lesivas y enfermedades mentales [38]. Es decir, tal como lo señalan Pando, Carrión, & Arellano [39], la concepción prevalente del nexo trabajo-salud (mental) es negativa; Houtman & Kompier [6] comparten tal apreciación al afirmar que aunque la salud mental no es una cuestión claramente definida, cubre un campo generalmente aceptado de la mala salud.

En el examen de la literatura se encuentra entonces la presencia clara de dos tradiciones de investigación y de práctica profesional en el marco dominante de la visión negativa de salud-enfermedad mental laboral. De un lado, está el enfoque de trastornos mentales establecidos tales como la psicosis y el trastorno depresivo mayor; de otro lado, está el desarrollo de otras dificultades de los trabajadores que no están tan claramente establecidas pero que son lesivas, por excelencia el estrés laboral, y alteraciones del estado de ánimo o la fatiga laboral [6, 36].

Enfoque de trastornos mentales. Respecto del trabajo y el desorden mental severo, lo primero que debe mencionarse es que la asociación entre ambos se mantiene enormemente ambigua. Los estudios indican que la correlación entre estos dos factores no es perfecta pero tampoco es cero, es decir, los resultados no son concluyentes. En estas circunstancias, se admite que si los trastornos mentales severos afectan a no más del 1-2% de la población trabajadora, se podría conceder un menor esfuerzo en su indagación [24, 36].

En este enfoque se desarrolla la psicopatología del trabajo como disciplina cuya categoría central es el sufrimiento mental a causa del trabajo y a partir del cual se construyen perfiles psicopatológicos. Considera por excelencia la vivencia subjetiva de los trabajadores por cuanto se apoya, en gran medida, en la concepción psicoanalítica del funcionamiento psíquico. Cabe destacar, que esta disciplina, en el interés por explorar las consecuencias del trabajo sobre la salud mental de los trabajadores, trasciende el sufrimiento y contempla la idea que el trabajo puede también contribuir a la salud y dar placer a la persona [37].

Enfoque de otras dificultades y de estrés laboral. Fernandes, Melo, Gusmao, Fernandes y Guaimaraes [40] aportan en su revisión histórica las siguientes

aproximaciones teóricas con esta perspectiva: (a) Enfoque de desgaste. Focaliza la pérdida de la capacidad física y psicológica en la medida en que el componente de desgaste en el proceso de trabajo es mayor que el componente de recuperación y desarrollo de potencialidades de la persona. El *burnout* es un síndrome que se destaca en esta categoría, también figuran el síndrome de agotamiento y fatiga crónica. (b) Enfoque condiciones generales de la vida y el trabajo. Ve el proceso salud-enfermedad mental mediada por factores biopsicosociales vinculados al modo de vida y al funcionamiento del individuo en una estructura ocupacional específica, por ejemplo, las alteraciones observadas en las ocupaciones de la salud. (c) Enfoque ergonómico. Vinculado al campo interdisciplinario de la ergonomía, incorpora tres momentos, a saber, modificaciones fisiológicas ejercidas por el proceso de trabajo, estudio de los aspectos psicofisiológicos y factores psicosociales y sus efectos en la fatiga mental crónica.

Los daños mentales asociados al trabajo que no están clasificados en el DSM-IV revisado, pero que vienen estudiándose en general y localmente incluyen la fatiga laboral [41], el acoso laboral y la violencia en el trabajo [42] y el *burnout* [43]. Pero es el estrés laboral el fenómeno más investigado en el vínculo trabajo-enfermedad mental, sobre la base de la creciente conciencia de la influencia que ejercen los factores psicosociales laborales tanto en la determinación y curso, como en la prevención y promoción de la salud mental laboral [24].

Cabe mencionar que el debate sobre las definiciones de estrés persiste. Pero, que sin embargo, en general hay consenso en la comunidad científica en que se trata de un *proceso*. De modo similar, se lo concibe como el mecanismo que da cuenta de la entrada de lo social al cuerpo. Quiere decir, como el principal vehículo de conexión entre el plano social del ambiente laboral y el cuerpo [44]. De este modo, el estrés laboral se entiende generalmente como las respuestas surgidas cuando la persona enfrenta demandas que los factores laborales de riesgo psicosocial le plantean para las cuales sus recursos de afrontamiento resultan insuficientes, consecuentemente se generan efectos nocivos para su bienestar y su salud [45]. En el estrés laboral, el trabajador percibe amenaza, daño o pérdida y las emociones concomitantes son negativas: miedo, ansiedad, ira, estados de ánimo depresivos entre otros. Mayor consenso se ha logrado respecto de las consecuencias desfavorables del estrés en la salud mental. Se observan en algunos efectos a corto plazo (por ejemplo, cambios de estado de ánimo como entusiasmo y estado depresivo, alteraciones de comportamiento, y modificaciones psicológicas como estado de alerta, y a veces, cambio en la homeostasis), y efectos a largo plazo, cuándo el estrés se instaura como

una experiencia crónica (agotamiento, *burnout*, psicosis, trastorno depresivo, trastorno mental crónico) [38, 6].

Enfoques teóricos del estrés laboral. Los enfoques teóricos hegemónicos con los que se aborda el estudio del estrés laboral se contraponen entre una perspectiva transaccional y otra de salud pública. En la perspectiva transaccional se reconoce la dinámica entre conjuntos de variables objetivas y subjetivas. Las características del entorno laboral, que definen los factores psicosociales y organizativos, corresponden al primer conjunto, mientras que las características de la persona atañen al segundo conjunto. De acuerdo con esta perspectiva transaccional, las características de la persona pueden interactuar con factores psicosociales de riesgo en el trabajo, de suerte que pueden moderar los efectos de los factores ambientales. Consecuentemente, los efectos de situaciones estresantes se observan solo cuando las variables moderadoras se toman en consideración [36, 6].

De acuerdo con el enfoque de salud pública del estrés laboral, los estresores laborales son una parte *objetiva* del ambiente de trabajo. Es así que, con independencia de la percepción de las exigencias ambientales, la exposición crónica a dichas condiciones generará estrés laboral “(...) a la mayoría de las personas, la mayoría de las veces, en la mayoría de lugares”. En consecuencia, los factores psicosociales estresantes pueden afectar la salud de la persona trabajadora incluso si ella no está consciente de su presencia [44].

De lo antedicho se desprende que el enfoque de salud pública del estrés en el trabajo, antepone tanto en el plano teórico como en el de la práctica, los estímulos estresantes a la respuesta de estrés, la exposición al riesgo al auto-reporte, y las condiciones de trabajo a las emociones y percepciones. Y entre los factores objetivos, postula que es el control o la falta de control sobre el trabajo, el elemento crítico para los resultados de salud-enfermedad. Así mismo, el control sobre el trabajo se vincula a contextos más amplios en el sentido que bajos niveles de control se relacionan con posiciones socioculturales bajas, y por ende, con mayor riesgo de enfermar o morir prematuramente. Por último, el control junto con otros estresores laborales, reflejan un desequilibrio de poder entre el empleado y el empleador, desbalance creciente bajo las presiones de la globalización, las políticas neoliberales y la competencia económica [44]. Expresado en breve, el enfoque de salud pública del estrés laboral constituye una aproximación social a la salud laboral.

Para concluir, cabe notar que ante la primacía teórica y empírica de la disfunción y el malestar mental asociado al trabajo, se empiezan a vislumbrar esfuerzos por renovar la exploración del otro término del proceso salud-enfermedad laboral como se pasa a indicar.

Recuperación de la concepción positiva en la salud-enfermedad en el trabajo

De entrada lo más importante por señalar es que el revivido interés por estudiar la experiencia positiva que las personas pueden encontrar en su trabajo, constituye esencialmente el reconocimiento de hacer un ajuste conceptual, no cambio de paradigma como algunos autores han propuesto. La noción de salud mental positiva en la esfera laboral, el bienestar laboral, se viene entendiendo en la literatura como un estado emocional positivo o placentero en el trabajador resultante de la valoración del propio trabajo (componente cognitivo) o de las experiencias laborales (componentes afectivos, emocionales y conductuales). Es de mencionar que la noción de salud mental positiva ha sido investigada de manera predominante en términos de satisfacción laboral, de nuevo en el empleo asalariado [35].

No obstante hay quienes abogan por una investigación más amplia, incluyente de aspectos tales como el estudio de la autonomía, del desarrollo de las potencialidades creativas y productivas en el trabajo [33,46] dada la preocupación por las consecuencias que tienen las nuevas realidades laborales en la vida personal de los trabajadores y el desdibujamiento del trabajo como parte integral de la existencia humana [3].

Pando y otros [4], desde la salud pública, plantean un acercamiento a los conceptos de la salud mental positiva como una meta a seguir, y en ausencia de una delimitación conceptual proponen una definición de trabajo:

“(…) el proceso dialéctico del comportamiento humano individual y colectivo dado como una práctica social particular que fundamenta y representa la capacidad de transformación de la realidad, conforma a la conciencia que de ella se tenga (conciencia de clase en sí y para sí), y el lugar que se ocupe en el proceso de producción, reconociendo en todo esto la determinación socio-histórica ejercida a través del sistema socioeconómico de producción que se encuentre vigente” [4].

Así mismo, plantean el estudio de la salud mental laboral mediante la evaluación con indicadores positivos propiamente como, por ejemplo, la autoestima y el locus de control ligados a los procesos del trabajo, más allá de los tradicionales factores protectores del estrés laboral. Los autores consideran que los anteriores indicadores ofrecen oportunidades para la indagación de la salud mental en la investigación y la acción profesional si bien reconocen el hecho de que implica, también, un esfuerzo de cambio en el plano cultural en cuanto al significado de trabajo.

Hasta aquí se han ilustrado importantes avances y también limitaciones en la visión restringida del proceso salud-enfermedad mental en el trabajo. Para abordar el análisis de las condiciones estructurales que crean las situaciones presentadas, en la siguiente sección se desarrolla la perspectiva amplia de la temática.

Perspectiva amplia de la salud-enfermedad mental laboral

Al considerar los orígenes sociales del fenómeno de la salud mental asociada al trabajo emerge un panorama diferente del delineado por la perspectiva acotada. La complejidad de lo social en la salud pública se pone de manifiesto en la diversidad de corrientes de pensamiento que se han desarrollado en el campo, entre ellas retomamos el enfoque de determinantes sociales y el de la medicina social latinoamericana por su pertinencia en la salud mental de los trabajadores.

En el siglo XXI, se reconoce la necesidad de identificar causas profundas de inequidades en salud evidentes y crecientes entre países y al interior de ellos en mecanismos sociales, la biología humana y el afrontamiento de las personas a la enfermedad; también se admite la necesidad de cambiar los modelos de mercado predominantes en la salud a finales del siglo anterior, todo lo anterior en el contexto de un nuevo orden global de la sociedad capitalista con fuerte desarrollo de políticas neoliberales [47, 48]. A la par del trabajo adelantado por diferentes autores en materia de inequidades en salud, se introduce en la salud pública el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) [49]. En 2004, la OMS crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) liderada por Michael Marmot. Esta comisión define los DSS como (...) “Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Tales circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende, a su vez, de las políticas adoptadas” [50].

El enfoque DSS parte de reconocer que los factores relacionados con las condiciones de empleo y de trabajo forman parte de los determinantes sociales fundamentales de la salud y de las desigualdades en salud. En este sentido, la salud-enfermedad mental laboral es función tanto de factores estructurales como de determinantes proximales. Esta visión se desarrolla luego en el seno de la CDSS por la Red de Conocimiento de Condiciones de Empleo (EMCONET, por sus siglas en inglés) que da cuenta de cómo las condiciones de empleo afectan de diversas maneras la salud de los trabajadores de los cinco continentes. Consecuentemente, la red desarrolla un modelo teórico de perspectiva global de la realidad laboral y las desigualdades en salud contemporáneas pero con valor heurístico para ser aplicado a distintos contextos. En términos generales, el modelo postula un vínculo explicativo entre las relaciones laborales, las condiciones de empleo, las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores [3].

Los vínculos entre las condiciones de empleo y de trabajo y la salud individual y colectiva configuran

una compleja red de vías de causalidad en el marco del modelo de EMCONET. Algunas desigualdades sociales tales como la desigualdad de riqueza, de participación política y de educación han mostrado estar relacionadas con las desigualdades en salud asociadas al empleo; éste es también un importante determinante social de carencia material. Por su parte, las condiciones de empleo, pueden afectar la salud directamente o a través de las condiciones de trabajo. Por ejemplo, tienen un profundo efecto sobre las enfermedades crónicas y la salud mental a través de múltiples factores psicosociales como la inseguridad en el puesto de trabajo, los “estilos de vida” y conductas derivadas, y los cambios fisiopatológicos directos. Similarmente, algunos factores sociales como la clase social, el género la etnia, la edad o el estatus migratorio de los trabajadores están relacionados con muchos de los riesgos para la salud en el trabajo. Por ejemplo, entre más baja es la posición social, mayor es el riesgo de desempeñar un trabajo perjudicial para la salud. Además, los riesgos ambientales y las conductas de riesgo suelen agravar los efectos negativos de los riesgos laborales. En definitiva, las vías aludidas permiten describir cadenas causales de jerarquías macro y micro-sociales. Así, en el caso concreto de la salud-enfermedad mental laboral se ha establecido que las condiciones de trabajo psicosociales repercuten en la salud a través del proceso de estrés, y que al tiempo, las condiciones de empleo por sí mismas pueden tener consecuencias estresantes.

No obstante, el modelo EMCONET ha sido objeto de crítica en el pensamiento médico social de América Latina. Específicamente se señala la falta de originalidad en las ideas, el carácter ahistórico y asocial de los procesos tratados y la consiguiente falta de cuestionamiento a la globalidad, pero sobre todo, se cuestiona la concepción de los determinantes de la salud como factores de riesgo reflejando más bien una postura neocausalista [47,49]. Es pertinente notar que el surgimiento de esta corriente de pensamiento latinoamericano antecedió a la de los DSS. En los años 70, como reacción al enfoque de riesgo individual de enfermar, surge en la región una forma diferente de comprender la salud denominada *determinación social*, que explica cómo el estado de salud depende no solo de los servicios y la biología, sino que, a su vez, está generado socialmente por modos, condiciones y estilos de vida que las sociedades imponen a los grupos poblacionales [47]. Su desarrollo teórico se estructura en gran medida con base en el aporte recibido por las ciencias sociales derivando de ellas como rasgo distintivo de la producción científica, el materialismo histórico [51, 52].

Delimitando la presentación a la salud laboral, la medicina social latinoamericana propone abordar el estudio de la salud de los trabajadores asumiendo como categoría central de análisis el proceso de trabajo. Laurell [53] por ejemplo, plantea como premisa una concepción

social de los procesos de trabajo y de salud y de la integralidad de su relación. El planteamiento básico es que el proceso de trabajo es un determinante principal del proceso salud-enfermedad de las colectividades humanas fundamentado en el reconocimiento de la historicidad de ambos. A la medicina social latinoamericana le interesa la pregunta por la forma como se expresa el trabajo en diversas manifestaciones en salud bajo determinadas condiciones históricas. Como categoría trans-histórica, el proceso de trabajo está conformado por la actividad orientada a un fin – el mismo trabajo –, su objeto, y sus medios; mediante su escrutinio es posible articular los niveles macro y micro económicos relacionados con la salud-enfermedad [54, 55]. En el modo de producción capitalista, incorpora además, la organización y la división de trabajo como elemento central. Parte importante de la discusión teórica, ha sido la atinente a los conceptos que mejor caracterizan la relación trabajo-salud en el proceso de trabajo, dando privilegio al concepto de riesgos y exigencias laborales frente al concepto de carga [13]

Laurell comparte con Breilh [56] la importancia del avance en la superación del paradigma del riesgo, de considerable influencia en el campo de la salud ocupacional. Con un enfoque de epidemiología crítica éste autor señala entre las principales insuficiencias del paradigma, la descontextualización de los factores de riesgo psicosocial respecto de los procesos económicos, sociales y culturales subyacentes así como la negatividad que reviste la noción de salud como no enfermedad; en su lugar propone asumir el carácter dialectico y multidimensional de la salud, que permitiría comprender en la tensión procesos destructivos-protectores la génesis de la creación y recreación de las condiciones de salud.

En materia de salud-enfermedad mental, la medicina social Latinoamérica recupera la importancia de los aspectos sociales y culturales como procesos de la misma [4] frente al marco explicativo organicista e intra-psíquico de la psiquiatría y psicología. Supone que la comprensión de lo psíquico pasa por aprehender los distintos niveles implicados: biológico, psicológico y social. No obstante, se evita el biologismo tradicional que pone el énfasis en los aspectos biomédicos e ignora los niveles psicológico y social. De igual modo, el psicologismo se considera impropio en tanto desconoce la base material como factor determinante y de interacción con los otros niveles [24]. El trastorno mental se entiende determinado social e históricamente en la medida en que, en distintos momentos históricos, se lo ha concebido de diferentes formas según las ideologías dominantes en las distintas épocas han moldeado su concepción. La concepción actual en términos de “problemas de la vida” da un carácter relacional al fenómeno y abre la posibilidad de examinarlo en su

vinculación con aspectos de tipo económico, ideológico, político, jurídico inherentes a la esfera de lo social [13].

En este orden de ideas, el planteamiento central en el ámbito laboral es que el proceso de producción resulta crucial en la generación del proceso salud-enfermedad mental. En el sistema de producción capitalista específicamente, el fenómeno de la alienación es un aspecto distintivo y central. Su origen se puede localizar en la necesidad de valorización del capital que ha impulsado al desarrollo científico y tecnológico, lo que, a su vez, ha causado la separación entre el pensamiento y la ejecución, y la pérdida del control del trabajo y del producto del trabajo por parte del trabajador. Estos dos aspectos en su forma objetiva y subjetiva crean las condiciones para el desarrollo de alteraciones fisiológicas y psíquicas [54].

La alienación como determinante de trastornos psíquicos presenta grados y sólo cuando el trabajador encara una exacerbación de la misma es que se puede considerar generadora de trastornos mentales. Los intentos por operacionalizar y elaborar indicadores de actividad alienada incluyen inicialmente el trabajo de Gardell [57] [citado en 13, p.86] con componentes como falta de control, de claridad del proceso, de significado y aislamiento social. Posteriormente, el fenómeno es referido en el Modelo Demanda-Control de Karasek y Theorell [11] con el concepto de control del trabajo.

A manera de síntesis, las consideraciones precedentes implican para la comprensión del proceso salud-enfermedad mental laboral de las poblaciones, su determinación por las condiciones de existencia históricas y sociales. De otro lado, el carácter social del proceso salud-enfermedad mental implica reconsiderar la unidad de análisis, en la que el individuo se integra a los grupos humanos en función de sus características sociales y su incorporación a los procesos productivos. Finalmente, el proceso salud-enfermedad mental es resultado de la influencia de multiplicidad de determinantes de diverso nivel de generalidad y variada naturaleza, más allá del biologismo, la psicologización y la multi-causalidad.

Perspectivas acotada y amplia y salud-enfermedad mental laboral

Los aspectos convergentes entre las dos perspectivas presentadas nos permiten apreciar los avances en dirección al cierre de la brecha entre la salud mental laboral y la salud pública. Con base en los elementos que hemos presentado, puede afirmarse que tanto la perspectiva acotada como la amplia coinciden en establecer una relación de causalidad de las condiciones socio-económicas y organizativas del trabajo en la producción de malestares y trastornos mentales, *más que* los factores de tipo individual. No obstante, la visión amplia ahonda mayormente en el examen

de los determinantes de carácter estructural y el cuestionamiento de las relaciones sociales que subyacen al proceso de trabajo, la organización y la división del trabajo.

Un segundo ámbito de confluencia entre los dos enfoques tiene que ver con el reconocimiento de múltiples determinantes del proceso salud-enfermedad laboral. Sin embargo, difieren en que en el enfoque ampliado se aboga por el abordaje de determinantes de distinta naturaleza y nivel de generalidad, mientras que en el acotado se favorece una orientación más cercana a la multi-causalidad.

En tercer término, ambas perspectivas contemplan el nivel de análisis individual en el fenómeno salud mental laboral. La diferencia está en que la perspectiva acotada representada en la psicología tiende a permanecer en la postura biologista y psicologista, teniendo delante el reto de entrar a niveles de análisis poblacionales, integrando el nivel individual y el grupal como se intenta en la perspectiva amplia.

De otro lado, la consulta de la literatura permite constatar que claramente hay una divergencia entre los enfoques en cuanto a la visión de universalidad del fenómeno salud-enfermedad mental laboral. Mientras que en el acotado prevalece una postura ahistórica, en virtud de la cual se postulan desarrollos conceptuales elaborados pero ajenos a los contextos socio-históricos, en el amplio plantea la imposibilidad de llegar a un concepto de salud-enfermedad mental laboral válido para todas las formas sociales en todos los momentos históricos.

Otro punto de divergencia entre las perspectivas corresponde a la visión mantenida frente al trabajo y el capital. En la perspectiva acotada no se visibiliza esta relación, y menos aun, se tiende a explicitar las diferencias de poder y el conflicto que entrañan, como si se hace en la perspectiva amplia tanto en los DSS como en la medicina social latinoamericana.

Un último aspecto a consignar es acerca de las tendencias para futuras indagaciones y elaboraciones teóricas. Al respecto, la visión acotada en cabeza de la psicología, más que la ampliada viene asumiendo seriamente la visión positiva del funcionamiento humano como un plano de experiencia auténtico. Y si bien no se trata de un cambio de paradigma, si se está proponiendo la corrección de lo que entendemos por salud-enfermedad mental laboral, con el fin de poder dar cuenta tanto de las experiencias y consecuencias negativas como de las positivas de la vida laboral.

Sopesados los alcances y limitaciones de las dos perspectivas prevalentes en salud pública, postulamos el concepto de clase social como principio explicativo de la salud-enfermedad laboral por su potencial para articular la perspectiva acotada y la amplia. Confiamos en que con el concepto de clase funcionando como puente

entre las dos visiones podemos dar mejor respuesta al renovado reto de desarrollar alternativas teóricas frente a las emergentes formas de empleo y de organización del trabajo, los cambios en las estructuras sociales y la incógnita de los resultados en salud mental de todo ello.

Pensar la clase social como proceso de determinación fundamental de la salud laboral

Actualmente testificamos un creciente interés por la categoría clase social y su relación con el trabajo y la salud. Johnson [58], por ejemplo, señala que la clase social está íntimamente ligada con el trabajo y el proceso laboral: mediante el trabajo obtenemos acceso a circunstancias y recursos propios de una determinada clase social. Así mismo, la clase social influye en la manera como el ambiente laboral afecta la salud; por ejemplo, interviene en las diferencias de clase en estrés laboral. La clase, el trabajo y la salud se encuentran entonces interrelacionadas. De acuerdo con Johnson [58], hay dos tradiciones en la forma de concebir y evaluar la clase social. Una es la *individual* o de estratificación de la posición socioeconómica y ocupacional, la cual tiene en cuenta la educación, el ingreso y el prestigio ocupacional en un continuum social que expresa la posición de la persona en la división del trabajo; así, la información de ingreso, educación y profesión se combina para formar un solo puntaje o categoría denominada comúnmente posición socio-económica. Medidos de esta manera, tales atributos se convierten más en una característica individual que en un aspecto de la estructura social a la que la persona puede pertenecer. La otra tradición es la *relacional*, afín a la teoría marxista, considera la estructura social y las relaciones de poder y propiedad existentes entre las clases, así como la posesión y el control de activos fijos.

Las ideas que en este trabajo acogemos en relación con la concepción de la salud-enfermedad mental de los trabajadores, se basan en la perspectiva neo-marxista de clase social. Sus méritos se sustentan en el énfasis en las relaciones económicas y políticas entre clases dominantes y subordinadas y en la centralidad del trabajo en la definición de la clase [59, 60] lo que a nuestro juicio constituye un campo de conocimiento por excelencia para estudiar la salud de los trabajadores. En su origen, la teoría clásica de clase social de Marx, resalta el carácter crecientemente polarizado de las relaciones de clase propio de las sociedades capitalistas [59, 60]. No obstante, el desarrollo histórico de los últimos cien años ha puesto en evidencia que la imagen de polarización radical de las relaciones de clase es inadecuada y la solución al problema teórico que encierra el modelo binario de clase social – burguesía-proletariado – ha sido tema central en el resurgimiento del análisis marxista de los últimos veinte años [61].

En el contexto de una reconceptualización de la noción clásica de clase social marxista el sociólogo estadounidense E. O. Wright [62] aporta un enfoque integrado de análisis de clase en el que incorpora tres procesos de desigualdades sociales, correspondientes a sendas corrientes de pensamiento en la sociología, y que a su juicio, están presentes en todas las sociedades capitalistas. Así, las relaciones de poder y las normas legales que dan a algunos agentes el control efectivo sobre los recursos económicos – medios de producción, financiación, capital humano – generan estructuras de cierre social y de acumulación de oportunidades diferenciales y conectadas a posiciones sociales específicas. La acumulación de oportunidades produce tres vías causales de desigualdad: una primera identifica la clase principalmente con atributos individuales y condiciones de vida. Con el enfoque de estratificación socio-económica, da cuenta del proceso por el cual las personas adquieren habilidades, educación, recursos culturales y motivacionales que influyen en sus posiciones en el mercado laboral. La segunda vía, en la que la clase se concibe en términos de acceso y exclusión respecto de ciertas oportunidades económicas, moldea la estructura de posiciones dentro de las relaciones de mercado laboral – ocupaciones y puestos de trabajo – y los conflictos distributivos asociados. La tercera vía causal, bajo una visión de clases estructuradas por mecanismos de explotación y dominación, da forma a la estructura de relaciones de clase dentro del proceso de la producción – propietarios de medios de producción-asalariados – con múltiples formas de explotación en que se incluyen, a más de la capitalista, las derivadas de las credenciales educativas y la autoridad; también se contemplan los conflictos concomitantes en este ámbito. Conjuntamente, los atributos y las posiciones de clase de los individuos afectan los niveles de bienestar económico individual.

Adicionalmente, Wright [63, 64] aboga por la inclusión de nuevas dimensiones o complejidades al concepto de clase social neomarxista acorde con la atención que hoy día los académicos marxistas prestan al tema de cómo las vidas de los individuos se ven afectadas por la posición dentro de la estructura de clase. Entre las formas de complejidad contempladas reviste especial importancia la clase social mediata dadas las posibilidades explicativas que ofrece en el estudio de los efectos de la clase en diversos aspectos de la vida personal y social. La idea básica es que las posiciones en la estructura de clases vinculan a los actores al proceso de explotación. Una de las vías en que esto ocurre es mediante los empleos que desempeñan las personas. Este es el tipo de posición de clase al que hemos hecho referencia hasta ahora, Wright las designa como posiciones de clase directas. Pero hay otros mecanismos, distintos a

los laborales, mediante los cuales las vidas de la gente se vinculan a los procesos de explotación. Entre ellos son particularmente significativos los correspondientes a las estructuras familiares y las relaciones de parentesco; por ejemplo, el provenir de una familia capitalista adinerada vincula a sus miembros a los intereses materiales de la clase capitalista vía relaciones familiares. Wright se refiere a estas situaciones como posiciones de clase mediata. Los lazos familiares son probablemente la base más importante de estas posiciones de clase.

Sin duda, la propuesta de Wright constituye un referente esencial en el estudio y la investigación relativos a las clases sociales y sus efectos en las vidas de las personas y en diversos fenómenos sociales; su obra constituye un marco de comprensión para las sociedades capitalistas avanzadas. Sin embargo, resulta insuficiente para la comprensión de las complejidades de las sociedades del capitalismo periférico como la nuestra. En estas sociedades, por ejemplo, se tiene que hay personas trabajando por cuenta propia que no cumplen con los criterios de pequeño burgués y se encuentran laborando en condiciones de extrema baja calidad en sus trabajos; estas complejidades de las posiciones de clase directa en sociedades capitalistas periféricas no son recogidas en la tipología de Wright. Por ello, consideramos relevante consignar los aportes

de Breilh [65] y Portes y Hoffman [66] en torno a sus conceptualizaciones de las posiciones de clase subproletario y asalariado informal respectivamente.

Propuesta de una perspectiva integrada de clase-trabajo-salud mental

Las propuestas explicativas de la salud mental laboral reseñadas hasta este punto nos permiten afirmar que aquellas basadas principalmente en las condiciones de empleo y de trabajo no logran dar cuenta de manera suficiente del porqué de esas condiciones laborales; por tanto, el alcance de sus explicaciones resulta limitado. Como alternativa, nos acogemos a la idea de que la teoría marxista clásica y contemporánea de la clase social y el trabajo brindan un marco de análisis relevante para la explicación de la salud de los trabajadores. En el seno de este marco construimos una idea amplia de clase social la cual nos permite incorporar diferentes aristas del concepto de clase en el análisis de la forma como son organizadas socialmente las personas trabajadoras y sus efectos en la salud mental. La figura 1 presenta nuestra propuesta, sus componentes y sus relaciones.

Concebimos la clase social como un concepto que incorpora dos dimensiones centrales, las posiciones

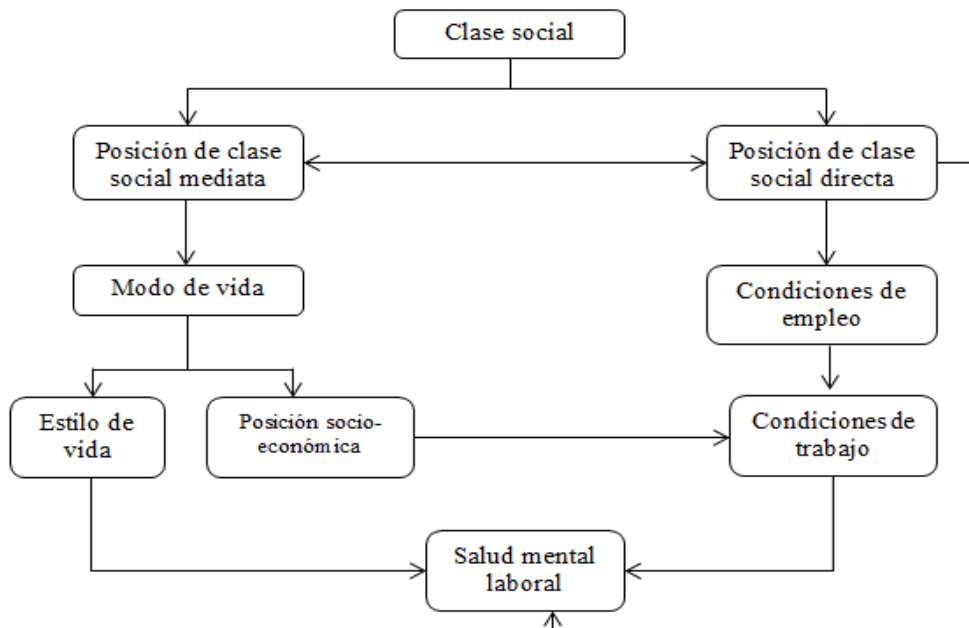


Figura 1. Perspectiva integrada de clase-trabajo-salud mental

Fuente: Elaboración propia

de clase social mediata y las de clase social directa. Creemos razonable plantear que estas dos dimensiones se determinan recíprocamente en la medida en que cada una influye en la otra respecto de las opciones y las posibles vías de inserción a las relaciones de clase capitalistas delimitadas a los distintos grupos sociales de una determinada sociedad. Pero también, en sí mismas, estas dimensiones afectan la vida de las personas y de los grupos constituyendo, cada una, una vía de repercusión en los procesos de salud-enfermedad mental de los trabajadores. La posición de clase social mediata determina diferencialmente modos de vida creando oportunidades y condiciones distintas a distintos grupos de personas según la inserción social de la que provienen. Por ejemplo, las experiencias de doble presencia y triple carga postuladas por Breilh [65], tan relevantes en la etapa laboral del ciclo vital, forman parte importante de las condiciones diferentes que afrontan los trabajadores según el grupo social de pertenencia. El modo de vida moldea, a su vez, procesos de orden más individual, como los estilos de vida y la posición socioeconómica. Las conductas de estilo de vida asociadas a la salud, tanto las beneficiosas como las nocivas, son, en buena medida, función de las experiencias vividas en la historia de familia y de comunidad inmediata. La educación, el ingreso y la ocupación se obtienen en complejas interacciones entre grupos sociales en torno al acceso y el control de recursos materiales y productivos y se relacionan con las oportunidades de inserción en la dinámica laboral [63, 67].

Por su parte, la experiencia de vivir en una posición de clase directa específica, incrementa las probabilidades de construir determinadas percepciones, creencias y valores en torno a cómo opera la sociedad, como es la experiencia del trabajo que se realiza y cómo es el funcionamiento mental, protector o destructivo, asociado a estos aspectos. La posición de clase directa, además, entra en juego con las variaciones en las condiciones de empleo y de trabajo definidas a individuos y grupos sociales. En esencia, las posiciones de clase marcan diferencias en aspectos como la protección social, los beneficios laborales así como el contenido, la exposición a factores de riesgo y otras condiciones del trabajo de las personas [68]. Asumimos, entonces, que las posiciones de clase, mediata y directa, determinan vías de desigualdades en las condiciones laborales de los trabajadores, y que éstas desigualdades condicionan, a su turno, desigualdades en salud laboral general y mental de los mismos. Así mismo, asumimos que la condición de salud mental laboral de un trabajador particular es un fenómeno de carácter individual pero subsumido en las relaciones de clase social de las cuales forma parte.

Lo anterior significa, siguiendo a Breilh [69], que la llegada de un trabajador a un centro de trabajo, viene aparejada del peso histórico que tienen, en su proceso de

salud-enfermedad mental, los determinantes de su clase social de origen, y que en el curso de su trayectoria laboral, en el balance final de su afrontamiento a las condiciones de empleo y de trabajo, intervendrán las mediaciones de los recursos de orden social e individual que encuentre a su disposición. Específicamente, las redes sociales de apoyo, su fenotipo y su funcionamiento psicológico. Concluyendo, planteamos que la visión contemporánea marxista de clase social constituye un puente que permite articular teóricamente el enfoque acotado, atinente a los procesos individuales de la experiencia mental asociada al trabajo, con el enfoque amplio de aquellos de orden social propios de las dinámicas de clase.

Conclusión

En este ensayo nos propusimos poner de presente al lector las insuficiencias explicativas presentes en los modelos teóricos tradicionales de salud mental laboral, los cuales fueron presentados a la luz de las perspectivas acotada y amplia de la salud pública. Esto como insumo para la postulación del concepto de clase social neomarxista como herramienta de análisis central en la descripción y explicación del vínculo trabajo-salud-enfermedad mental laboral.

En la visión acotada resaltamos los avances logrados en los modelos respecto del establecimiento de determinantes micro-estructurales, especialmente de los procesos de estrés laboral en la modalidad de empleo asalariado, en términos de condiciones psicosociales de trabajo. Alternativamente, señalamos las imprecisiones, restricciones, contradicciones y sesgos que acompañan la noción de proceso de salud-enfermedad mental laboral bajo esta perspectiva. De la óptica amplia destacamos el planteamiento de determinación socio-histórica de la salud mental de los diversos grupos de trabajadores en el marco de procesos sociales de diferentes niveles de jerarquía. El principal desafío a esta postura lo situamos en las posibilidades de articular dichos procesos sociales con la singularidad de las vidas de los individuos. Ante las posibilidades y restricciones de las dos perspectivas, escogimos la noción contemporánea de clase social neomarxista como el puente teórico que ayuda a superar las limitaciones y a establecer la articulación entre ambas.

Con base en el desarrollo temático que hemos seguido, consideramos importante recapitular algunos puntos clave sobre las potencialidades de la noción de clase social neomarxista para acercar los campos de la salud mental laboral y la salud pública. Es relevante el hecho de que en la concepción neomarxista de clase, el trabajo tiene una centralidad distintiva pues la hace una categoría fuerte para estudiar el fenómeno en individuos y poblaciones. La clase social neomarxista permite emprender ajustes teóricos en varios sentidos

en tanto implica una visión integral de la salud mental laboral. Facilita la superación del desequilibrio creado por la primacía del estudio de los determinantes micro-estructurales tales como los factores psicosociales y de riesgo en trabajo; admite integrar el nivel de análisis individual a las complejidades que se pueden encontrar en el nivel colectivo-poblacional; amplía la mirada a diferentes formas de inserción laboral, más allá del empleo asalariado estándar; y, ayuda a trascender el universalismo y a dar profundidad al conocimiento sobre el tópico en la medida en que lleva a situarlo en procesos determinados históricamente.

Desde el punto de teórico-metodológico constituye un marco de análisis que proporciona elementos para superar la multicausalidad. El reconocimiento de que las vidas de los individuos se ven afectadas por la posición ocupada dentro de la estructura de clase, induce el abordaje de los diversos procesos y mediaciones sociales e individuales, en distintos niveles jerárquicos, que tienen un papel en la configuración de la salud mental en el trabajo. Frente a los modelos convencionales, explica importantes componentes de los mismos. Por ejemplo, las variaciones en las condiciones de trabajo o en las posiciones socio-económicas de los individuos, en realidad se entienden como variaciones de posiciones de clase por cuanto son expresión de formas concretas de distribución de derechos, atribuciones y accesos a procesos y recursos productivos y materiales en la sociedad. Así mismo, permite situar el análisis en el nivel de los grupos sociales, de grupos de trabajadores, por ejemplo. Es por ello que consideramos que mediante el concepto de clase social neomarxista es posible articular las perspectivas teóricas acotada y amplia de la salud pública en el campo de la salud mental laboral.

En relación con la propuesta que aquí presentamos, estimamos que es afín a los planteamientos de concepción social del ser humano de Rodríguez [29], de perspectiva de salud pública del estrés laboral de Dobson y Schnall [38] y del carácter dialéctico y multidimensional del proceso de salud-enfermedad de Breilh [69, 56, 65]. También la encontramos relacionada con lo aportado por Soriano [70] en el campo de la sociología médica, con base en los análisis de Marx y Engels sobre los daños a la salud de la clase proletaria asociados al proceso de explotación capitalista. Específicamente, coincidimos en la actualidad que mantienen sus tesis, para la reflexión sobre la salud mental laboral, postuladas sobre la creación de la propia patología por parte de cada formación social, así como sobre las diferencias en morbimortalidad, esperanza de vida y acceso a servicios de salud, por clase social, fracciones de clase, y zonas urbanas y rurales.

Para concluir, destacamos la importancia de continuar profundizando en estos planteamientos con miras a enriquecer y complejizar nuestra comprensión y explicación de las vicisitudes que los trabajadores

encuentran en sus experiencias laborales. Al respecto, para la agenda de los desarrollos teóricos futuros, consideramos que en la exploración de los posibles nexos entre la perspectiva clasista neomarxista de la salud mental laboral y la visión conjugada de dominios individual, particular y general en el sentido de Breilh, se tiene un campo de conocimiento fecundo para el estudio de los problemas sustantivos de éste tópico.

Referencias

- 1 López O, Puentes E, López S. Concepto de salud pública. En: López S, Puentes E, editores. Observatorio de la Salud Pública en México 2010 [Internet]. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 2010. [acceso 2012 dic 17]. p. 19–27. Disponible en: http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/saludpublica_2010.pdf
- 2 Gostin LO. Public health law and ethics. Los Angeles: University of California Press: The Milbank Memorial Found; 2002. P.1-19.
- 3 Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Empleo, trabajo y desigualdades en salud. Córdoba: Narvaja Editor; 2010.
- 4 Pando M N, Aranda C, Salazar JG, Bermúdez D. La salud mental positiva. Factores psicosociales y salud mental en el trabajo [Internet]. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara; 2006. [acceso 2012 oct. 26]. p. 86–103. Disponible en: http://www.sedi.oas.org/ddse/documentos/rial/sso_peru/documentos%20aportados%20por%20los%20participantes/factores%20psicosociales%20y%20salud%20mental%20en%20el%20trabajo.pdf
- 5 Alcover De La Hera C.M, Martínez-Iñigo D, Rodríguez-Mazo F. Un siglo de psicología del trabajo (1901-2001): una aproximación histórica a la evolución de la disciplina. [working paper] [Internet]. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Rey Juan Carlos; 2002. [acceso 2012 nov. 12]. Disponible en: <http://www.fcjs.urjc.es/departamentos/areas/profesores/p3.asp?id=ssxssvwuz>
- 6 Houtman ILD, Kompier MAJ. Trabajo y salud mental. Enciclopedia de la salud y la seguridad en el trabajo [Internet]. OIT; 1998. [acceso 2012 febr. 03] p. 261–83. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=a981ceffc39a5110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
- 7 Levy L, Frankenhaeuser M, Gardell B. Work stress related to social structures and process. En: Elliot G R, Eisdorfer C, editores. Stress and human health: Analysis and implications of research. New York: Springer; 1982. p. 199–146.
- 8 Levy L. Stress in industry. Causes, effects and prevention. Occupational Safety and Health Series No51 [Internet]. Ginebra: OIT; 1984. [acceso 2012 mzo. 30] p. 15–30. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_250130.pdf
- 9 Levy L. Factores psicosociales, estrés y salud. Enciclopedia de la salud y la seguridad en el trabajo. [Internet]. OIT; 1998 [acceso 2012 mzo. 30]. p. 1541–4. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=a981ceffc39a5110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
- 10 Frankenhaeuser MA. biopsychosocial approach to work life issues. Int J Heal Serv [Internet]. 1989; [acceso 2012 febr. 4]

- 19(4):747–58. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/results?sid=d76bae3d-5d3b-4b27-88c9-9c7f7a-b03268%2540sessionmgr114&vid=4&hid=104&bquery=JN+%2522International+journal+of+health+services%253a+planning%252c+administration%252c+evaluation+%5BInt+J+Health+Serv%5D+NLMUID%253a+1305035%2522+AND+IK+%252219890101+00019+00004%2522&bdata=JmRiPW1uaCZsYW5nPWVzJnR5cGU9MCMZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%253d>
- 11 Karasek RA, Theorell T. *Healthy Work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.; 1990.
 - 12 Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* [Internet]. 1996 [acceso 2003 mzo. 19]; 1(1):27–41. Disponible en: <http://psycnet.apa.org.ezproxyeg.uniandes.edu.co:8088/index.cfm?fa=search.searchResults&id=D962FD5E-B70B-E7E3-6974-F210AA2F4C09>
 - 13 Martínez S. *El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo*. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 1997.
 - 14 Theorell, T. & Karasek R. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *J Occup Health Psychol* [Internet]. 1996; [acceso 2002 jun. 20]1(1):9–26. Disponible en: <http://psycnet.apa.org.ezproxyeg.uniandes.edu.co:8088/journals/ocp/1/1/>
 - 15 Siegrist J. Effort-Reward Imbalance at Work and Health. En: Perrewé PL, Ganster DC, editores. *Historical and Current Perspectives on Stress and Health Vol2*. Amsterdam: Elsevier Science; 2002.
 - 16 Gómez V, Pérez LA, Feldman L, Bajés N, Vivas E. Riesgos en Salud en Mujeres con Múltiples Roles. *Rev Estud Soc Fac Ciencias Soc Univ los Andes Bogotá*. 2000; 6:27–38.
 - 17 Gómez V, Pérez L. Riesgos de salud y su relación con el desempeño de múltiples roles en hombres empleados. *Doc CESO Fac Ciencias Soc Univ los Andes*. 2002; 47.
 - 18 Hernández D, Salazar A, Gómez V. Relación entre los aspectos psicosociales del ambiente de trabajo y el riesgo cardiovascular en hombres. *Rev Latinoam Psicol*. 2004; 36(1):107–23.
 - 19 Pérez LA. Factores psicosociales laborales, estrés e infarto agudo de miocardio en trabajadores colombianos. Documentos CESO, 57 Facultad de Ciencias Sociales Universidad de los Andes. Bogotá; 2004.
 - 20 Marulanda IC. *Estrés Laboral. Enemigo silencioso de la salud mental y la satisfacción con la vida*. Colección Prometeo, Universidad de los Andes, CESO, Departamento de Psicología. Bogotá; 2007.
 - 21 Gómez-Ortiz V, Moreno L. Factores psicosociales del trabajo (demanda-control y desbalance esfuerzo-recompensa), salud mental y tensión arterial: un estudio con maestros escolares en Bogotá, Colombia. *Univ Psychol* [Internet]. 2010; [acceso 2011 ago. 10] 9(2):393–407. Disponible en: <http://www.redalyc.org/revista.oa?id=647>
 - 22 Aguilar M.C, Rentería E. Presentación. En: Aguilar MC, Rentería E, compiladores. *La psicología del trabajo y de las organizaciones*. Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2009. p. 9–13.
 - 23 Resolución 002646 de 2008 (17 julio), por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo. *Diario Oficial*. No. 47.059; 2008.
 - 24 Berman S. *Trabajo precario y salud mental*. Córdoba: Narvaja; 1995.
 - 25 Gómez V, Juárez-García A, Feldman L, Blanco G, Vera A. Prefacio ¿Por qué una traducción al español de este libro? Aportes para una caracterización de los factores psicosociales laborales en Latinoamérica. En: Schnall P, Dobson M, Roskam E, editores. *Trabajo no saludable Causas, consecuencias, curas*. Bogotá: Universidad de los Andes; 2011. p. XI – XLI.
 - 26 Linley PA, Joseph S. *Applied positive psychology: a new perspective for professional practice*. En: Linley PA, Joseph S, editores. *Positive psychology in practice*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2004. p. 3–35.
 - 27 Lluch MT. *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* [Tesis doctoral] [Internet]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1999. [acceso 2012 jul. 11] 308 p. disponible en: <http://sid.usal.es/docs/F8/FDO10426/tesisaludmentalpositiva.pdf>
 - 28 De Almeida Filho N. *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.
 - 29 Rodríguez RO. El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. *Investig en salud* [Internet]. 2005; [acceso 2012 oct. 18] VII (2):105–11. Disponible en: [en%20salud,%20VII%20\(2\),%20105-111.%20Recuperado%20de%20%20http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14270205.%20%20](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14270205%20%20)
 - 30 Fierro A. *Salud mental, personalidad sana, madurez personal*. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Psicología “Hacia dónde va la Psicología” [Internet]. Santo Domingo, República Dominicana; 2004. [acceso 2012 jul.14]. Disponible en: http://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/salud_mental_personalidad_sana_madurez_personal.pdf
 - 31 Lluch MT. Evaluación Empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Ment* [Internet]. 2002; [acceso 2012 jul. 13] 25(49):42–55. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/medigraphic.cgi>
 - 32 Huppert FA. *Positive mental health in individuals and population*. En: Huppert FA, Baylis N, Keverne B, editores. *The science of Well-being*. Oxford: Oxford University Press.; 2007. p. 307–42.
 - 33 Deci EL, Ryan RM. Hedonia, eudaimonia, and well being. An introduction. *J Happiness Stud* [Internet]. 2008; [acceso 2011 ago. 18] 9(1):1–11. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/command/detail?sid=91fce4a-0075-41d4-895a-f7cde08d35b5%40sessionmgr113&vid=0&hid=126&bdata=JmXhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=eoh&jid=OHY>
 - 34 Flórez LE, Castellanos C. Efectos de la entrevista motivacional sobre la motivación autónoma en jóvenes consumidores de alcohol. (en prensa).
 - 35 Judge TA, Klinger R. *Job satisfaction. Subjective Well-being at work*. En: Larsen RJ, Eid M, editores. *The Science of Subjective Well-being*. New York: The Guilford Press.; 2008.
 - 36 Neff WS. *Work & human behavior*. New Jersey: Aldine Transaction; 2009.
 - 37 Dejours C. *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen; 2001.
 - 38 Dobson M, Schnall P. Del estrés al malestar: el impacto del trabajo en la salud mental. En: Schnall P, Dobson M, Roskam E, editores. *Trabajo no saludable. Causas, consecuencias, curas*. Bogotá: Universidad de los Andes; 2011. p. 161–89.
 - 39 Pando MM, Carrión MA, Arellano GP. Los factores psicosociales en el trabajo. Factores psicosociales y salud mental en el trabajo [Internet]. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara; 2006. [acceso 2012 oct. 26] p. 68–85. Disponible en: http://www.sedi.oas.org/ddse/documentos/rial/sso_peru/documentos%20

- aportados%20por%20los%20participantes/factores%20psicosociales%20y%20salud%20mental%20en%20el%20trabajo.pdf
- 40 Fernandes JD, Melo CMM, Gusmao MCCM, Fernandes J, Guaimaraes A. Salud mental y trabajo: significados y límites de los modelos teóricos. *Rev Latinoam Enfermería* [Internet]. 2006; [acceso 2012 oct. 27] 14(5): [10 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/es_v14n5a24.pdf
 - 41 Fang YP. Fatiga laboral: una consecuencia en la salud, derivada de la organización del trabajo. En: Aguilar MC, Rentería E, compiladores. *La psicología del trabajo y de las organizaciones*. Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2009. p. 363–90.
 - 42 Giraldo JV, Aguilar MC, González LF. Revisión preliminar del mobbing y la violencia en las organizaciones en Colombia. En: Aguilar MC, Rentería E, compiladores. *La psicología del trabajo y de las organizaciones*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.; 2009. p. 391–419.
 - 43 Hermosa AM. Burnout y Engagement docente: una explicación desde las creencias de eficacia. En: Aguila, MC, Rentería E, compiladores. *La psicología del trabajo y de las organizaciones*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.; 2009. p. 509–27.
 - 44 Gordon DR, Schnall P. Más allá de lo individual: conexión entre el ambiente de trabajo y la salud. En: Schnall P, Dobson M R, editores. *Trabajo no saludable Causas, consecuencias, curas*. Bogotá: Universidad de los Andes; 2011.
 - 45 Ministerio de la Protección social. *Protocolo para la determinación del origen de las patologías derivadas del estrés*. Bogotá: El; 2004.
 - 46 Sennet R. *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Editorial Anagrama; 2000.
 - 47 Agudelo S, Romero I. El concepto de determinantes de la salud y su estudio [Internet]. Seminario No.2. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. 2010. Disponible en: <http://www.slideshare.net/IvanRomero4/determinantes-sociales-de-la-salud-7652021>
 - 48 Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. Bases sociales de las disparidades en salud. En Evans T, Whitehead M, Diderichsen, F, Bhuiya A, Wirth M, editores. *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Publicación científica No 585 [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS, Fundación Rockefeller; 2002. [acceso 2011 sep. 20] p12–26. Disponible en : <http://books.google.com.co/books?id=MT47W378L4IC&printsec=frontcover&dq=El+desaf%25C3%25ADo+de+la+falta+de+equidad+en+la+salud.+De+la+%25C3%25A9tica+a+la+acc%25C3%25B3n.&hl=es&sa=X&ei=lednVle0IsaogwTK7IGwBg&ved=OCB0Q6AEwAA#v=onepage&q=El%20desaf%25C3%25ADo%20de%20la%20falta%20de%20equidad%20en%20la%20salud.%20De%20la%20%25C3%25A9tica%20a%20la%20%20acci%25C3%25B3n.&f=false>
 - 49 López O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la Salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud ALAMES. *Med Soc*. [Internet]. 2008 [acceso 2011 oct. 10]; 3(4):323–35. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/search/results>
 - 50 (OMS) OM de la S [sitio web en Internet]. *Programas y proyectos*. 2014. [acceso 2014 nov. 20]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
 - 51 García J. La categoría trabajo en la medicina. *Cuad Médico Soc* [Internet]. 1983; [acceso 2011 nov 02] 23:5–18. Disponible en: www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a23.pdf
 - 52 Duarte-Nunes E. Trayectoria de la Medicina Social en América Latina. Elementos para su configuración. En: Franco S, Nunes E, Breilh, J, Laurell AC, editores. *Debates en Medicina Social*. [Internet] Quito: OPS-ALAMES; 1991 [acceso 2011 ago. 26]. p. 17–115. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/11859.pdf>
 - 53 Laurell AC. La construcción teórico-metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. En: Laurell AC, editor. *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores Serie Paltex, Salud y Sociedad* [internet] Washington, D.C.: OPS/OMS; 1993. [acceso 2013 mar. 19] p. 13–35. Disponible en: http://www.google.com.co/url?sa=t&rc=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDIQFjAA&url=http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3293/Para%20la%20investigaci%25F3n%20sobre%20la%20salud%20de%20los%20trabajadores.pdf?sequence=1&ei=__IIVLyEN4HrggStYHYAw&usg=AFQjCNFYUKzMDBJ7vIRERQXoNhBbiZgg&bvm=bv.79142246,d.eXY
 - 54 López O, Martínez S, Moreno C. La relación salud-trabajo. El caso de los trabajadores de la Sociedad Cooperativa Pascual. *Salud Probl* [Internet]. 1987; [Acceso 2013 mzo. 28]. 13 (7):7–25. Disponible en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=1134&arquivo=4-89-1134wvs.pdf&titulo=La%20relaci%C3%B3n%20salud-trabajo.%20El%20caso%20de%20la%20cooperativa%20Pascual
 - 55 Neffa JC. Prólogo. En: Dejours C, editor. *Trabajo y desgaste mental Una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen; 2001.
 - 56 I. Breilh J. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial (Trabajo original publicado en 1990); 2003.
 - 57 Gardell B. *Technology, Alienation and Mental Health. Summary of a Social Psychological Study of Technology and the Worker*. *Acta Sociol*. 1976; 1 I. Gardell B. *Technology, Alienation and Mental Health. Summary of a Social Psychological Study of Technology and the Worker*. *Acta Sociol* [Internet]. 1976 [acceso 2014 nov. 20]; 19(1):83–93. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/4194108>
 - 58 Johnson J. El desequilibrio en aumento: clase, trabajo y salud en una era de creciente desigualdad. En: Schnall P, Dobson M, Rosskam E, editores. *Trabajo no saludable. Causas, consecuencias, curas*. Bogotá: Universidad de los Andes; 2011. p. 55–86.
 - 59 Giddens, A, Held A. Sección1. *Classical views. Introduction*. En: Giddens A, Held A, editores. *Classes, power, and conflict Classical and contemporary debates*. Los Angeles: University of California Press Berkeley; 1984. p. 3–11.
 - 60 Giddens A, Held A. Karl Marx. En: Giddens A, Held A. editores. *Classes, power, and conflicto. Classical and contemporary debates*. Los Angeles: University of California Press Berkeley; 1984. p. 11–39.
 - 61 Wright EO. *Classes*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores. (Trabajo original publicado en 1985); 1994.
 - 62 Wright EO. *Understanding class.Towards an Integrated Analytical Approach*. *New Left Rev* [Internet]. 2009 [acceso 2013 sep. 09]; 600:101–16. Disponible en: <http://www.ssc.wisc.edu/~wright/Published%20writing/Understanding%20Class%20--%20NLR%2060.pdf>
 - 63 Wright EO. *Class Counts*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.

- 64 Wright EO. Foundations of a neo-Marxist class analysis. En: Wright EO, editor. *Approaches to Class Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005. p. 4–30.
- 65 Breilh J. Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social en Ecuador [Internet]. Quito: 2004 [acceso 2014 feb. 25]; [11 pantallas]. Disponible en: www.alames.org/documentos/brelhinsersoc.pdf
- 66 Portes A, Hoffman K. Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios durante la época neoliberal. *Series Políticas Sociales No 68 Cepal* [Internet]. Santiago de Chile; 2003 [acceso 2013 feb.22]; 51 p. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/12451/lcl1902e-p.pdf>
- 67 Muntaner C, Borrell C, Vanroelen Ch, Chung H, Benach J Kim IH, et. al. Employment relations, social class and health: a review and analysis of conceptual and measurement alternatives. *Soc Sci Med* [Internet]. 2010 [acceso 2014 my 11]; 71(12):2130–40. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21075495
- 68 Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Soc Sci Med* [Internet]. 2004 [acceso 2014 jun 17]; May, 58(10):1869–87. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15020005>
- 69 Breilh J. *Nuevos Conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para el taller de metodología*. Quito: Ediciones C.E.A.S.; 1997.
- 70 Soriano RR. *Sociología Médica*. [Internet] México, D.F.: Plaza y Valdés Editores; 1988 [acceso 2014 nov 02]. 108 p. Disponible en: <http://books.google.com.co/books?id=s776yOvmtw0C&printsec=frontcover&dq=rojas+soriano&hl=es&sa=X&ei=7iRaVnK2L0qJgwSAvoLwAg&ved=0CDgQ6wEwBQ#v=onepage&q=rojas%20soriano&f=false>