

El estrés laboral desde la perspectiva sociocultural

Josefina Ramírez Velázquez*

Resumen

El presente ensayo se presenta de manera resumida el trayecto seguido en la construcción del estrés como objeto de estudio antropológico. El objetivo central es explicitar que, desde la antropología, la noción de enfermedad refiere a una doble dimensión de saberes. Una constituida por el saber profesional de la biomedicina, desde la cual la enfermedad y el cuerpo se conciben como universales y se analizan a partir de su naturaleza biológica, y otra configurada por la perspectiva sociocultural que destaca que la enfermedad se produce socialmente y se construye culturalmente, es decir significa y representa. Con relación al estrés como objeto antropológico el interés está en mostrar el mundo de experiencia y significación de aquellos que admiten sufrir de estrés, dado que ese hecho contribuye a esclarecer los procesos que involucra.

Palabras claves: proceso salud/enfermedad/atención, enfermedad, estrés, punto de vista del actor, representaciones.

Abstract

This essay briefly presents the development of the construction of stress as anthropology study object. The main objective is to show how, from anthropology perspective, the disease concept considers a double knowledge dimension: one emerging from biomedical professions –disease and body are thought as universals and analyzed from their biological nature-; and another from a socio-cultural perspective highlighting the socially produced and culturally constructed nature of disease, thus signifying and representing. Interest in stress as anthropology study object focus in unveiling the experience and meaning of people admitting stress suffering, looking forward understanding about stress processes.

Key words: health/disease/care process, disease, stress, actor point of view, representations

* Profesora Investigadora. Titular "C" de T. C. adscrita a la Dirección de Antropología Física del Instituto Nacional de Antropología e Historia. DAF-INAH

Fecha de recepción: 27 de agosto de 2007
Fecha de aprobación: 12 de diciembre de 2007

Introducción

En las últimas tres décadas se ha advertido el interés creciente por un problema de salud que alude, desde el pensamiento más común hasta el profesionalizado de la biomedicina, a un malestar físico y emocional que refleja las angustias y preocupaciones que los sujetos contemporáneos experimentan. Dicho malestar ha sido caracterizado por la biomedicina como *estrés*.

Desde la antropología me interesé en el estudio del estrés porque existe una tendencia a identificar al trabajo asalariado como fuente significativa de estrés y, a su vez, a éste como potencial generador de diversas enfermedades que hoy en día se perciben más dañinas para las mujeres, y además, porque el estrés aparece como un malestar característico, naturalizado, es decir como una parte ineludible de la experiencia cotidiana de la vida laboral y de las grandes ciudades en la época actual. No obstante existe aún escasa información que evidencie cuáles son los grupos vulnerables, de qué edad, de qué sexo; en qué condiciones individuales, laborales y familiares surge; y cómo los grupos de trabajadores y los médicos que los tratan, están respondiendo ante la presencia del estrés, ya considerado como problema de salud¹.

En este texto voy a presentar de manera resumida los principales elementos conceptuales que contribuyen a la configuración del estrés como objeto de estudio antropológico.

La enfermedad como problema antropológico

El estudio de la enfermedad desde una perspectiva social suele abordarse de manera amplia en áreas como la antropología y sociología médicas, la medicina social y la salud en el trabajo.

Se trata de áreas cuyos campos de acción se construyen social e institucionalmente y que aún siendo similares muestran diferencias de acuerdo a la manera en que construyen sus objetos de estudio y las perspectivas teóricas, conceptuales y metodológicas que aplican. Quizá las diferencias más claras se encuentran en las dimensiones de análisis y actores sociales que cada una aborda para explicar la enfermedad, pues mientras la primera lo hace desde la dimensión sociocultural abordando una serie

de comportamientos rituales, como sistema de creencias referidos a la salud, enfermedad y su atención, en cualquier sociedad y cultura, el resto lo hace a partir de enfocar la salud y la enfermedad desde las instituciones, las condiciones económicas y de clase, estudiando la profesión médica, y lo que implica en las sociedades consideradas complejas.

Para estudiar la enfermedad como problema antropológico utilizamos el marco de referencia de la antropología médica ya que ésta ha desarrollado además sistemas conceptuales centrados en explicar la enfermedad y su atención a partir de particularidades sociales y experienciales (Young, 1982).

Para explicar la enfermedad, la salud y la atención desde la perspectiva sociocultural y sociopolítica, numerosos antropólogos médicos (Young, 1982; Hahn y Kleinman, 1983; Kleinman y Good, 1985; Waitzkin, 1991; Lindenbaum y Lock, 1993; Good, 1996; Sargent y Jonson, 1990) han subrayado la necesidad de no perder de vista la manera en que la biomedicina ha configurado sus soportes teóricos.

Una mirada a ello, ha configurado desde la perspectiva de diversos autores (Young 1982; Lock y Scheper-Hughes, 1990) una posición teórica alternativa que subraya diferencias epistemológicas fundamentales entre la biomedicina y la antropología. En este sentido, como resultado del debate al interior de la antropología médica podemos destacar que ésta tiene su propia tradición de análisis autocrítico sobre la relación entre cultura, enfermedad, atención e instituciones curativas, cuyo proceder la ha conducido necesariamente a un juicio sobre el saber y la práctica biomédicas.

Si bien la diferencia entre la biomedicina y la antropología no es tema central para nuestra discusión, consideramos necesario mencionar algunos elementos que se han teorizado para mostrar una manera propiamente antropológica de explicar la enfermedad.

De manera sintética podemos decir que el conocimiento antropológico es fundamentalmente enigmático -toma en cuenta la diferencia, lo extraño, la otredad-, es local, en el sentido Geertziano, simbólico y relativista. El conocimiento biomédico permanece intrínsecamente universal, objetivo, y radicalmente materialista/reduccionista, resultado de su larga herencia cartesiana.

Desde esta perspectiva subrayo que la biomedicina se ha desarrollado bajo la consabida razón de poseer el conocimiento universal, objetivo y científico del cuerpo y de la enfermedad, y en consecuencia ha constituido su conocimiento desde la representación objetiva del cuerpo enfermo, a partir de signos y síntomas característicos,

¹ Construí el estrés como objeto de estudio antropológico para ser estudiado con un grupo de operadoras telefónicas. La principal motivación fue que un grupo de ellas estaban manifestándose políticamente para que el estrés fuese reconocido como enfermedad laboral. Véase Ramírez (2005)

definidos por un diagnóstico que concluye en la objetivación de la enfermedad. Así la historia de la enfermedad aparece natural y despersonalizada, individualizada y, documentada más como un proyecto médico, que como una historia experienciada y vivida por el o la paciente.

En las últimas tres décadas, estos dos órdenes de saberes han sido el centro del análisis que ha dado lugar a postulados centrales que hoy rigen la investigación sobre la enfermedad desde la perspectiva sociocultural. Desde nuestro punto de vista es preciso destacar estas discusiones ya que han generado expresiones conceptuales diferentes que es preciso señalar aunque sea de una manera muy sintética, dado que sirven para ubicar nuestra elaboración conceptual.

Desde los años 70, en un marco en el que las consideraciones respecto a las relaciones sociales en las que se encuentran inmersos los procesos de enfermedad, habían sido ignoradas o simplemente tomadas en cuenta de manera burda, vieron la luz una diversidad de propuestas analíticas que se pusieron en acción en estudios empíricos y teóricos para descifrar las diferencias entre la enfermedad como sistema de creencias y prácticas que elabora el enfermo y, la enfermedad como noción y entidad biomédica (Eisenberg, 1977). Esto quiere decir que la enfermedad como núcleo analítico desprovisto de su carácter únicamente biológico y concebido de manera distinta al enfoque biomédico estaba por aparecer.

Un modelo de análisis muy conocido es el que refiere a doble dimensión de la enfermedad, (Fabrega, 1971) que remite a la perspectiva de lo *“emic”* o sea la *elaboración e interpretación del paciente* y para lo cual utiliza el termino *illness*, (padecimiento); y lo *“etic”* que estará refiriendo a categorizaciones de la biomedicina, es decir aquellas que dan cuenta de la naturaleza objetiva y analítica que distingue con la noción *disease* (enfermedad).

La antropología médica norteamericana se ha apoyado en gran medida en este modelo de análisis illness/disease, (padecimiento/enfermedad) produciendo una gran cantidad de estudios etnográficos que han enfocado mayormente la perspectiva del paciente. Dentro de esta corriente, se distinguen diversas propuestas para abordar el padecimiento, ya sea como significado, construyendo redes semánticas (Good, 1977); como un sistema de creencias y prácticas, considerado como *explanatory model of illness* (modelo explicativo del padecimiento) (Kleinman, 1988); definido a partir de la experiencia (Fitzpatrick, 1984) o desde la etnografía de la experiencia (Kleinman y Kleinman 1991); utilizando la metáfora como estrategia que comunica otra parte de sufrimiento insensato e indecible (Kirmayer, 1992;

Low, 2000); como representación, que introduce el dilema epistemológico que plantea cómo los antropólogos han dado cuenta de las representaciones de los “otros”, referidas a la enfermedad y su atención (Good, 1996). Estos abordajes, que se ubican en la tradición interpretativa, coinciden en que la enfermedad es una realidad culturalmente construida y centran su punto de atención en el significado.

El gran aporte de esta tradición de análisis ha sido explorar la relación biología/cultura. Sin embargo, el problema de la enfermedad no se concluye asumiéndola como significado, representación o experiencia, que refiere a la producción de saberes en los dos órdenes señalados, destacando la importancia de la cultura. Incluso, esta consideración ha requerido de una revisión no sólo por el problema conceptual, sino porque atender específicamente la dimensión cultural dejó de lado otros aspectos igualmente importantes.

Al respecto, muchos investigadores han destacado críticamente que no ha sido suficiente con dar cuenta de las representaciones *per se*, sino que es indispensable establecer cómo el significando y las prácticas interpretativas actúan recíprocamente con procesos sociales, psicológicos, y fisiológicos para producir distintos padecimientos, así como sus trayectorias.

La tensión generada por los estudios que abordan el eje enfermedad/cultura, se advierte tanto a nivel conceptual, cuanto a la propia validez que muestran, cuestionada por el excesivo relativismo cultural, pero también por evidenciar aspectos desdibujados de la manera en que se produce la enfermedad, es decir, aspectos ideológicos que refieren a una estructura de dominación y resistencia (Lock y Scheper-Hughes, 1990 y Young, 1995).

Young (1982) en un análisis crítico en el cual discute el modelo padecimiento/enfermedad y sobre todo la propuesta de los “modelos explicativos”, destaca que dichas aproximaciones al centrarse en la perspectiva del individuo, le restan importancia al orden social que moldea y distribuye la enfermedad. Con esto, el autor llamó la atención sobre una “*anthropology of sickness*” que tendría como centro de análisis la manera en que se genera todo conocimiento sobre la enfermedad, pero siempre relacionado al contexto social y político que la produce.

Esta perspectiva cuya intención ha sido develar los procesos estructurales que están articulados a la expresión de la enfermedad y su atención, ha producido nuevas interrogantes acerca de las fuerzas políticas y económicas de alcance global que inciden en las expresiones locales de salud, enfermedad y su atención. Dichas interrogantes

ponen atención en el eje enfermedad/ideología, es decir en la preocupación por indagar *cómo se produce socialmente la enfermedad*, en contraste con aquella perspectiva que se pregunta *cómo se construye culturalmente el padecer*. Aquí ya no resulta tan importante la distinción padecimiento/enfermedad, sino establecer que la enfermedad es un producto social.

Otra limitación del modelo padecimiento/enfermedad fue observada y discutida por Hanh y Kleinman (1983), quienes nos dejan ver que dicho modelo de análisis resultó sumamente simplificado e impreciso, toda vez que, asumir que lo *etic* sólo correspondía al conocimiento biomédico, significaba dejar de lado el análisis biológico, social, cultural e ideológico que muestran otras prácticas no occidentales, y la consideración de la biomedicina como objeto de estudio antropológico, con lo cual se daba paso a un importante sesgo. Estos autores desafiando el paradigma biomédico, rompen con la idea de que la perspectiva objetiva está sólo del lado del modelo biomédico y van dando pautas para entender que todo conjunto de creencias y prácticas, para explicar y atender la enfermedad y el cuerpo, se constituye como un sistema de conocimiento con sus propias herramientas teóricas, técnicas e ideológicas. En consecuencia, destacan que la biomedicina, como cualquier conjunto de conocimientos y prácticas sobre la salud, enfermedad y su atención, debe ser analizada como un *sistema cultural*.

La literatura anglosajona (Young, 1982) ha mostrado interés en discutir estas diferencias utilizando distintas nociones *illness*, *disease*, *sickness*, para referir a las diferentes dimensiones en las que se expresa la enfermedad, y *healing* y *curing* (Hahn, 1995) para explicar la manera en que se atiende o se actúa, toda vez que para la antropología no sólo son importantes las ideas que los sujetos tienen sobre la enfermedad sino también la relación que existe entre estas y sus formas de atención. No obstante, lo más importante de estas elaboraciones teóricas y conceptuales está en destacar que existe un doble ordenamiento de las nociones y explicaciones sobre la enfermedad y su atención en función de saberes (saber de sentido común y saber profesional), que deben ser analizados como expresiones sociales, culturales, ideológicas, económicas de determinados conjuntos sociales.

En general se puede mencionar que el modelo *illness/disease* es reconocido por aportar algunos elementos necesarios para explicar la enfermedad, no obstante se advierten sus limitaciones y, una de ellas, insoslayable por cierto, es el problema que deriva del hecho de que en español no tenemos la variedad de nociones que refieren o explican la enfermedad y su atención en los dos órdenes apuntados

anteriormente. Sobre todo para destacar su diferencia en tanto producción social o construcción cultural como lo hemos anotado arriba.

En nuestro país las anteriores propuestas analíticas si bien se conocen y están cercanas a la producción teórica que se hace sobre el estudio de la enfermedad como sistema de creencias, es importante señalar que también Menéndez (1990) se ha preocupado por construir un marco teórico conceptual más inclusivo para la argumentación de la manera en que los conjuntos sociales se explican y atienden la enfermedad. Este autor, concibe como objeto de análisis de la antropología médica el *proceso salud/enfermedad/atención*, de aquí en adelante (s/e/a) definido como un hecho universal que encierra problemáticas estructurales, manifestadas también en una estructura de significados, ya que salud, enfermedad, muerte, y su atención, son hechos socioculturales que expresan relaciones de dominación y resistencia (Menéndez, 1994). Al afirmar que es este proceso es un universal, podemos entender cómo cada sociedad genera sus actividades teóricas, técnicas e ideológicas para enfrentar dicho proceso, produciendo sus propios curadores, que asumen la organización, transmisión y aplicación de estrategias, tanto para la cura como para el control, normativización y legitimación ante los conjuntos sociales.

Este fundamento analítico me ha servido para construir el estrés como objeto de estudio antropológico ya que al destacar que cualquier grupo social y no sólo los considerados “nativos” o las sociedades no occidentales, pueden ser analizados a partir de la relación enfermedad/cultura, enfermedad/ideología afirmo que la enfermedad, ya sea el susto, el empacho o el estrés, independientemente de que se configuren desde una etiología “popular” o científica, son hechos sociales que significan y representan lo que los grupos sociales experimentan dependiendo de su contexto y momento histórico.

Tomando en cuenta lo anterior, una premisa que he adoptado como punto nodal es que la enfermedad es un hecho cultural porque representa y expresa. Pero además, que es un producto sociohistórico. Esto es, que cada sociedad y cultura tienen formas específicas de **concebir, experimentar, usar y darle significado al cuerpo** y a los hechos que se asientan en él. Y que por tanto, producen sus propias representaciones sobre la naturaleza de éstos, constituyendo así un conocimiento elaborado social y culturalmente.

Esta noción de enfermedad nos orienta hacia una nueva manera de pensar y escribir sobre el cuerpo y sobre su

De la discusión conceptual que refiere a la enfermedad y al cuerpo en los dos órdenes de saberes que hemos apuntado anteriormente quiero destacar que, aunque reconozco que tanto el saber biomédico como el saber de sentido común pertenecen a dominios distintos, en la vida cotidiana en la que los sujetos tratan y responden a sus circunstancias de enfermedad se advierte que ambas concepciones son, en muchos sentidos, similares, se traslapan y refuerzan mutuamente. Esto nos conduce a resaltar su naturaleza dinámica, es decir, no se pueden abordar como elementos cosificados sino en permanente movimiento y transacción; dinamizados por la desigualdad socioeconómica, las diferencias socioculturales, de poder y de género.

Es que quizá, como han señalado de diversas formas una variedad de autores (Young, 1982; Lock y Scheper-Hughes, 1990; Lindenbaum y Lock, 1993) la tarea de la antropología médica tiene que ir más allá de reconocer que estudia los sistemas médicos alternativos, en tanto que focaliza al “otro” como paciente y como otra conceptualización diferente a la hegemónica, y se vuelve una tarea mucho más radical al asumir que todo conocimiento relacionado al cuerpo, a la salud y a la enfermedad se construye culturalmente, se negocia y se renegocia en un proceso dinámico a través del tiempo y del espacio.

Hemos apuntado que el proceso s/e/a es un proceso en permanente modificación que refiere una doble dimensión, la estructural y la simbólica dado que los conjuntos sociales también confieren una serie de significaciones colectivas a dicho proceso que generan cohesión y dan identidad.

En los centros laborales la disputa principal entre el trabajo y el capital se da en términos de lograr condiciones de trabajo óptimas donde se mantengan ambientes saludables, y se les dé a los trabajadores atención a la salud. Por lo menos éstas son las principales preocupaciones que las políticas de salud han delineado en el terreno laboral.

En este estudio, el análisis de la enfermedad en el ámbito laboral reconoce en primer lugar que dicho ámbito es, una *arena* en la cual se expresa aquella como parte de un sistema cultural, en cuyo caso los trabajadores juegan también el rol de enfermos. Esta arena refiere un campo sociopolítico de relaciones de poder, que no sólo dan pie a las llamadas relaciones sociales de producción (el sujeto en tanto trabajador), sino también a las relaciones jerárquicas que se dan con la autoridad coercitiva del médico con quien los trabajadores tratan sus estados de malestar (en tanto enfermos y pacientes) y, además, a las relaciones de género (en tanto hombres o mujeres) y lo que en términos sociales, culturales e ideológicos todo ello exige.

Anteriormente subrayé que la enfermedad representa y expresa particularidades individuales de los que la padecen y por consiguiente de las relaciones socioculturales que éstos entablan, dependiendo de su momento histórico. No

obstante, las diferencias o similitudes no sólo se encuentran entre las sociedades y las culturas en términos generales, sino que existen también a nivel de pequeños conjuntos sociales que se amalgaman a partir de ciertas creencias, normas y valores compartidos, todo ello produciendo una diversidad de nociones y actitudes que se conforman a partir de una variedad de fuentes dispares y distintas y que aparecen matizadas dependiendo del género, la edad, la estratificación social y la etnia.

Lo que los diversos conjuntos sociales piensan y realizan respecto de la salud y la enfermedad, refiere entonces a un proceso que genera un conjunto complejo de saberes conformados a partir de diversos significados, que es preciso tomar en cuenta.

Por ejemplo, toda idea de enfermedad tiene como referencia una idea de cuerpo, de sujeto, de realidad que enfrenta, así como de los roles que éste juega en su sociedad. Y a todo proceso de explicación o lógica le corresponde una noción particular de enfermedad. Y más aún, toda forma de pensar y de actuar, *posiciona* a cualquier sujeto en relaciones desiguales de poder y de saber, toda vez que conscientemente o no tiene proyecciones valorativas al respecto. Esto último resulta de suma importancia para destacar que los actores sociales involucrados en la salud laboral, no sólo son los trabajadores considerados éstos como un conjunto homogéneo, sino también se encuentran involucrados de manera importante los médicos, quienes son los encargados de la atención a la salud, pero también son los que transmiten la ideología y práctica biomédica constituida por saberes y prácticas sobre la *s/e/a* y los que transforman dichos saberes en conceptos dominantes del cuerpo, e influyen poderosamente sobre la manera en que las personas experimentan y habitan sus cuerpos en la enfermedad. Asimismo, más allá de lo que les concierne como poseedores de un saber profesional, los médicos, como ha advertido Waitzkin (1991) ignoran o no toman en cuenta de manera crítica las fuentes contextuales del sufrimiento, con lo cual lo que hacen es reafirmar las expectativas dominantes de la sociedad en general, o del contexto laboral en el que se disputan las relaciones jerárquicas y las de género.

Por otro lado, y no menor por cierto, también se encuentran los directivos, empresariales y sindicales, quienes tienen sus propias formulaciones sobre la *s/e/a*, que necesariamente pasa por la consideración de la productividad.

Cada uno de estos *actores sociales* adquiere este estatus en la medida en que tienen una particular forma de entender y atender el proceso *s/e/a* en relación con el trabajo que aparece matizada precisamente por aquellas relaciones de

poder que hemos señalado arriba, que a menudo se expresan en el conflicto, aunque también en la negociación.

Además, en torno a los trabajadores como actores sociales debemos destacar que aún asumiendo que su identidad como trabajadores les da una cierta homogeneidad, al interior de estos existe diferencia que se va a ver matizada por sus múltiples pertenencias que tienen que ver con situaciones individuales, familiares y laborales.

Intentar responder en el medio laboral ¿qué es enfermedad? O ¿qué puede causar enfermedad? remite necesariamente a tomar en cuenta los anteriores elementos de manera relacional, dado que la interrogante ¿son las condiciones medioambientales o las patógenas, la fisiología del paciente, o sus conductas de riesgo, las causantes de enfermedad? que ha venido dirigiendo las indagaciones en salud laboral, requiere reelaborarse haciendo inclusiva una reflexión sobre lo que se entiende por trabajo y por condiciones de trabajo, que en resumen debe dirigirse a entender de manera más integral la relación trabajo/enfermedad.

Articulando las nociones Trabajo y Estrés

En este apartado vamos a exponer la manera en que concebimos el trabajo y el estrés perfilando lo que suponemos está implicado en su manifestación como una enfermedad contemporánea.

En la actualidad ya nadie se pregunta si el trabajo o más específicamente las condiciones de trabajo provocan alteraciones en la salud, ya que desde hace algunos siglos se acepta que dependiendo del tipo de trabajo y de las condiciones en que se ejecuta, se pueden producir enfermedades y accidentes laborales. No obstante, el trabajo industrial ha generado una problemática compleja que alude no sólo a la salud física sino también a la mental, cuya preocupación, en el medio laboral, ha llevado a los estudiosos a indagar concretamente los efectos nocivos y adversos que emergen del propio proceso productivo.

El problema en consecuencia requiere de un enunciado que de cuenta de la propia complejidad que se observa con las profundas transformaciones que ha traído la industrialización y más adelante los procesos de cambio tecnológico vividos en el siglo XX, que han exigido a los trabajadores y a la sociedad en su conjunto, sucesivos ajustes a las nuevas realidades económicas, tecnológicas y socioculturales.

Desde esta perspectiva numerosos investigadores sociales apurados en explicar tales procesos de cambio han llegado

a conclusiones similares. No importa si la intención es analizar la transformación tecnológica, la reestructuración del neocorporativismo o ambas cuestiones articuladas, o si se analiza la salud y la enfermedad de los sujetos que intervienen en tales procesos de cambio y respuestas sindicales. El resultado es que los procesos industriales y el cambio tecnológico están generando importantes cambios en el patrón de morbilidad. Se identifica en consecuencia emergentes problemas de salud mental y/o emocional relacionados con condiciones de trabajo peligrosas, pero también con bajo esfuerzo físico, posturas fijas, simplificación del trabajo, monotonía y aislamiento, cuya expresión está conformando una patología psicosomática y nerviosa que en términos generales se asume como estrés.

Los estudiosos de la salud mental en el trabajo consideran que existen efectos psicológicos adversos relacionados con la organización inadecuada del trabajo y convienen en que estos pueden ser factores físicos –temperatura, velocidad y humedad del aire, ruido, radiaciones ionizantes, humos, polvos, gases, vapores– y factores sociales: organización del trabajo, horarios, ritmos, monotonía y relaciones sociales interpersonales. Esta ordenación alude en buena medida a diferentes áreas temáticas –ingeniería, medicina, psicología, ergonomía, y sociología entre otras–, que desde la segunda mitad del siglo pasado han estado atendiendo el problema, al coincidir en el interés de explicar la manera en la cual las condiciones de trabajo inciden en el funcionamiento somático y psicológico de los trabajadores. Algunos hallazgos han puesto de manifiesto que cuando las labores no tienen las características apropiadas, afectan la satisfacción, la motivación y el compromiso, propician el sentimiento de alienación, son causa de bajo rendimiento individual y de grupo y se asocian con manifestaciones de estrés. Véase (Locke 1976; Locke y Henne, 1986; Locke y Taylor, 1990; Korman, 1980).

Tanto a nivel internacional como nacional, el tema mantiene una constante que es preciso resaltar. Y es que el trabajo, lo mismo que la salud y enfermedad, se define y explica de diferente manera si se contemplan desde la relación trabajo/capital.

Esto es, para las autoridades empresariales un hecho importante a explicar es la insatisfacción en el trabajo y la falta de motivación que pueden manifestar los trabajadores generando una conducta de ausentismo, visitas continuas al médico, retardos y propensión a los accidentes y que en definitiva afectan su rendimiento objetivo -productividad. Desde la perspectiva de los trabajadores, las preocupaciones están colocadas propiamente en cómo el proceso laboral en términos de ambiente físico, tecnología utilizada y relaciones

sociales jerárquicas que se entablan al interior del trabajo, pueden conjuntamente generar enfermedad.

Ambas perspectivas coinciden en tomar en cuenta el ambiente de trabajo para explicar el estrés, pero discrepan en los puntos que enfocan. Mientras el interés de las autoridades empresariales está colocado en los aspectos de personalidad y estilos de afrontamiento del trabajador; el interés de los trabajadores está en incidir en las condiciones de trabajo y en las formas de organización, pugnando por favorecer la participación colectiva hacia una mejor remuneración en las labores consideradas peligrosas y estresantes.

Aparte de que estas perspectivas están provistas de conflicto por el lugar que ocupan en la producción, podemos considerar que existen también dificultades en la manera en que teóricamente se han definido las nociones de trabajo y condiciones de trabajo.

Considero que es en su definición y manejo operativo que se generan distintas aproximaciones y resultados. Así por ejemplo algunas perspectivas asumen el trabajo, ponderando más su aspecto positivo, concibiéndolo como el acto de realización del espíritu creativo. Mientras que otras pueden estar enfocando tan sólo su lado negativo y en este sentido apuntar tan sólo que el trabajo puede alterar la salud y producir accidentes. Dependiendo del aspecto que se enfoque los resultados de investigación posiblemente nos den tan sólo información de una parte de la realidad que enfrentan los trabajadores.

Una visión positiva del trabajo podría subrayar tan sólo el aspecto benéfico asumiendo que el trabajo genera autoestima, contribuye a la economía individual y familiar, da prestigio, etc. O bien, también podría llegar incluso a la conclusión de que si aparece la enfermedad, cualquiera que ésta sea, es un mal buscado de manera individual y, con dificultad, comprendería la complejidad de un proceso que influye no sólo en el individuo, sino en una colectividad formada por sujetos que piensan, sienten y no sólo se enferman sino que actúan sobre su enfermedad.

Una perspectiva negativa del trabajo pondrá el acento en la manera en que la producción afecta a los trabajadores. Desde este ángulo, el trabajo aparece como una actividad a través de la cual no sólo se producen bienes para satisfacer necesidades sino también plusvalor, es decir riqueza. Aquí se destaca un proceso que, concebido en tanto proceso de producción, genera enriquecimiento a unos cuantos y empobrecimiento a muchos. Esta concepción conduce, en el terreno de la salud, a observar puntillosamente su lado negativo, el deterioro mismo del hombre, su desgaste físico

y mental. Y a los trabajadores como víctimas, dejando de lado toda la potencialidad que éstos mismos utilizan para responder a su propia condición y la manera en que se expresa a través de ellos la ideología y la cultura. En resumen vislumbra una contienda entre capital y trabajo y a la salud y la enfermedad como una mercancía.

Por último, si ambas concepciones generan investigaciones ubicadas en el medio laboral, sea este industrial o no, para interpretar la salud denominada laboral, concibiendo sobre todo las condiciones de trabajo como un “campo-laboratorio”, que toma en cuenta sólo algunos aspectos, se pierde la posibilidad de reconocer que el trabajador es un sujeto social, cultural y político y se advierte más como un elemento del ambiente de trabajo, que al llegar a éste se quita imaginariamente la cabeza ni más ni menos que si tratara de un sombrero, para colgarla en el perchero y ponerse a trabajar.

Por el contrario, el sujeto trabajador es portador de una cultura e ideología que se expresan en todos los ámbitos de su vida y que a pesar del fordismo y taylorismo, que exigen la descalificación, la simplificación y la pérdida de contenido del trabajo, el elemento humano ya sea hombre o mujer tendrá una respuesta dependiendo también de esta condición.

Con esto último subrayo la importancia de comprender que el significado social del trabajo y la forma en que se desempeña han cambiado en la época actual, cambiando también la división sexual del trabajo, toda vez que en las últimas décadas la inclusión de las mujeres al mundo laboral ha ido en aumento.

En este tenor considero importante partir de un concepto de trabajo más abarcador que operativamente nos permita acceder a la explicación de un fenómeno desde una visión no fragmentada de la realidad. Así **el trabajo debería concebirse lo mismo en sus aspectos negativos y positivos como campo sociopolítico que no sólo refiere al conflicto y a la negatividad, sino también a la creatividad, negociación, y beneficio de los grupos sociales. Está conformado por una organización jerárquica, ideológica, técnica y social y un conjunto de normas, concepciones, tradiciones, creencias, prácticas, sentidos y significados, dinamizados por las relaciones de poder y de género.**

Las condiciones de trabajo en tanto tendrían que concebirse como las situaciones a las que se enfrentan los trabajadores, igual en lo concerniente al ambiente físico conformado por el espacio en el que se desarrolla el trabajo, los instrumentos utilizados, los inmuebles, los agentes físicos y químicos; que al

ambiente sociocultural el cual se refiere al nivel organizacional, en donde contemplamos diversos elementos: tipo de contratación, movilidad en el puesto, competencia y conflicto con los pares, designación de los puestos, expectativas y exigencias de los superiores, hostigamiento psicológico y sexual e ideología de la organización.

Estas consideraciones son sumamente importantes en tanto pretendemos dar respuesta a la inquietud del estrés como un problema de salud laboral. Sobre todo si como he adelantado, la asociación del estrés con las condiciones de trabajo resulta limitante si sólo se toman en cuenta algunos elementos y otros se obvian.

Ahora bien, en cuanto a la noción de estrés que orienta la presente propuesta se destaca lo siguiente. Si como he apuntado anteriormente, cada sociedad y cultura construye sus propias creencias y acciones respecto de la enfermedad, la salud y sus formas de atención, nuestra sociedad contemporánea no está exenta de ello. Asimismo, el análisis que numerosos antropólogos médicos han venido realizando en los últimos 30 años sobre los sistemas culturales “no occidentales” y más reciente sobre la biomedicina, también como sistema cultural, pone de manifiesto la conveniencia de subrayar, como lo han hecho Worsley (1982) Keesing, (1987) y Good, (1996) que las creencias culturales no sólo constituyen explicaciones y significados sino también ideologías por medio de las cuales se legitiman ciertas realidades políticas y económicas.

Orientada por estas nociones considero el estrés como un padecimiento históricamente determinado, que representa y designa determinado espectro de síntomas físicos y estados emocionales y, además, expresa un proceso de producción de conocimiento en el que intervienen, según lo ha expuesto Young (1980) los sujetos que sufren de estrés, los médicos que diagnostican y tratan el estrés y aquellos que se dedican a realizar investigaciones –psicobiológicas y sociales– sobre el estrés.

Nuestra primera aproximación al problema del estrés evidenció cómo dicha noción, construida como entidad biomédica y definida por Monet y Lazarus (1977)² como “*la respuesta del organismo ante eventos o demandas externas o internas, o ambas, que agotan o exceden los recursos de adaptación del sistema social o del sistema orgánico del individuo*”, en la actualidad se ha popularizado, encontrándose asociado cada vez más a la vida cotidiana urbana -ruidosa, ajetreada, controlada por el trabajo y sin

² Citado en Lemus y Linares, (1988).

tiempo para la vida personal- considerándose una manera característica de enfermar de la sociedad contemporánea.³

El estrés concebido como una expresión generalizada, popularizada, es más bien un estereotipo que podría estar representando a la ideología dominante. Es decir, una serie de proyecciones valorativas conscientes o no, que indican que a una determinada forma de vida le corresponde sufrir de estrés, de tal suerte que la mayoría de la gente que se enfrenta a tales circunstancias sabe de antemano que se enfrenta a él, aún sin saber qué es o incluso sin haberlo vivido. Es pues una idea que se queda en la superficie, una idea homogeneizadora que en sí misma no explica lo que ocurre en conjuntos concretos de trabajadores o trabajadoras. Este señalamiento, sin embargo, no quiere decir que el estrés no exista.

Desde mi perspectiva el estrés existe, ya que cada vez hay más personas que están refiriéndolo como un malestar actual laboral.

Para realizar la investigación sobre estrés desde la perspectiva sociocultural asumí su existencia porque un grupo de operadoras telefónicas así lo advirtió y, más aún, lo vivió como un problema de salud laboral. Éste fue mi punto de partida en tanto hecho concreto, aunque no forme parte de la esfera fáctica, sino más bien de la esfera de la discursividad de tal conjunto de trabajadoras.

En esa investigación **definí al estrés** como una construcción social. Es decir, que su constitución es producto de la relación generada por los actores sociales. En este sentido, si bien asumo que la noción de estrés es una elaboración del saber profesional de la biomédicina y psicología que describe, a través de diversos indicadores, la reacción neurohormonal y psicológica de un individuo a una variedad amplia de estímulos medioambientales; constituye simultáneamente una metáfora que los conjuntos sociales, manejan y aplican para explicar síntomas físicos, así como situaciones y relaciones en las cuales se encuentran inmersos. Considero entonces que el estrés es una figura que encierra diversos significados que se crean en una compleja concepción construida desde la experiencia corporal que se despliega en un andamiaje

de metáforas, dependiendo del contexto y de su momento histórico. En síntesis, el estrés es un malestar físico, emocional, social y moral, cuyos orígenes y consecuencias son estructurales. Visto como proceso considero que su *expresión varía a lo largo de la vida y depende de lo que para cada persona es un estresor o circunstancia adversa que ponen en riesgo o en mayor probabilidad de enfermar y, de la manera en que ésta considera que dispone de determinados recursos de resistencia -individuales y sociales- para dominarlo, tolerarlo, o reducirlo.*

Pensar en que el estrés puede estar definido también por diversos síntomas –no sólo los físicos, emocionales y conductuales–, sino también los sociales y morales tiene como objetivo considerar todos los elementos posibles que intervienen en la predicción de estrés, y esto no quiere decir que todos los sujetos que sufran de estrés deban de experimentarlos. Más bien nuestro interés es destacar algunos elementos sociales y culturales que tradicionalmente no son tomados en cuenta en el listado de síntomas convencionales que se encuentran referidos en la literatura biomédica y recientemente en la de autoayuda que se preocupa por extender toda la información posible para controlar y manejar el estrés.

Comprender los principales síntomas que etiológicamente le dan existencia al estrés significa la posibilidad de contar con un diagnóstico, pero también como lo han expuesto algunos estudiosos (Cahill, *et al* 1995) representa la posibilidad de incidir en aspectos organizacionales, en programas de salud y, desde luego, en la manera en que tanto empleados como directivos deben atender y manejar el estrés.

A manera de síntesis

Para cerrar este apartado señalaré en síntesis que el estudio del proceso s/e/a en el medio laboral requiere tomar en cuenta que el ámbito laboral es un espacio sociopolítico en el que se disputan un conjunto de saberes y prácticas referidas no sólo al cuerpo y al proceso s/e/a, sino también en torno al sujeto trabajador, productivo y, en general, a todo aquello que refiere al mundo laboral y extralaboral como espacios significantes.

En este ámbito sociopolítico todos los involucrados (autoridades empresariales, médicas y sindicales y, trabajadores en general) deben ser considerados como actores sociales que luchan constantemente con múltiples demandas que surgen tanto en el ámbito laboral como en el extralaboral y cuyas formas de pensar y de actuar están dinamizadas por el género, la estratificación social y las relaciones

³ La definición de estrés ha sido uno de los dilemas teóricos más importantes que los estudiosos han atendido. No obstante considerarse que aún no se ha resuelto, la gran mayoría de modelos analíticos contemporáneos tienen como elemento común que el estrés se conceptualiza en términos de la relación entre el trabajo y la persona. Por razones de espacio no voy a abordar los diferentes modelos de análisis aplicados al estrés pues ya lo he realizado en otros trabajos (Ramírez, 2005a; 2005b), más bien me interesa delinear los elementos que considero nodales para la elaboración de la argumentación sobre el estrés desde la perspectiva sociocultural.

socioculturales e ideológicas en las que se encuentran inmersos.

Las interrogantes sobre salud laboral que orientan la mirada hacia nuevos derroteros sin duda provienen de modelos de análisis en donde la teoría social y la teoría feminista han brindado pautas para reconocer lo que décadas atrás aparecía delineado por la neutralidad, que definía a los trabajadores como un sólo grupo social sin distinciones de estratificación social, de edad, de género y, desde las representaciones y prácticas de la medicina hegemónica, que es la encargada de diagnosticar y dar legalidad a la enfermedad.

Por lo anterior consideramos que las nuevas interrogantes deben partir de una perspectiva relacional entre saberes y prácticas provenientes de diversos órdenes (sentido común y saber profesional); entre actores y contexto; entre trabajo y la familia como contextos significantes que deben verse en un *continuum* y; a través de las dimensiones biológica, social, cultural, económica, histórica e ideológica. Sólo de esta manera podremos comprender procesos de cambio, que generados desde alguna de estas dimensiones, tienen repercusiones en los cuerpos de los trabajadores, es decir en lo biológico, pero también en sus relaciones sociales, culturales e ideológicas a través de las cuales se expresan las transformaciones de los ámbitos laborales y, en consecuencia, en la configuración de otros riesgos de enfermedad, de los padecimientos cotidianos y de las formas de negociación sobre las enfermedades consideradas como laborales.

Esto nos remite a indagar ¿por qué y de qué manera la enfermedad ocurre en los centros laborales?, ¿cuáles son las principales enfermedades relacionadas a qué tipo de trabajo? ¿cómo se manifiestan estas enfermedades por estratificación social, etnia, edad, y género? ¿cuáles son los factores que las implican?, ¿quiénes son los grupos vulnerables, de qué edad, de qué sexo? ¿en qué condiciones individuales, laborales y familiares surge? y ¿cómo los grupos de trabajadores y los médicos que los tratan, están respondiendo ante estos problemas de salud?

Las anteriores son preguntas básicas que orientan la indagación del proceso s/e/a en el medio laboral. Desde nuestra perspectiva y de acuerdo a lo que hemos venido reflexionando al respecto consideramos que quizá la pregunta relacional más compleja de responder por su carácter teórico, metodológico y epistemológico sería ¿Cómo podemos escribir sobre la enfermedad de los trabajadores de tal manera que al tiempo que comprendemos las realidades desde su conocimiento y experiencia vivida podamos alcanzar a entender procesos sociales, culturales e históricos de los cuales ellos pueden o no estar conscientes?

En la presente reflexión hemos mantenido latente esta pregunta (sin que sea propiamente la pregunta de investigación) debido a que algunas preocupaciones sobre el estudio de la enfermedad desde la perspectiva sociocultural nos conducían a tomar en cuenta tres presupuestos epistemológicos fundantes: que no existen actores sin contexto; que no siempre lo que éstos perciben y piensan respecto del proceso s/e/a tiene correspondencia con lo que dicen que hacen; y aún más, que no siempre su punto de vista es correcto.

En este sentido consideramos que una manera de responder a semejante pregunta sin perder de vista tales inquietudes es abordando la enfermedad desde “el punto de vista del actor” (Geertz, 1984; Menéndez, 1997) considerada como estrategia metodológica adecuada. Esto significa, en principio, recuperar una voz silenciada política y culturalmente, la de hombres y mujeres en tanto trabajadores. Pero también tiene el objetivo de dar espacio a un conocimiento constituido en otro orden de la realidad, el que corresponde, de acuerdo al modelo padecimiento/enfermedad que hemos citado, al conocimiento de sujetos (hombres y mujeres comunes), los que no producen conocimiento profesional científico de la enfermedad, empero son dueños exclusivos de su experiencia de padecer y elaboran valores y significados que otorgan a los eventos causales, así como a la propia definición de padecimiento.

El punto nodal de esta propuesta es resolver un problema con estatuto epistemológico que refiere a la explicación de cómo los sujetos comprenden y explican, desde su propia perspectiva, la imagen que tienen de sí mismos, lo que piensan y hacen respecto de la realidad sociocultural que experimentan (en nuestro caso lo referido al proceso s/e/a) y cómo esto, a su vez, es comprendido y explicado o traducido e interpretado por el antropólogo.

Consideramos que partir del punto de vista del actor para acceder a las representaciones y prácticas de los trabajadores respecto del proceso s/e/a permitirá develar un mundo de experiencia y significación que a menudo los profesionales de la salud desconocen o bien no les interesa conocer, no obstante tiene implicaciones significativas sobre la manera en que los trabajadores atienden su padecimiento y, en la aceptación, rechazo o indiferencia del manejo de su enfermedad prescrito por los profesionales de la salud. Mostrar ese mundo de experiencia y significación contribuye a esclarecer los procesos que involucra.

Para los trabajadores puede servir en muchos sentidos, dado que conocer una realidad compartida por su grupo contribuye a trazar mecanismos y acciones colectivas para

Para los profesionales de la salud, conocer la enfermedad desde los que la padecen ubicados en un contexto específico,

Bibliografía

- Cahill J, Landsbergis PA, Schnall PL. 1995 (September). An Introductory Guide for Managers, Supervisors and Union Members. Ponencia presentada at the Work Stress and Health '95 Conference. Washington D.C.
- Eisenberg, L. (1977) Disease and Illness: Distinctions between professional and popular Ideas of Sickness *Culture, Medicine & Psychiatry* 1:9-23
- Fabrega, H Jr. 1971. Medical Anthropology. *Biennial Review of Anthropology*. Ed Bernard Siegel. Stanford. 167-222. Stanford University Press.
- Fitzpatrick, R. (1984) *La enfermedad como experiencia*. FCE, México
- Geertz, C. 1984. From the native's point of view: on the nature of anthropological understanding. In Richard Shweder and Robert Levine (ed). *Culture Theory: Essays On Mind, Emotion and Self*. 123-136. Cambridge University Press.
- Good, B. 1977. The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1: 25-58.
- Good, B. 1996 *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropology Perspective*. Cambridge University Press.
- Hahn, R. 1995. *Sickness and Healing An anthropology perspective*. Cambridge University Press.
- Hahn, R. y Kleinman, A. 1983. Biomedical Practice and Anthropological Theory. *Ann. Review Anthropol.* 12: 305-33.
- Keesing, R. 1987. "Anthropology as Interpretative Quest". *Current Anthropology*. 28:161-169
- Kirmayer, L. 1992. The Body's Insistence on Meaning: Metaphor as Presentation and Representation in Illness Experience. *Medical Anthropology Quarterly* 6(4): 323-346.
- Kleinman, A. 1988. The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition, New York,: Basic Books, Inc, Publishers.
- Kleinman, A y Good, B. 1985. *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of affect and disorder*. University of California Press, Berkeley.
- Kleinman, A y Kleinman, J. 1985. Somatization: The Interconnections in Chinese Society among Culture, Depressive Experiences, and the Meanings of Pain" *en Kleinman y Good Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of affect and disorder*. University of California Press, Berkeley.

- Kleinman, A y Kleinman, J. 1991. Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience. *Culture, Medicine and Psychiatry* 15: 275-301.
- Korman, A.K. 1980. *Career success and personal failure*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Lemus, N y Linares, I. 1988. *Estrés Ocupacional. Estudio de caso en una empresa automotriz Venezolana*. Tesis de sociología Pp.151. Universidad de Carabobo, Venezuela.
- Lindenbaum, S y Lock, M. 1993. *Knowledge, Power and Practice. the Anthropology of Medicine and Everyday Life*. University of California Press.
- Lock, M y Sheper-Hughes, N. 1990. A Critical Interpretative Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. in T. Johnson and C. Sargent (eds) *Medical Anthropology: a Handbook of Theory and Method*. 47-72.
- Locke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. Dunette (ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology*. New York: Rand McNally, pp. 1297-349.
- Locke, E.A., and Henne, D. (1986). Work motivation theories. In C. Cooper and L. Robenson (eds.), *International review of industrial and organizational psychology*. Chichester, England: Wiley, pp. 1-35.
- Locke, E y Taylor, MS. 1990. "Stress, Coping and the Meaning of Work". En W. Nord & A. Brief (Eds.) *The Meaning of Work*. New York D. C. Health.
- Low Sheta, M. 1994 (2000). "Embodied metaphors: nerves as lived experience". En Thomas Csordas *Embodiment and Experience*. Cambridge University Press.
- Marcus, G y Fisher, MM. 1986. *Anthropology as Cultural Critique. An Experimental Moment in The Human Sciences*. Chicago.
- Menéndez, E. 1990 *Antropología Médica. Orientaciones, Desigualdades y Transacciones*. Cuadernos de la Casa Chata. No. 179, México.
- Menéndez, E. 1994. La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?. *Alteridades Rev.* UAM-IZT, año 4, No. 7. México.
- Menéndez, E. 1997. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones*, 67: 239-270. El Colegio de Michoacán, México.
- Pandolfi, M. (1990). Boundaries Inside the body: Women's Sufferings in Southern Passant Italy. *Culture Medicine & Psychiatry* 14:255-74
- Ramírez, J. 2005a "El estudio del estrés. Un modelo para armar". En Estudios de Antropología Biológica Vol XII 497-520
- Ramírez, J. 2005b "El estrés como metáfora. Estudio antropológico con un grupo de operadoras telefónicas". Tesis de Doctorado en Antropología. CIESAS.
- Sargent, C y Jonhson, T. 1990. *Medical Anthropology Contemporary, Theory and Method*.
- Waitzkin, H. 1991. *The Politics of Medical Encounters. How Patients and Doctors Deal With Social Problems*. Yale University Press.
- Worsley, P. 1982. "Non-Western Medical Systems. *Annual Review of Anthropology*. 11:315-348
- Young, A. 1980. The Discourse on Stress and The Reproduction of Conventional Knowledge. *Soc. Sci. & Med.* 14B: 133-146.
- Young, A. 1982. The Anthropology of Illness and Sickness. *Ann. Review of Anthropology*, 11: 257 :85.
- Young, A. 1995. A description of How Ideology Shapes Knowledge of a Mental Disorder (Posttraumatic Stress Disorder) En Shirley Lindenbaum & Margaret Lock Edits. *Knowledge Power & Practice. The Anthropology of Medicine and Every Life*.