

ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO DEL TEXTO *WORLD HEALTH ORGANIZATION
GUIDELINES ON MENTAL HEALTH AT WORK (2022)*

Gilmari Blas Rodríguez, MA

Disertación sometida al Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico,
Recinto de Río Piedras, como uno de los requisitos conducentes al grado de Doctorado en
Filosofía con especialidad en Psicología

6 de diciembre de 2024

Universidad de Puerto Rico

Recinto de Río Piedras

Esta disertación es propiedad conjunta de la autora y el Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. No podrá ser fotocopiada, resumida ni publicada en parte o en su totalidad, sin el consentimiento de la autora y de la Dirección del Departamento de Psicología.

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO.....	ii
LISTA DE TABLAS	iv
LISTA DE FIGURAS.....	v
LISTA DE ABREVIATURAS	vi
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN.....	vii
RESUMEN	viii
RESUMEN BIOGRÁFICO DE LA AUTORA.....	ix
DEDICATORIA	xi
RECONOCIMIENTOS	xii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	2
Evolución en la Denominación de SM	3
Planteamiento del Problema	6
Justificación	8
Objetivos y Preguntas de Investigación.....	11
CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LITERATURA.....	13
Contexto Sociopolítico Puertorriqueño.....	13
Crisis de Salud Mental en Puerto Rico	20
La salud mental como una responsabilidad individual o social.....	22
Ley de Salud Mental en Puerto Rico	28
Concepciones dominantes de la salud mental en contextos de trabajo.....	29
Perspectiva Biomédica.....	31
Perspectiva Cognitiva-conductual	33
Perspectiva Psicosocial	34
Perspectiva Crítica	39
Recomendaciones para reformular las concepciones de salud mental en el trabajo y las organizaciones.....	41
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO.....	49
Subjetividad	50
Perezhivanie (vivencia).....	50
Sentido	51
Sentidos subjetivos	52
Configuraciones subjetivas.....	53
Personalidad.....	54

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Subjetividad social	54
Discurso	56
Poder	56
Dispositivo	57
Disciplina	57
Instituciones	58
Confesión	59
Poder psiquiátrico	59
CAPÍTULO IV: MÉTODO	60
Fundamentos ontológicos y epistemológicos del ACD	61
Dimensiones del ACD	62
Diseño	66
Técnica	67
Procedimiento para el AT y ACD	69
Análisis Temático	69
Análisis Crítico del Discurso (Anejo 1)	83
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN ACD	87
Ejes Temáticos	89
Análisis de Crítico del Discurso	90
Síntesis	117
Salud mental desde la perspectiva histórico cultural	122
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	125
Síntesis	132
Limitaciones	133
Recomendaciones	134
Direcciones futuras	134
Reflexión final	135
REFERENCIAS	139
Anejos	161

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	71
Tabla 2	74
Tabla 3	78
Tabla 4	82
Tabla 5	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	16
<i>Negociado del Censo de los EU, Familias bajo el nivel de pobreza</i>	<i>16</i>
Figura 2	17
<i>Negociado de Estadísticas del Trabajo del Departamento del Trabajo Federal (2024)</i>	<i>17</i>
Figura 3	18
<i>Negociado de Estadísticas del Trabajo del Departamento del Trabajo Federal (2023)</i>	<i>18</i>
Figura 4	38
<i>Riesgos psicosociales para la salud mental en el trabajo (OMS, 2022)</i>	<i>38</i>
Figura 5	63
<i>Modelo tridimensional ACD, Fairclough (1989)</i>	<i>63</i>

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD – Análisis Crítico del Discurso

ASSMCA – Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción

AT – Análisis Temático

CPI – Centro de Periodismo Investigativo

DSM – Diagnostic Statistical Manual

EU-OSHA – Agencia Europea para la seguridad y la salud en el trabajo

GWI – Global Wellness Institute

IBE – Intervención Basada en Evidencia

JSAF – Junta de Supervisión y Administración Financiera para Puerto Rico

mhGAP – WHO mental health gap action programme

MR – Members Reference

MNS – Trastornos Mentales, Neurológicos y por Consumo de Sustancias

OIT – Organización Internacional del Trabajo

OMS – Organización Mundial de la Salud

OSHA – Occupational Safety and Health Administration

PIO – Psicología Industrial Organizacional

PTO – Psicología del Trabajo y las Organizaciones

PSO – Psicología de la Salud Organizacional

SM – Salud Mental

SMTO – Salud Mental en el Trabajo y las Organizaciones

TBE – Terapia Basada en la Evidencia

WHO – World Health Organization

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Tania García Ramos, PhD

Directora del Comité de disertación

Jesús J. Marrero Centeno, PhD

Segundo miembro del Comité de disertación

Edgardo Morales Arandes, Ed.D

Lector del Comité de disertación

RESUMEN

En esta investigación problematizo las prácticas discursivas en torno a la salud mental en el trabajo y las organizaciones, a partir del análisis crítico del discurso del texto de la Organización Mundial de la Salud (2022), titulado *World Health Organization Guidelines On Mental Health at Work*. Las preguntas de investigación que guiaron este trabajo fueron: 1) ¿Qué patrones discursivos se emplean en la representación de problemas de salud mental en contextos del trabajo y las organizaciones? 2) ¿A quién se responsabiliza por la salud mental: a los individuos o a la sociedad? 3) ¿Cuáles son los discursos dominantes sobre la salud mental en contextos del trabajo y las organizaciones? 4) ¿Cómo pueden reformularse las concepciones de salud mental en el trabajo y las organizaciones? El marco teórico utilizado fue la teoría de Subjetividad de Fernando González-Rey (1997a, 1997b, 2009, 2011, 2022) y conceptos centrales de la obra filosófica de Michel Foucault (1972, 1973, 1978). El análisis revela que, a pesar de la intención de la OMS de abordar la salud mental en el trabajo de manera integral, su enfoque sigue centrado en el diagnóstico y la reducción de síntomas, reflejando una perspectiva funcionalista y médica que prioriza la productividad y la eficiencia. Este acercamiento, además, presenta un enfoque ahistórico y apolítico, soslayando las influencias sociales y económicas que afectan la salud mental de los trabajadores. El discurso predominante sobre la autogestión de la salud mental implica una patologización que responsabiliza al individuo por su bienestar, sin considerar las condiciones estructurales que contribuyen a su malestar. Asimismo, se observa una falta de atención a las interseccionalidades de la población trabajadora, demostrando una comprensión limitada de las subjetividades.

Palabras claves: salud mental en el trabajo, análisis crítico del discurso, subjetividad, organización mundial de la salud, directrices para la salud mental en trabajo.

RESUMEN BIOGRÁFICO DE LA AUTORA

Gilmari Blas Rodríguez nació en San Juan, Puerto Rico. Realizó sus estudios prescolares, elementales, intermedios y superiores en la American Military Academy en Guaynabo, Puerto Rico. Recibió una formación académica sólida y se destacó como parte de la directiva del Club de Ciencias Ambientales, coordinadora de las actividades de Servicio Comunitario y atleta de *outdoor soccer* durante la escuela superior. Completó sus estudios subgraduados en Psicología, en la Facultad Interdisciplinaria de Estudios Humanísticos y Sociales de la Universidad del Sagrado Corazón en Santurce, Puerto Rico. Fue vicepresidenta de la Asociación Estudiantil de Psicología, y se destacó en estudios de género e impulsó la *Segunda Jornada de Estudios de Violencia de Género*, siendo la primera vez que esta actividad fue coordinada y realizada por el estudiantado. Participó del programa de Estudios en el Extranjero, cursando estudios en la Universidad Argentina de la Empresa en Buenos Aires, Argentina.

Esta oportunidad le permitió diversificar sus conocimientos académicos, desarrollar una mayor sensibilidad cultural y adquirir una perspectiva globalizada sobre temas políticos y sociales. Luego de esa experiencia, en el 2013 fue seleccionada para representar a Puerto Rico en Washington D.C. como parte del programa *Internado Congressional Córdova y Fernós*, donde realizó una pasantía en el Buró de Univisión de Washington D.C., cubriendo diariamente noticias nacionales. En el año 2015, completó su Bachillerato en Artes de Psicología graduándose *Magna Cum Laude* de la Universidad del Sagrado Corazón. El en año 2016, es admitida en la Facultad de Ciencias Sociales dentro del Programa Graduado de Psicología de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Durante sus estudios graduados, fue seleccionada como asistente de investigación dentro del Programa de Experiencias Académicas Formativas de la Universidad de Puerto Rico por la Dra. Sara Santiago-Estrada.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

En este rol, colaboró en una investigación internacional titulada: *Subjetividades Emergentes del Profesorado Universitario en Tiempos de Precariedad Económica de Colombia y Puerto Rico*. Posterior a esto, fue solicitada por la Dra. Joyce González-Domínguez para fungir como su asistente de investigación en el proyecto titulado *Estudios de Necesidades Sobre Prevención de Riesgos en el Trabajo: Una Mirada Desde las Relaciones Laborales y las Ciencias Sociales*. Realizó su práctica de maestría en *Triple S Management Inc. Human Resources Internship Program*, en donde diseñó y desarrolló dos módulos para el Programa de Nuevos Empleados Gerenciales. Además, fungió como co-investigadora en *Redes de Inclusión Social* mejor conocido como RIS, equipo de investigación dirigido por la Dra. Joyce González-Domínguez, enfocado en realizar estudios sobre la diversidad sexual e identidad de género particularmente en el contexto laboral; midiendo conocimiento, y desarrollando mejores prácticas e iniciativas para la gerencia de la población LGBTIAQ+ aplicando las leyes que les cobijan. En el 2020, finalizó exitosamente su maestría con su tesis titulada *Acoso Psicológico Laboral: Una Mirada a los Procesos de Prevención e Intervención en Organizaciones en Puerto Rico*. En mayo 2020, se graduó *Suma Cum Laude* con una Maestría en Artes en Psicología Industrial Organizacional.

En agosto 2020, fue reclasificada como estudiante doctoral dentro del mismo programa y completó sus cursos, culminando con la presentación de su trabajo de disertación. Durante sus estudios graduados Blas-Rodríguez se desempeñó laborando como consultora de investigación dentro de la firma de consultoría Estudios Técnicos Inc. bajo la dirección de la Lcda. Anitza Cox y luego como asistente de investigación y corroboración en la Oficina de Monitoria del Tribunal de San Juan en el caso *Rasa Lydia Vélez v. Departamento de Educación de Puerto Rico* bajo la dirección de la Dra. Pilar Beléndez Soltero.

DEDICATORIA

A quienes cuestionan y desafían las disciplinas establecidas buscando un enfoque que promueva un entendimiento más comprensivo sobre lo que denominamos salud mental.

RECONOCIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi estimado comité: la Dra. Tania García Ramos, el Dr. Jesús J. Marrero Centeno, y el Dr. Edgardo Morales Arandes. Estoy verdaderamente agradecida por sus valiosos aportes, críticas constructivas y el compromiso que han demostrado hacia mi trabajo de investigación. Ha sido un verdadero privilegio contar con el conocimiento y experiencia de cada uno de ustedes durante mi formación académica. En particular, quisiera destacar a la Dra. Tania García Ramos, cuya compañía y mentoría han sido invaluable desde mis estudios de maestría. Su apoyo y dedicación como directora de mi trabajo de tesis de maestría y en esta disertación doctoral han sido fundamentales para completar ambas fases de mi preparación graduada. Gracias por sus sugerencias y motivación en mi proceso de seguir un enfoque crítico y reflexivo en esta investigación. Finalmente, quiero agradecer a mi familia, amistades y colegas, quienes me han proporcionado un apoyo emocional y académico a lo largo de este proceso. A través de numerosas conversaciones e intercambio de ideas, ustedes también han contribuido de manera significativa en este trabajo.

**Análisis Crítico del Discurso del Texto *World Health Organization Guidelines on Mental
Health at Work (2022)***

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Desde la declaración de la pandemia del COVID-19 en el 2020, el concepto de salud mental se ha convertido en eje central en los discursos políticos, sociales, laborales y académicos. Según destaca el National Institute of Health (NIH, 2023) cualquier persona que haya experimentado la pandemia del COVID-19 puede haber vivenciado repercusiones adversas en su salud mental. Este trabajo tiene el propósito de estudiar las narrativas que se han construido sobre el concepto de salud mental desde la psicología clínica y al aplicarse al contexto de la psicología del trabajo y las organizaciones (PTO). En particular, desde el referente hegemónico de la salud establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para lograrlo realicé un análisis crítico del discurso (ACD) sobre el texto *World Health Organization Guidelines on mental health at work* publicado por la OMS (2022).

El análisis se enfoca en desentrañar cómo la OMS representa y aborda la salud mental en el entorno laboral; cómo estas directrices reflejan discursos dominantes de la salud mental, cómo perpetúan dinámicas de poder, estigmas o expectativas idealizadas sobre el bienestar de las personas en espacios laborales. Entonces, comencemos este trabajo preguntándonos: ¿qué es salud mental?

Comúnmente la salud mental es descrita como un concepto que integra el bienestar emocional, psicológico y social de las personas. Es más que la ausencia de una enfermedad mental y es esencial para la salud general y calidad de vida. Incide sobre la manera en que pensamos, sentimos y actuamos. También ayuda a determinar cómo las personas manejan el estrés, cómo se relacionan con otras personas y en la toma de decisiones (National Institute of Mental Health, 2024; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023). La OMS ha redefinido *salud mental* en las últimas décadas como un concepto integral que abarca no

solo la ausencia de trastornos mentales, sino también el bienestar emocional y social. La definición de salud mental propuesta por la OMS (2022) es la siguiente:

Un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a las tensiones de la vida, reconocer sus capacidades, aprender bien y trabajar de manera efectiva, y contribuir a sus comunidades. La salud mental es un componente integral de la salud y el bienestar, y es más que la ausencia de un trastorno mental (p.93).

Aunque presento esta definición oficial por la OMS, el concepto de salud mental (SM) es uno polémico con límites difusos (Miranda-Hiriart, 2018). Desde el paradigma transformativo, busco desafiar la conceptualización hegemónica de SM que se fundamentan en la metáfora médica y el uso de categorías diagnósticas provenientes del DSM para justificar una patología / enfermedad (Morales-Arandes, 2015).

Evolución en la Denominación de SM

Las transformaciones sociales y culturales han influido en la manera en que nombramos los fenómenos y la salud mental no ha sido la excepción. A continuación, expongo algunas de las variaciones en su denominación que reflejan cambios en el orden social y el saber psiquiátrico y psicológico en función de ese orden. La OMS (1946) definió *salud* como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). Szasz (1960) señaló, que históricamente, el concepto de *enfermedad mental* ha sido tratado bajo el modelo biomédico, donde se presenta como una disfunción del cerebro que debe ser diagnosticada y tratada de manera similar a las enfermedades físicas. Este enfoque fue dominante durante gran parte del siglo XX.

Por otro lado, Dain (1954) destaca el movimiento de *higiene mental* en el mismo periodo, que puso énfasis en la prevención y educación como claves para mantener la salud mental,

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

entendida como un equilibrio entre el individuo y su entorno social. Esta perspectiva reflejaba un giro hacia la consideración de factores sociales en el bienestar individual. Mas reciente, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013) ha adaptado el concepto de *trastorno mental* para abarcar una amplia gama de condiciones psicológicas siguiendo un enfoque que reconoce la complejidad y variabilidad de estas experiencias. Para Braunstein (2015) *la enfermedad mental y trastornos mentales* no significan lo mismo. Este autor expone que la enfermedad es un término de la medicina que significa que hay una idea del origen de la transformación anatómica y funcional, de los órganos afectados y de los mecanismos que ocasionan los síntomas.

Es decir, que para establecer que existe una enfermedad, hay que realizar pruebas biológicas que permitan validar o descartar que en efecto se producen estos cambios. Braunstein indicó que en el campo de las “enfermedades mentales” no hay una sola prueba diagnóstica que pueda correlacionar los síntomas con las alteraciones que se diagnostican. Por esto la OMS habla de “enfermedades” con excepción de lo “mental”, en este último se utilizan los términos “trastornos” o “desórdenes” (Braunstein, 2015). A pesar de este planteamiento en la academia y en la cotidianidad vemos como se habla y utiliza el concepto de “enfermedad mental” frecuentemente. Por otra parte, García-Zabaleta (2018) critica este enfoque, convencional de salud mental, argumentando que la intención de encontrar una explicación biológica para fundamentar diagnósticos de los desórdenes mentales es inalcanzable, ya que han aumentado los comportamientos considerados patológicos.

Este fenómeno se refleja en lo que él denomina “inflación de los diagnósticos” que se produce mediante dos estrategias principales: la patologización de problemas de la vida y la reducción de los umbrales o ejes diagnósticos. De esta manera García-Zabaleta sostiene, no solo es un producto del pensamiento dominante sobre la salud mental en la sociedad occidental, sino

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

que es también la causa de su perpetuación. Según Braunstein (2015), el DSM sirve para uniformar el pensamiento de las personas del *dispositivo* “*psi*” - psiquiatras y psicólogos(as). Este autor argumentó que la psiquiatría se encarga de los trastornos, “lo que significa invertir el orden regular de algo. Es distinto del desorden que no es la inversión sino el desarreglo, el salirse de las reglas, ¿pero las reglas de quién, ¿quién decide que es lo regular?” (párr. 3). Braunstein enfatizó que este criterio no pertenece a la medicina sino a la sociología, de lo que es considerado normal o anormal como conducta o como estado mental de alguien a quien se diagnostica.

Para profundizar sobre cómo lo normal o anormal es correspondiente de la sociología el autor indicó “por más que se quiera hablar de enfermedad mental esas palabras no pueden juntarse” (párr. 4) y procedió a utilizar como ejemplo la categoría homosexualidad, la cual fue considerada una enfermedad mental hasta el 1977, y por votación de psiquiatras estadounidenses se decidió que ya no lo era. “Solo por un abuso del lenguaje se traslada la supuesta “anormalidad” a un campo que le es extraño: el de la medicina, pues psiquiatría significa medicina de la psique o del alma” (párr. 4). Por tanto, ha sido el consenso social de médicos u otros profesionales quienes deciden qué es y no es “enfermedad mental”. Además, Brausntein (2015) también expone que el DSM tiene un gran compromiso con la industria farmacéutica y busca aumentar la cantidad de trastornos para que requieran tratamiento. Por otra parte, para Muñoz-Colón (2017) el concepto salud mental es lo que históricamente nos ha in-formado o des-in-formado de quién es “el loco” y quién no lo es; quién carga con una clasificación que estigmatiza y quien no.

La autora utiliza el concepto de semántica desde la perspectiva de Maturana y Varela para hablar sobre la delimitación discursiva que establece el observador sobre las conductas que

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

observa y las expone como su percepción. En este caso, esta semántica de la salud mental es un monólogo para explicar la locura ya que es producida desde el punto de vista del saber médico, la representación del sujeto (normal o anormal) y las formas de explicar cómo se produce lo considerado normal versus lo patológico; y el tratamiento para reestablecer la razón desde un discurso que contine sus exclusiones constitutivas. Muñoz-Colón (2017) sostuvo que el llamado “enfermo mental” no es un “descubrimiento” de la ciencia sino un avatar de la semántica de la salud mental en su exclusión de lo diferente y de lo inadaptado; esto refiere a toda persona que no tenga un lugar funcional en el mundo social. La autora destaca el concepto de salud mental desde el modelo biologicista, e indica que es un dispositivo de control moderno partiendo del binarismo que la salud mental pretende perpetuar, entre lo que es considerado enfermo y saludable.

Este orden social busca distinguir la patología de la normalidad, clasificando y medicalizando. Esta concepción “bio – lógica” de la salud mental, como expone la autora, es la que pretende objetivar la psiquis humana a un objeto científico moderno, observable, medible y cuantificable. Esto bajo el supuesto que la psiquis humana se encuentra en el espacio del cerebro.

Planteamiento del Problema

En esta sección presento el planteamiento del problema de investigación integrando varias autorías. Ferro (2010) plantea que la definición de salud mental seguirá siendo una problemática recurrente mientras se tenga la expectativa de crear una cristalización del concepto para una aplicación permanente y totalizante. La dificultad para conceptualizar la salud mental radica en su propia esencia, ya que está intrínsecamente vinculada a las ciencias sociales, por lo que sus determinantes y condiciones deben buscarse en el campo político, económico y social, en lugar de limitarse únicamente a lo biológico o psicológico. Desde una perspectiva social y política, la

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

salud mental es una construcción social y humana, un modo de vida y de estar en comunidad que surge en el contexto de una sociedad determinada y se manifiesta activamente dentro de ella (Ferro, 2004). Por lo tanto, el conocimiento sobre salud mental no puede reducirse únicamente a las ciencias médicas o psicológicas.

Es mucho más que eso y es necesario abordarla mediante las dinámicas sociales que la determinan y del entorno social en el que se produce y se condiciona. Ferro (2010), indica que existen tres obstáculos grandes que dificultan una conceptualización de la salud mental. Estos son: 1) El paradigma racional-biologicista del problema solución: este paradigma conlleva falsas dicotomías de la salud/enfermedad, médico/paciente, y enfermedad/curación, simplificando excesivamente la complejidad del fenómeno. 2) El enfoque individualista: la tendencia a centrar la salud mental como un problema centrado exclusivamente en el campo individual, intra-psíquico y patológico, que excluye los problemas sociales y descontextualiza su comprensión. 3) La descontextualización de los estudios: la investigación sobre salud mental a menudo se desvincula del contexto social en el que ocurre el fenómeno, limitando la comprensión de este.

Por otra parte, Restrepo y Jaramillo (2012) argumentan que la salud mental debe ser entendida dentro de un marco de derechos humanos y como un problema de bienestar político y económico, profundamente vinculado a las condiciones generales de la sociedad. Esta perspectiva desafía las nociones tradicionales de salud mental como un fenómeno solamente individual. Según las autorías, los comportamientos considerados normales como los anormales no nacen de la naturaleza del propio individuo, sino que son reflejo y consecuencia de las condiciones sociales, económicas y ambientales a las que las personas están expuestas y de los recursos que estén disponibles para ellas. Matos-Rivera (2023) congruentemente expone que el significado de salud mental está vinculado con la interpretación sociocultural que se le da a la

enfermedad, de acuerdo con el contexto histórico y social desde el que se observa. Al reconocer las complejas interacciones de la salud mental con condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales es imperativo estudiar este fenómeno desde un enfoque que permita comprenderse que la salud mental no puede reducirse de forma simple a una manifestación individual.

Justificación

A continuación, presento la justificación de esta disertación en la que incluyo aportaciones académicas, datos estadísticos y personales. Danzinger (1997), argumenta que la psicología, como disciplina, se ha caracterizado por su ahistoricismo, relacionado a su necesidad de asimilarse a las ciencias naturales. Según esta perspectiva, la investigación psicológica debía estar enfocada en objetos naturales y no en fenómenos históricos y las metodologías utilizadas debían alinearse a los parámetros de las ciencias naturales. Al enfocarse en investigar procesos cognitivos, la percepción y la motivación como fenómenos naturales e invariables, la psicología ha ignorado el contexto histórico y social que la determina. Este enfoque ahistórico contribuye a que la psicología no se plantee preguntas fundamentales que podrían problematizar sus prácticas y métodos.

La PTO ha evolucionado considerablemente en las últimas décadas, pero sigue enfrentando desafíos significativos en la conceptualización y aplicación de la salud mental en el ámbito laboral. Es incuestionable la necesidad de integrar enfoques más críticos y contextualizados para comprender el uso del concepto de salud mental en el trabajo. Lo anterior especialmente a medida que el entorno laboral se ha vuelto más complejo y diverso (LaMontagne et al., 2014; Leka et al., 2015). Las narrativas comunes sobre la salud mental en el trabajo a menudo se centran en la productividad y el rendimiento individual, destacando la resiliencia y el manejo del estrés como elementos clave para el éxito organizacional (Murphy et al., 2023; Wu et al., 2021).

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Esta visión tradicional refleja cómo estas narrativas responden a un sistema que prioriza el individualismo sobre el bienestar colectivo, lo que provoca una falta de atención a los factores organizacionales y sociales que influyen en el bienestar de las personas trabajadoras (Firouzbakht et al., 2018).

El texto analizado en este trabajo proviene de la OMS, organización que se considera el principal referente en la promoción de la salud a nivel global. Establecida el 7 de abril de 1948, la OMS, es uno de los organismos especializados de las Naciones Unidas. La OMS tiene el objetivo de promover la salud, asegurar acceso a la atención médica y proteger a las personas de enfermedades y crisis de salud en todo el mundo (OMS, 1958). Bajo este cometido la OMS desempeña un papel fundamental en el establecimiento de normas y directrices que guían las políticas de salud pública. A pesar de su impacto significativo en la promoción de salud a nivel global y gestión ante crisis sanitarias, la OMS ha sido sujeta a críticas por las desigualdades en sus acercamientos.

Las críticas han provenido particularmente por su enfoque biomédico de la salud, este ha sido criticado por no considerar de forma apropiada los determinantes sociales de la salud, como la pobreza y el acceso a servicios esenciales (Chopra, 2009). Según Acero et al. (2013) la OMS no asume procesos estructurales dinámicos complejos ni multidimensionales de carácter biológico, histórico y social para explicar los procesos salud / enfermedad. Para ilustrar esta complejidad Morin (2004) introduce el paradigma de la complejidad, que desafía las visiones reduccionistas y simplificadoras que han dominado la ciencia moderna. Según Morin, es fundamental entender que los fenómenos humanos no pueden ser analizados de manera aislada; deben ser considerados en el contexto de sus interrelaciones biológicas, sociales y culturales. Los problemas de organización social solo pueden comprenderse a partir del nivel complejo parte-todo.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Morin (2004) enfatiza que “nos hace falta ver como todo está presente en las partes y las partes presentes en el todo” (p.7). Para comprender la complejidad de la relación parte – todo, Morin (2004) presenta el concepto de *recursión organizacional*, el cual sugiere que las interacciones entre individuos son las que hacen y producen la sociedad. A su vez, es la sociedad misma quien da forma a los individuos a través procesos como la educación, cultura y lenguaje. Este enfoque recursivo se refiere a procesos en los cuales los productos y los efectos son necesarios para su propia producción. Esto desafía el pensamiento simplificante que ha caracterizado la ciencia experimental, que tradicionalmente ha buscado aislar el objeto de estudio en un entorno controlado.

Morin (2004) sostiene que “no, nos hace falta desunir, sino distinguir los seres de su medio ambiente” (p.8), enfatizando que el conocimiento avanza a través de la interacción con el medio ambiente. Además, el pensamiento simplificante establece la disyunción absoluta entre el objeto y el sujeto que lo percibe y concibe. Morin (2004) argumenta que se debe establecer una relación entre el observador – conceptuador y el objeto observado. En este contexto, la concepción de *autopoiesis* de Maturana y Varela (1994) complementa esta discusión. Este término *autopoiesis* proviene del término griego *auto* (uno mismo) y *poiesis* (creación), describe como los sistemas vivos son capaces de autoorganizarse y reproducirse, manteniendo su identidad a pesar de las interacciones con su entorno.

Esta teoría establece un vínculo entre lo biológico y lo social, sugiriendo que al igual que un organismo se compone de las relaciones vitales entre sus células, lo social se constituye a partir de las relaciones entre los organismos que lo componen (Garavito y Villamil, 2017). Por otro lado, es importante considerar las implicaciones políticas y económicas de estos enfoques. Chapela (2007) sostiene que se requieren de transformaciones económicas y políticas que

trasciendan el enfoque neoliberal, que conceptualiza la salud como un negocio, a un modelo nuevo que garantice la salud como un derecho. Este cambio implica fortalecer lo público sobre lo privado y priorizar la democracia sobre los intereses económicos de unos pocos. En este sentido, el neoliberalismo se presenta como un proyecto de la clase capitalista dominante, cuya agenda se ha centrado en aumentar el poder de las empresas, reducir los impuestos a los ricos, debilitar los sindicatos y la negociación colectiva, socavar los sistemas de protección social y privatizar y mercantilizar los servicios públicos (Benach, et al., 2016).

La OMS ha sido acusada de priorizar las necesidades de los países más desarrollados dejando a naciones de bajos ingresos en una posición de desventaja (Dietrich et al., 2011; Suzuki et al., 2009). Estas críticas subrayan la importancia de adoptar un enfoque más inclusivo que garantice un acceso equitativo a la salud en todos los espacios; especialmente en la promoción de la salud mental en el trabajo considerando las realidades de diferentes contextos socioeconómicos y culturales. Teniendo en cuenta lo anterior, he seleccionado como texto de análisis de discurso para esta investigación las directrices establecidas por la OMS para abordar la salud mental en el trabajo en su documento guía titulado *World Health Organization Guidelines on mental health at work*.

Objetivos y Preguntas de Investigación

Esta investigación es relevante para la PTO ya que contribuye a lo siguiente: 1) Proporciona una reflexión crítica sobre los aspectos epistemológicos y conceptuales de la noción de salud mental en el trabajo; 2) Visibiliza interpretaciones de autorías de la PTO sobre el concepto de salud mental y cómo lo utilizan desde enfoques socioeconómicos, a menudo reproduciendo el discurso hegemónico biomédico de la salud y cuestiona su adecuación e impacto en políticas laborales y en el bienestar de las personas trabajadoras; 3) Ofrece un análisis

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

crítico sobre el énfasis que se les asigna a las personas trabajadoras en cuanto a su responsabilidad individual de alcanzar o gozar de salud mental en el trabajo, sin considerar detenidamente el impacto de factores contextuales, sociales, políticos y económicos que afectan su subjetividad. Las siguientes preguntas de investigación guían el análisis de esta disertación:

- 1) ¿Qué patrones discursivos se emplean en la representación de problemas de salud mental en contextos del trabajo y las organizaciones?
- 2) ¿A quién se responsabiliza por la salud mental: a los individuos o a la sociedad?
- 3) ¿Cuáles son los discursos dominantes sobre la salud mental en contextos del trabajo y las organizaciones?
- 4) ¿Cómo pueden reformularse las concepciones de salud mental en el trabajo y las organizaciones?

Estas preguntas orientan la metodología y análisis de esta investigación. En el próximo capítulo, presentaré la revisión de literatura que fundamenta los objetivos establecidos para este estudio.

CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LITERATURA

En esta sección, presentaré un análisis del contexto social, político y económico de Puerto Rico, destacando cómo estas condiciones estructurales impactan a la población en términos de salud mental. A continuación, profundizo sobre cómo estos factores sociales han contribuido a la crisis de salud mental que enfrenta la Isla. Posteriormente, exploro si la salud mental es percibida como una responsabilidad individual o si se reconoce su dimensión social, considerando el rol que desempeñan las organizaciones y las comunidades en el bienestar de las personas trabajadoras. Además, analicé cómo en la Ley de Salud Mental de Puerto Rico (2012), se conceptualiza y define el concepto de salud mental. También exploro concepciones predominantes de la salud mental en contextos laborales y cómo estas percepciones influyen en la práctica y políticas organizacionales. Finalmente, concluyo con la presentación de perspectivas alternativas que buscan reformular las concepciones de salud mental en el trabajo promoviendo un enfoque más integral y colaborativo.

Contexto Sociopolítico Puertorriqueño

La población puertorriqueña enfrenta adversidades debido a la situación geopolítica del archipiélago. La salud mental de la población puertorriqueña tiene características de desarraigo y limitaciones en el acceso de recursos y servicios en el contexto de crisis social, económica y política de Puerto Rico (Torres, 2019). La deuda pública de Puerto Rico se estimaba en el 2016 en más de 70,000 millones de dólares estadounidenses (JSAF, 2024). En ese año, la administración de Barack Obama y el congreso de los Estados Unidos impusieron la Junta de Supervisión y Gestión Financiera con poder de decisión sobre los asuntos fiscales, coloquialmente conocida como la Junta de Control Fiscal mediante la Ley PROMESA, (Puerto Rico Oversight, Management, and Economic Stability Act, 2016). Este organismo

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

antidemocrático, reconoce que parte de la deuda de Puerto Rico es impagable. Sin embargo, su cometido es asegurarse que se pague la mayor cantidad posible a costa de mayores sacrificios para la población sin proporcionar fondos para la reconstrucción económica de la Isla (Rodríguez-Banchs, 2021).

Según Torres-Rivera (2016) la Junta de Control Fiscal, ha acentuado la relación colonial de Puerto Rico con Estados Unidos y representa la implantación del modelo neoliberal. Este acercamiento ha abierto el espacio para la privatización de servicios públicos, el trasteo con las pensiones de los jubilados, la venta de activos patrimoniales del pueblo de Puerto Rico y la alteración de las leyes laborales. El ejemplo más claro ha sido la crisis energética que se ha exacerbado con la privatización de la Autoridad de Energía Eléctrica. Desde junio 2021, la responsabilidad de la energía eléctrica en la isla se le ha delegado compañía privada LUMA Energy, afectando negativamente la calidad de vida de la ciudadanía. Los costos en las tarifas han aumentado, y el aumento de duración de interrupciones de luz se ha acentuado, afectando servicios esenciales como la atención médica, y la refrigeración de medicamentos y alimentos.

Pequeños y medianos comerciantes en toda la Isla viven en una lucha continua para poder subsistir estos efectos; ante esta ineficiencia tienen que incurrir en gastos adicionales para tener generadores eléctricos y gasolina para poder continuar sus labores y servicios. Otros tienen que optar por disminuir sus horarios, la reducción de su empleomanía o el cierre de sus operaciones (Montalbán-Ríos, 2022). Esta ineficiencia del sistema eléctrico tiene efectos catastróficos sobre la salud física y mental de la población, así como a su economía. Asimismo, la crisis de la deuda pública ha generado desconfianza en las instituciones gubernamentales, contribuyendo a la ansiedad y depresión de los ciudadanos (González, 2020). Por otra parte, la inacción por parte de las agencias gubernamentales en la preparación y respuesta frente a fenómenos climáticos,

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

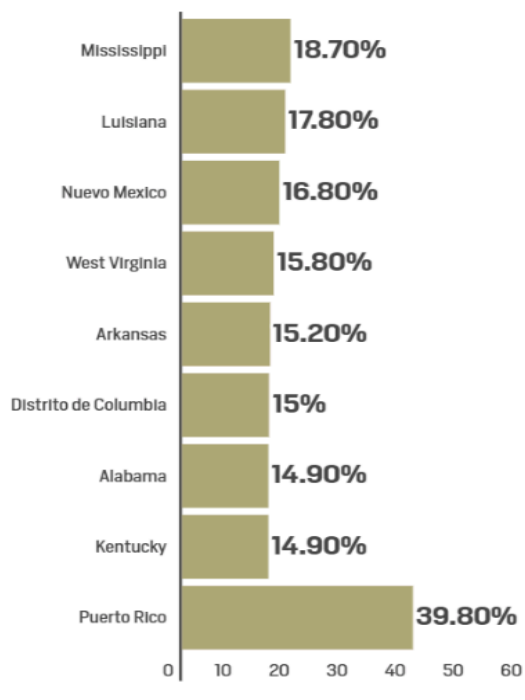
sumado a la crisis climática en si misma crea un ambiente de incertidumbre que afecta aún más la salud mental de la población (European Climate and Observatory, 2022; Quiles y Moscoso, 2020).

En Puerto Rico la situación se agudiza ya que el sistema de salud no atiende de forma preventiva la salud mental y mucho menos considera los determinantes sociales que inciden en el derecho a la salud y la salud mental de la población (Rivera-Díaz, 2017). Las personas bajo los índices de pobreza son quienes están más propensas a vivir en áreas de alto riesgo y tienen menos probabilidad de evacuar de manera temporal o permanente durante eventos climáticos adversos (Clayton et al., 2021). Un análisis del 2017, basado en datos recopilados después de los daños del Huracán María, reveló que las personas con bajos ingresos y quienes alquilan sus hogares, se encuentran en un riesgo significativamente mayor de sufrir daños severos en sus hogares. Esto con una gran probabilidad de que sus viviendas sean completamente destruidas por daños provocados por el viento (Ma y Smith, 2020 citado en Clayton et al., 2021). Además, esta población es quien menos tiene disponibilidad de recursos económicos para poder recuperarse y sobrellevar las consecuencias de un desastre.

Según López (2023) los datos del Buro del Censo de Estados Unidos en el año 2022 revelaron que la pobreza en Puerto Rico aumentó de 40.5% a 41.7% en la población general. Por otra parte, un alarmante 57.6% de la niñez en Puerto Rico vive en la pobreza. Y el 38.8% de las familias se encuentran por debajo de los niveles de pobreza. Vélez (2023) expone que Puerto Rico sigue siendo la jurisdicción más pobre todo de Estados Unidos según los estándares federales; cuatro de cada diez familias en la Isla viven en desventaja socioeconómica.

Figura 1

Negociado del Censo de los EU, Familias bajo el nivel de pobreza



La pobreza en Puerto Rico está profundamente arraigada en políticas públicas que, en lugar de abordarla, la perpetúan y la agravan. Tal como expone Vélez (2023) las ayudas económicas locales y federales, en lugar de ser un apoyo temporal hacia la autosuficiencia de la población, solo desincentivan el trabajo y el progreso económico. Este “paternalismo” hacia el 40% de la población en pobreza ha convertido la asistencia (Welfare) federal en un instrumento de dependencia y control social y político. La clase político partidista la utiliza como un medio para asegurar votos electorales (como se ha visto en la campaña electoral 2024). Según el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico (2022) las personas en situación de pobreza tienen un mayor riesgo de experimentar problemas de salud mental, lo que subraya la necesidad de abordar estas desigualdades como parte de cualquier estrategia de salud mental.

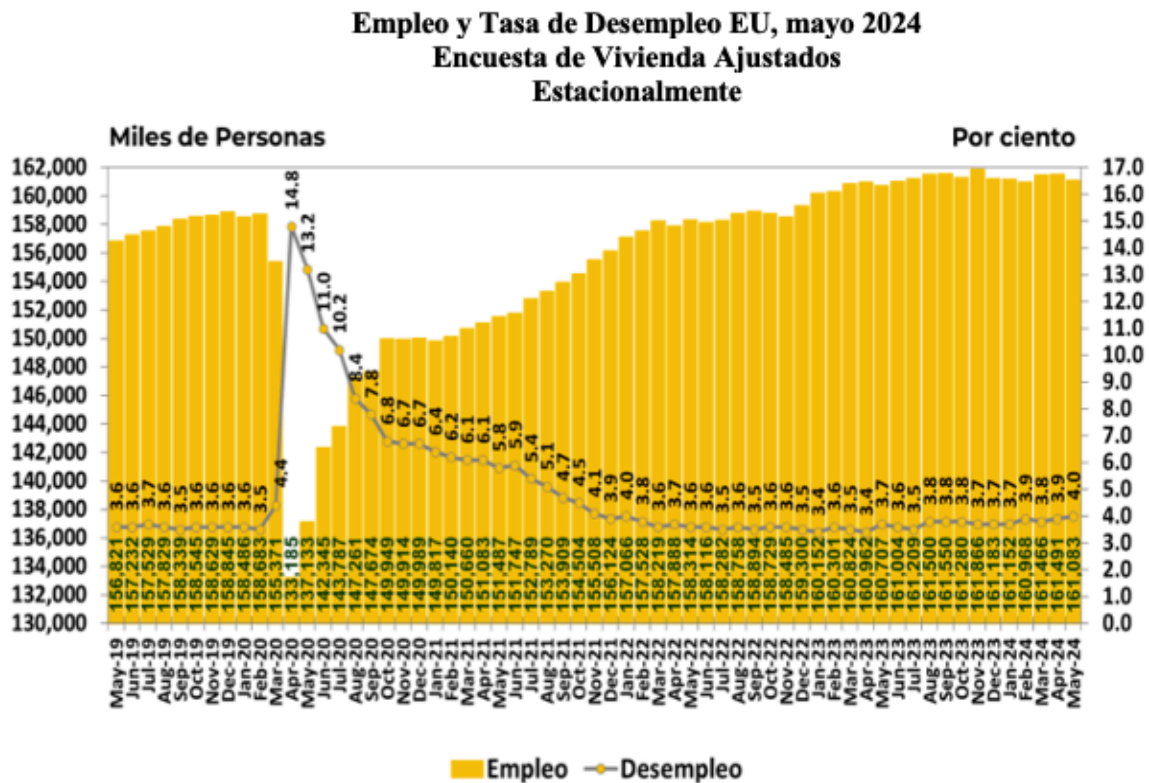
Según Velázquez (2024) el Negociado de Estadísticas del Trabajo del Departamento del Trabajo Federal, informó que la tasa de desempleo para mayo de 2024 aumentó 0.1 puntos

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

porcentuales, con relación a abril de 2024, registrando en 4.0 por ciento. El número de personas desempleadas en Estados Unidos ascendió en 157 mil personas, totalizando 6.6 millones con relación a abril de 2024.

Figura 2

Negociado de Estadísticas del Trabajo del Departamento del Trabajo Federal (2024)

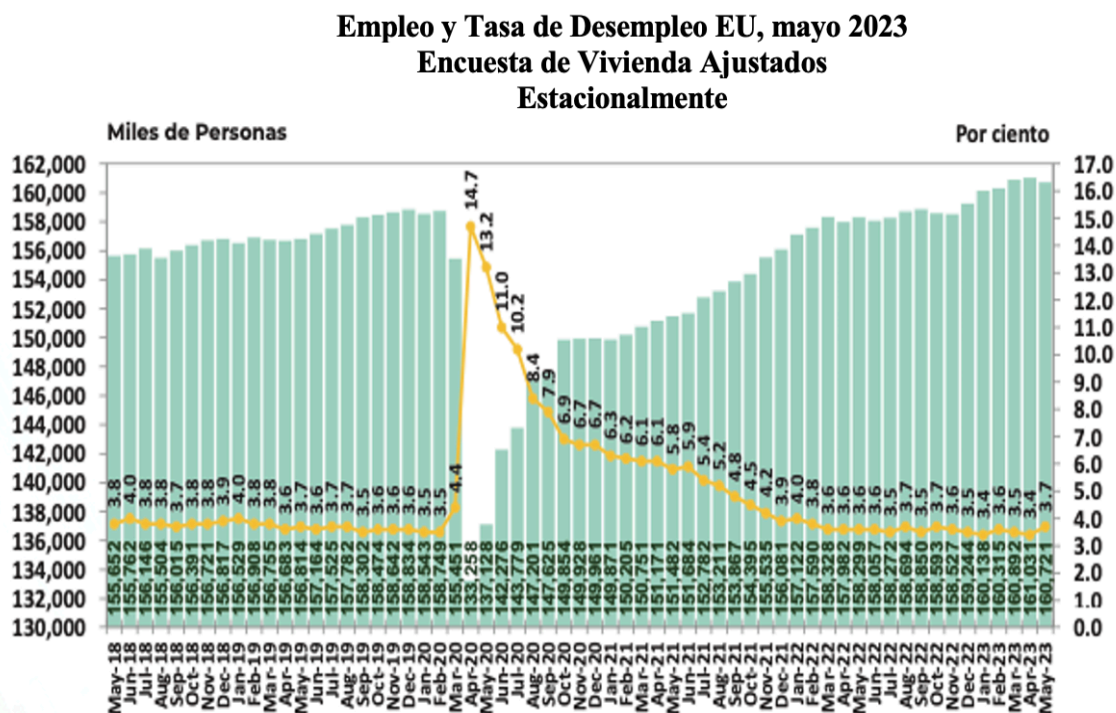


Para mayo de 2023, la tasa de desempleo en Estados Unidos se situaba en 3.7 por ciento.

Un total de 6.1 millones de personas desempleadas. A continuación, la figura representativa.

Figura 3

Negociado de Estadísticas del Trabajo del Departamento del Trabajo Federal (2023)



La precariedad laboral no solo afecta la estabilidad económica de los individuos, sino que también impacta negativamente su bienestar psicológico, contribuyendo a altos niveles de estrés y ansiedad (Marrero-Centeno y García-Ramos, 2019). Según Oliveira et al., (2018) la precarización es el deterioro general de las condiciones de trabajo y de vida que resulta de la ruptura del modelo taylorista-fordista, la búsqueda de la reducción de costos de producción y del retorno a las ideas liberales, especialmente la del estado mínimo. Este fenómeno incluye la fragilización de los vínculos laborales, la pérdida de derechos, el debilitamiento de las políticas de protección social, la degradación de los ambientes de trabajo, la intensificación de las formas de explotación y la desarticulación política de los trabajadores. Desde la administración de Luis Fortuño en 2009 a Pedro Pierluisi en 2020, se han instaurado y perpetuado políticas públicas que proyectan a Puerto Rico como un destino de inversión. A través de la Ley 22 del 2012 “Ley Para

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Incentivar el Traslado de Individuos Inversionistas a Puerto Rico” y la Ley 60 del 2019 “Código de Incentivos de Puerto Rico”, el Gobierno de Puerto Rico le ofrece incentivos y exenciones contributivas a extranjeros para que se conviertan en residentes inversionistas en la Isla.

Estas políticas fueron creadas bajo el supuesto de atraer inversión y fomentar el desarrollo económico, pero han generado un impacto negativo en la economía local y en la cotidianidad de la población puertorriqueña. Uno de los efectos más concretos de estas legislaciones es la exacerbación de la crisis de vivienda en la Isla. La vivienda se ha encarecido vertiginosamente y esta poco accesible para las clases media y baja. Según una investigación del CPI (2022), el aumento de capital extranjero a raíz de la promoción del archipiélago como un paraíso fiscal, la proliferación de alquileres de vivienda a corto plazo, la escasa construcción de vivienda de interés social en la pasada década, así como la flexibilidad laboral que impuso el COVID-19, crearon la tormenta perfecta para que el precio promedio de las propiedades en Puerto Rico aumentara en 63% entre el 2020 y 2021. La llegada de residentes extranjeros con mayor capacidad adquisitiva que la mayor parte de residentes puertorriqueños, ha provocado un encarecimiento de los precios en las viviendas.

La situación de vivienda narrada dificulta que la familia puertorriqueña pueda tener acceso a viviendas asequibles, incrementando la desigualdad y aumentando el desplazamiento de comunidades. La ola de compras, aumento en precios y desplazamiento comenzó en municipios como Dorado, Rincón y San Juan, pero se ha extendido a zonas cercanas de estos y a municipios más pobres principalmente en las costas de la Isla (CIP, 2022). Este enfoque desproporcionado por parte de gobernantes y legisladores, revelan una desconexión entre sus intereses y la realidad de la población puertorriqueña. Además, el reciente Censo de Personas Sin Hogar en Puerto Rico (2024), estima que hay 2,096 personas sin hogar. Dicho grupo demográfico es el más

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

afectado ante las olas de calor que se han experimentado desde el año pasado por causa del cambio climático y calentamiento global.

Wiscovitch-Padilla (2024) destaca que, según la OMS y las personas entrevistadas, las personas sin hogar son el segmento poblacional más vulnerable para experimentar temperaturas extremas y son el sector poblacional más ignorado por las autoridades gubernamentales. El calor extremo afecta la salud física y mental de las personas. Además de las personas sin hogar, la OMS clasifica como las poblaciones más vulnerables a las mujeres embarazadas, infantes y niños(as), personas que laboran al aire libre y los adultos mayores.

Crisis de Salud Mental en Puerto Rico

De acuerdo con Rivera-Díaz (2017) los desastres socioambientales exacerbaban la salud física, mental y emocional de las personas que enfrentan sus estragos. A más de dos meses del paso de los huracanes Irma y María en el 2017, más de la mitad de la población puertorriqueña estaba sin energía eléctrica, sin acceso a agua, alimentos, medicamentos y servicios de salud. Estos desastres no solo provocaron daños inmediatos infraestructurales, sino que la falta de acceso a recursos esenciales para la supervivencia se sintió durante la emergencia y sus efectos se prolongaron en el tiempo afectando la calidad de vida de la población. Ambos eventos atmosféricos dejaron partes de Puerto Rico sin electricidad durante un año y ocasionando más de 4,000 muertes (Sanzillo, 2022). Según un estudio de la Universidad de Harvard, niegan el conteo de oficial reportado por el Gobierno de Puerto Rico de 64 víctimas mortales y aseguran que 4,645 personas murieron; aun así, enfatizan que la cifra no es definitiva (Kishore, et al., 2017).

A pesar de que los datos estadísticos sobre salud mental en la isla son limitados se estima que Puerto Rico es la tercera jurisdicción de los Estados Unidos con mayor incidencia en problemas de salud mental superando a los Estados de Mississippi y Kentucky (Senado de Puerto

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Rico, 2019). Según ASSMCA (2020) durante el año fiscal 2019 – 2020 la línea de Primera Ayuda Psicosocial (Línea PAS) reportó un aumento en las llamadas de personas solicitando apoyo para su salud mental con un total de 310,665. Hay un aumento significativo al comparar dicha cifra con el año fiscal 2018 – 2019, en donde recibieron un total de 83,791 llamadas (ASSMCA, 2019). En relación con la crisis de salud mental, Rullán (2024) destaca que Puerto Rico está atravesando una grave situación en la prestación de estos servicios. Esta crisis se manifiesta a través de una alarmante escasez de psiquiatras en la isla, la cual se estima en un rango de entre 200 y 250 profesionales.

Esta situación ha llevado a una carga laboral excesiva para los pocos profesionales disponibles, quienes deben atender un promedio de 40 pacientes al día en citas que dilatan entre 10 a 15 minutos. El aumento en la demanda de servicios de salud mental, relacionado con los traumas provocados por los huracanes Irma y María, los terremotos y la pandemia, ha desembocado en un incremento de casos de depresión, ansiedad y trauma. Rullán (2024) señala que, actualmente, uno de cada cuatro puertorriqueños presenta algún tipo de trastorno de salud mental, lo que contrasta con la limitada cantidad de psiquiatras disponibles, que se traduce en la atención deficiente y la falta de tratamientos individualizados. Él enfatiza la necesidad de que las consultas sean de al menos 30 minutos para garantizar una atención adecuada. Las desigualdades socioeconómicas en Puerto Rico, altas tasas de pobreza y desempleo guardan relación con sufrir situaciones adversas de salud mental. La precariedad laboral tiene consecuencias negativas sobre la salud mental de las personas trabajadoras, especialmente considerando nuestro contexto, en donde las políticas de austeridad han llevado a un aumento de estrés y de inseguridad laboral (Marrero-Centeno y García-Ramos, 2019).

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Esta crisis de salud mental no puede ser analizada de manera aislada, ya que esta intrínsecamente relacionada con las desigualdades socioeconómicas que enfrenta la población puertorriqueña. Según Matos-Rivera (2023) actualmente en Puerto Rico la prestación de servicios de salud mental está a cargo de compañías aseguradoras, a través de planes médicos privados. En estas políticas neoliberales prevalece la mercantilización de los servicios y el fin de lucro, lo que limita y precariza la prestación de servicios de atención a la salud mental, violentando así los derechos de la población y desmantelando los servicios esenciales afectando todas las dimensiones de la vida. Gómez (2014) argumenta que el problema de optar por la privatización es que está ligada a la individuación como solución para tratar el asunto de la salud, ya sea la salud física como la mental, radica en la falta de reconocimiento de que la salud es una responsabilidad singular como colectiva y que esta depende de un frágil equilibrio entre lo público y lo privado. A continuación, profundizaremos sobre este planteamiento.

La salud mental como una responsabilidad individual o social

Existen opiniones conflictivas sobre si la responsabilidad de cuidar de la salud mental es deber de social o una obligación individual. Esta discusión es importante, ya que influye sobre la manera en que se aborda y se gestionan las situaciones de salud mental dentro de las instituciones sociales y diversas profesiones. La salud mental sigue el modelo médico dominante de la salud y refleja acercamientos individualizados, descontextualizados y patologizantes que no logran abordar los contextos sociales y políticos que las personas viven, responsabilizando a las personas de resolver sus propios problemas (Brown, 2021). Este enfoque enfatiza que cada individuo debe ser consciente de sus propias capacidades y limitaciones, y que es su deber buscar el bienestar psicológico. Según (Bello et al., 2023), la salud mental se define como un estado de

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

bienestar en el que el individuo puede afrontar las tensiones normales de la vida y contribuir a su comunidad.

Este enfoque individual de la salud mental lleva la idea de que las personas son responsables de su salud mental, lo que puede resultar en estigmatización de aquellos que no logran mantener un estado de bienestar, ya que se les puede percibir como incapaces de manejar sus problemas de manera efectiva (Bello et al., 2023). Devisch (2012) descarta esta dicotomía de responsabilidad individual versus social sobre la salud mental como reduccionista y va más allá de la noción de responsabilidad compartida para proponer la co-responsabilidad y entrelazar lo individual y lo social en relación con la salud. En el 1960 en Estados Unidos, bajo la presidencia de Kennedy, se aprobó la Ley 88-164 conocida como “Community Mental Health Act of 1963”. A raíz de esta ley se cerraron grandes facilidades psiquiátricas en con la intención de cambiar la manera en la que se abordaba la salud mental para proveer servicios integrales con énfasis en la prevención. El objetivo era establecer centros de salud mental para la comunidad siguiendo un enfoque más humanitario para ayudar a las personas reconectar con sus comunidades.

En Puerto Rico esto significó la creación de trece centros comunitarios de salud mental a través del país, desde Aguadilla hasta San Juan. Cada centro contaba con áreas específicas para brindar servicios de salud mental a las personas medico indigentes, sin cubierta médica o cubiertas de planes médicos deficientes. Esto con el propósito de maximizar los recursos gubernamentales y privados disponibles bajo la coordinación y política pública del secretario de Salud de Puerto Rico (Rivera-Mass et al., 2003). La década de 1970 a 1980 fue conocida como la “explosión de los derechos constitucionales del paciente mental” (Rivera-Mass et al., 2003, p.5). Para los años 1980, la OMS adopta la concepción neoliberal favoreciendo el papel del sector

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

privado con relación a la atención de la salud; adoptando un modelo de eficiencia en vez de uno de equidad (Acero et al., 2013).

Paralelamente en Puerto Rico con la elección de un médico como gobernador por primera vez, se implementó la “Reforma de Salud” del 1993, en donde el Gobierno de Puerto Rico privatizó los servicios de salud. A partir de esta reforma se delegó la responsabilidad social a empresas privadas que responden a los intereses del mercado y no a procurar el bienestar de la ciudadanía (Rivera-Mass et al., 2003). Esta nueva perspectiva del cuidado de salud implantó un proceso irreversible de privatización con el abandono gubernamental a la atención de los servicios de salud, entregándosele el control a las compañías privadas de administración de seguros. En la deriva, lo administrativo y lo económico se impusieron como referentes para gestionar los asuntos de salud provocando terribles consecuencias para el campo de la salud mental (Gómez, 2014). Según esta autoría desde esta nueva óptica, no era necesario contar con un marco conceptual o clínico para determinar cómo abordar el sufrimiento mental de un paciente.

Las decisiones se fundamentarían, primordialmente en números y estadísticas (de pacientes, de servicios, los días de cobertura, los diagnósticos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), los casos atendidos, el presupuesto disponible. Desde entonces los espacios y tratamientos para la salud mental se han ido minimizando la duración de sus ofrecimientos y se han vinculado a estrategias de costo efectividad y costo eficiencia. Gómez (2014) enfatiza que la elección de la privatización además de un asunto político y económico es un asunto ético, cuyas consecuencias en el quehacer clínico y en la vida emocional de la ciudadanía apenas comienzan a ponerse en perspectiva. Pues son las aseguradoras médicas quienes deciden sobre la duración de tratamientos, su frecuencia y sus

métodos, desconociendo los tiempos singulares de la persona atendida, su padecer, así como el juicio clínico de la o el profesional sobre los aspectos que deben orientar la asistencia de salud mental (Castro, 2013). Según Castro (2013) las prácticas de intervención en salud mental en el mundo contemporáneo están dominadas por las exigencias de gestión, estandarización, evaluación y medición, y paradójicamente excluyen la dimensión de la subjetividad.

Además, expuso que la medicina basada en la evidencia, cuyo sostén es la estadística, se legitima como otro derivado del discurso de la ciencia, contribuyendo así, como la neurociencia y la genética, a la anulación de la subjetividad en las prácticas médicas y de la salud en general. De forma similar, Morales-Arandes (2015) sostiene que, desde la práctica de la psicoterapia, han surgido esfuerzos por homogeneizar y estandarizar la práctica e investigación. Este autor destaca que la noción de que debe existir una única forma de concebir la ciencia proviene de un paradigma que no es aceptado universalmente por todos los y las investigadoras. Además, plantea que existen fundamentos sólidos para cuestionar el discurso, la retórica y la implementación de las Terapias Basadas en la Evidencia (TBE). Según este autor, esta propuesta “está entrampada en una confusión semántica que se origina en el momento en que se aceptó el modelo médico como marco de referencia para hablar e investigar en el quehacer psicológico” (p.128).

Asimismo, Morales-Arandes (2015) señala que adoptar la “práctica manualizada requiere adherirse fielmente a lo que el manual establece, lo que incluye seguir los procedimientos utilizados para diagnosticar las condiciones para las cuales un tratamiento es el adecuado” (p.128). Este autor enfatiza que la diversidad y complejidad de las situaciones que enfrentan los psicoterapeutas dificulta la aplicación estricta de instrucciones y manuales. Ante estos señalamientos este autor destaca que las TBE han sido criticadas por su falta de validez externa,

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

a lo cual sugiere alejarse de la práctica prescriptiva y optar por opciones metodológicas cualitativas que puedan resaltar lo singular e irrepetible de la relación terapéutica y complejidad humana. Silva-Villavicencio (2020) también sostiene que el modelo biomédico se vincula con tratamientos farmacológicos, que sostienen el uso tradicional del manual estadístico/diagnóstico como referente del método científico. Cada uno de estos elementos estaría alineado con un modelo económico que prioriza el lucro y el aprovechamiento a costa de los servicios de salud.

A raíz de estos cambios sociopolíticos surge el énfasis en la narrativa sobre la salud mental como responsabilidad individual, en donde el DSM se convierte en la herramienta para justificar esa individualización. La frase “lo personal es político” popularizada por el movimiento feminista en los Estados Unidos, encapsula cómo las experiencias subjetivas están profundamente vinculadas a las estructuras sociales y a la política pública (Hanisch, 1969). La salud, y en particular la salud mental, debe ser entendida como derecho humano, lo que requiere el reconocimiento de la intersección de este con otros derechos como la educación, la vivienda, la dignidad humana, y la libertad (Rivera-Díaz, 2017). Esta segmentación del mercado de la salud, en donde los servicios se distribuyen de forma desigual entre los sectores público y privado, lleva a mayor inequidad en el acceso a la atención profesional. A diferencia de la salud física, que por lo general se considera un asunto que puede ser influenciado por factores externos, la salud mental ha sido históricamente conceptualizada como un problema individual que requiere soluciones individuales.

Mulgan (2021) coincide en que la salud mental ha sido casi siempre considerada un problema individual que requiere de soluciones individuales, pero argumenta que es un problema real en grupos y organizaciones. Señaló que un legado del COVID-19 ha sido la revolución en cómo medimos salud mental y reconocer que nuestro bienestar depende en gran medida de los

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

grupos a los que pertenecemos. Analizar la salud mental como una responsabilidad social permite reconocer que los factores sociales, culturales y económicos juegan un papel fundamental en el bienestar psicológico de las personas. Molina-Bulla y Córdoba (2021) destacan que las políticas públicas deben abordar el impacto psicológico de situaciones sociales como por ejemplo la pandemia de COVID-19, lo que implica que la salud mental no es solo un asunto personal, sino que está intrínsecamente vinculado a condiciones sociales y al apoyo comunitario. En este sentido, la responsabilidad social implica que las organizaciones, las comunidades y los gobiernos deben crear entornos que promuevan la salud mental, proporcionando recursos y apoyo a aquellos que lo necesiten.

Ortega-Bolaños (2018) sostiene que hay que tener conocimiento sobre la extrema pobreza e inequidad social desde diferentes estilos y condiciones de vida para poder crear políticas de salud eficientes. La autoría sostiene que las políticas de salud configuran un dispositivo postmoderno que instrumentaliza ideologías manteniendo el poder y hegemonía. Estas no solo orientan el sector sanitario, sino que deben pensarse desde una mirada crítica que profundice más allá de los escenarios democráticos actuales con regulaciones sanitarias orientadas por el mercado. La interacción entre la responsabilidad individual y la social es crucial para un enfoque integral de salud. Particularmente en el contexto laboral, las condiciones de trabajo, el apoyo social y la cultura organizacional pueden influir significativamente en la salud mental de las personas trabajadoras.

Salas et al., (2022) argumentan que la responsabilidad social en el sector de la salud es fundamental para garantizar el bienestar de las personas trabajadoras, lo que implica que las organizaciones deben adoptar estrategias que promuevan la salud mental como parte de su responsabilidad social. En conclusión, la salud mental se ha convertido en un objeto de consumo

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

y se requiere de un enfoque más comprensivo. El integrar la responsabilidad individual como social no solo fomentará la colaboración entre individuos, organizaciones y gobiernos para abordar los desafíos de la salud mental en la actualidad.

Ley de Salud Mental en Puerto Rico

En Puerto Rico, la Ley Núm. 408-2000, según enmendada en el 2012, es conocida como “Ley de Salud Mental de Puerto Rico”. Esta legislación fue desarrollada y aprobada posterior a la Reforma de Salud del 1993 y responde a los postulados sobre la privatización dentro de la concepción neoliberal de la prestación de servicios (Matos-Rivera, 2023). La ley define el concepto de salud mental como:

El estado de bienestar resultante de la interacción funcional entre la persona y su ambiente, y la integración armoniosa en su ser de un sinnúmero de factores, entre los que se encuentran; su percepción de la realidad y su interpretación de la misma; sus necesidades biológicas primarias y la forma de satisfacerlas; su potenciales psíquicos, mentales y espirituales y el modo de elevarlos a su máximo nivel; su sentido del humor y su capacidad para disfrutar de los placeres genuinos que la vida nos ofrece; su confianza en sí mismo y el reconocimiento de sus limitaciones; su satisfacción ante sus logros y su entereza ante sus fracasos; su reconocimiento de sus derechos y obligaciones sociales como necesidades básicas para la convivencia sana y pacífica; su solidaridad con los valores en que cree y su respeto y tolerancia con los que discrepa; su capacidad para crecer y madurar a la luz de las experiencias de su propia vida y la de otros; su resonancia afectiva ante los sucesos alegres y tristes; y finalmente, su capacidad para dar y recibir amor generosamente.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Esta definición integra varios factores, enfatizando la compleja interacción entre la persona y su entorno. Este enfoque multidimensional abarca no solo la percepción de la realidad, sino también las necesidades biológicas fundamentales, el desarrollo del potencial psíquico y espiritual, así como la capacidad del individuo para establecer relaciones interpersonales significativas y disfrutar de una vida plena. De esta manera, se evidencia que la salud mental no debe ser considerada exclusivamente como un fenómeno individual; por el contrario, está intrínsecamente influenciada por una serie de factores sociales, culturales y económicos que pueden afectar el bienestar psicológico de las personas. La legislación vigente se enfoca en proteger los derechos de todas las personas ante la necesidad de experimentar un trastorno mental y recibir tratamiento, recuperación y rehabilitación. Se especifican procedimientos específicos para atender y brindar servicios tanto para personas adultas y menores de edad.

Sin embargo, es notable que la ley no aborda explícitamente el contexto laboral y no proporciona especificaciones al respecto. Según Porras (2013) el trabajo es considerado la principal fuente de ingresos económicos para la mayor parte de las personas, con lo que se convierte en un medio para generar recursos indispensables en la mayoría de los casos para la supervivencia y bienestar. La falta de atención en la legislación puertorriqueña hacia la salud mental en el contexto laboral puede reflejar una visión limitada del concepto, centrada en un enfoque clínico que desestima las dimensiones sociales y comunitarias que son fundamentales para el bienestar de las personas trabajadoras.

Concepciones dominantes de la salud mental en contextos de trabajo

A continuación, presento algunas concepciones dominantes de la salud mental en el trabajo según la literatura revisada. Estas perspectivas han sido moldeadas por múltiples factores como postulados científicos, cambios en las dinámicas y derechos laborales, y cambios en

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

políticas de salud pública. Thompson y colegas (2021) exponen que en los pasados diez años ha surgido un aumento en la apreciación y concientización sobre la salud mental en el trabajo sustentada con investigaciones y prácticas basadas en evidencia. Estos autores presentaron el concepto de salud mental laboral y lo definieron como un acercamiento multidisciplinario con énfasis en prevención del daño psicológico y en la promoción del bienestar y la atención de las enfermedades mentales en el contexto laboral. La salud mental en el trabajo se ha investigado tradicionalmente desde la perspectiva de la psicología de la salud y de la psicología de la salud ocupacional (PSO).

Según Salanova, et al., (2014) el “National Institute of Occupational Safety and Health” indica que la PSO tiene el propósito de ocuparse de “la aplicación de la psicología a la mejora de la calidad de vida laboral y a proteger y promover la seguridad, salud y bienestar de las personas trabajadoras” (p.4). Estas autorías indican que la PSO en la práctica ha adoptado el modelo tradicional empírico, centrado en el *trastorno*, y se ocupa de ajustar lo que está funcionando mal, ya que es opuesto al orden y a lo que es considerado como un funcionamiento adecuado. Las autorías destacan que la PSO se enfoca actualmente en la falta de salud, en el malestar de las personas trabajadoras, la quemazón, los procesos psicológicos que subyacen al estrés laboral, como también en diseñar intervenciones para minimizar el daño psicológico y organizacional de estos problemas. Según las autorías, la PSO se ha movido al *paradigma de la psicología positiva para ser una perspectiva científica* complementaria a la “otra psicología”. Las autorías enfatizan que la PSO es una crítica al modelo médico, que se centra en las debilidades, la etiología de los trastornos, el sufrimiento humano, y el tratamiento psicológico y farmacológico de la “enfermedad mental” (Salanova, et al., 2014).

Según Lyons y Chamberlain (2017) la psicología de la salud como la PSO, se basan en modelos conductuales de la salud que tienden a ser fundamentados en el modelo biopsicosocial. Sin embargo, este modelo ha sido fuertemente criticado por académicos quienes argumentan que es esencialmente el modelo biomédico. Entienden que el modelo biopsicosocial representa tres áreas que no han sido efectivamente teorizadas y funcionan como una forma de retórica asegurando que la psicología de la salud retenga su agenda médica. El aspecto biológico del modelo continúa siendo el discurso más poderoso culturalmente; el prestigio, estatus y el desembolso de fondos para investigaciones sobre curas para enfermedades y tratamientos farmacológicos operan desde este enfoque. Dejando a un lado enfoques socialmente orientados que pudieran alcanzar mejores resultados y avances en la equidad social (Lyons y Chamberlain, 2017). A continuación, profundizo sobre la perspectiva biomédica para trabajar la salud mental.

Perspectiva Biomédica

La concepción biomédica de la salud mental se define fundamentalmente a partir de la reducción de lo mental a un proceso biológico y la ausencia de enfermedad como criterio de normalidad. Esta perspectiva es heredera de la tradición biologicista y empirista de la medicina occidental en la cual la enfermedad es producto de factores anatómicos, fisiológicos o de entidades externas que afectan el funcionamiento orgánico; la intervención está orientada a la curación y es entendida como un remedio anatómico – fisiológico (Restrepo y Jaramillo, 2012). Goulart y González-Rey (2020) afirman que desde la perspectiva biomédica hegemónica de la salud se desarrollaron los manicomios como la ideología responsable, no solo por la aparición de la institución sino por establecer la lógica pautada por el estigma de la anormalidad. Desde esta perspectiva las instituciones se han centrado en promover tratamientos individuales con el objetivo de “curar la enfermedad”, pero deja a un lado el problema político y social en cuestión,

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

que incluye la crítica del sistema social que integra a las personas con trastornos mentales y las mismas instituciones de salud. Este ha sido el enfoque históricamente adoptado desde la psiquiatría, sustentado a través de la utilización de neuroimágenes, aproximaciones genéticas y tratamientos farmacológicos que han dominado el sistema de salud mental.

Según Restrepo y Jaramillo (2012), la intervención en salud mental desde este enfoque se centra fundamentalmente en la atención profesional de los trastornos mentales por parte de especialistas; el enfoque terapéutico convencional de los trastornos mentales se realiza mediante la farmacoterapia, aunque en algunos casos pueden acudir a otros métodos.

De acuerdo con Gómez (2002),

la concepción biomédica “reduce la salud a la ausencia de enfermedades, concebidas como epifenómenos dañinos, con sentido en sí mismos, cuya naturaleza es mensurable y comprensible con base en las evidencias empíricas de los ensayos controlados y la epidemiología clínica (p.7).

A pesar de su predominancia en la actualidad, el modelo biomédico de la salud mental enfrenta varias críticas serias. Es considerado reduccionista ya que concibe la salud mental desde únicamente el enfoque biologicista dejando a un lado experiencias subjetivas y el contexto social (Carmona, 2023). Además, se caracteriza por ser un enfoque reactivo e individual, ya que se centra en el tratamiento de los síntomas o trastornos mentales y como medio predilecto favorece el tratamiento farmacológico sobre otras formas de intervención como la terapia psicológica o el apoyo comunitario. Al centrarse en la patologización de los síntomas también promueve la estigmatización de las personas con problemas de salud mental. Los diagnósticos psicológicos se continúan asociando con un estigma social que afecta a las personas que se les adjudica.

Perspectiva Cognitiva-conductual

Las intervenciones centradas en esta perspectiva emplean el mismo marco conceptual de Beck (1976) en la terapia cognitivo conductual (Lagerveld et al., 2012). Esta perspectiva es un acercamiento activo, centrado en problemas que tiene como objetivo reducir el malestar emocional rápidamente y aumentar el comportamiento adaptativo en pacientes con una variedad de problemas de salud mental y de ajustes. La popularidad de la perspectiva cognitiva-conductual se debe a su naturaleza estructurada y a corto plazo, lo que la hace particularmente adecuada para la investigación empírica. Según Gaudiano (2008) por estas características se ha convertido en una de las psicoterapias enseñadas como parte obligatoria del currículo en los programas de formación psiquiátrica. Puede ser más fácilmente diseminada e implementada que otros enfoques, debido al desarrollo de protocolos de tratamiento altamente específicos y manualizados diseñados para ser trabajados en períodos más cortos (por ejemplo, 12-20 sesiones).

Dado estos factores, es predecible que la terapia cognitiva conductual se haya convertido en una opción preferida por las compañías de atención gestionada en Estados Unidos que buscan alternativas rentables a la psicoterapia tradicional. Por otra parte, este acercamiento cuenta con una multiplicidad de terapias cognitivo-conductuales que constituyen una familia de intervenciones relacionadas que siguen ciertos principios y supuestos, aunque poseen elementos principales de la terapia cognitivo – conductual se debe reconocer que la aplicación puede variar en la práctica. Algunas de estas técnicas son la terapia cognitiva, la terapia de resolución de problemas, la terapia conductual dialéctica, la terapia metacognitiva, la terapia racional-emotiva, la terapia de procesamiento cognitivo, la terapia cognitiva basada en mindfulness, el sistema de análisis cognitivo-conductual de psicoterapia y la terapia centrada en esquemas (Gaudiano,

2008). Según Restrepo y Jaramillo (2012), desde esta perspectiva existe un rechazo hacia la noción de la mente y paradójicamente hay una concepción conductual de la salud mental. La forma en que las personas se comportan constituye un valor determinante para la salud y la enfermedad.

Se les adjudica valor a los estímulos ambientales como determinantes en la explicación y modificación del comportamiento. Ya no es importante la conciencia, ni la mente, ni el alma, el objeto de interés es la conducta observable, explicada a través de procesos de aprendizajes. Esta perspectiva se concibe en términos de hábitos y conductas adaptativas, resultando en un proceso de aprendizaje que le permite a la persona entrar dentro de unos patrones de conducta esperados en un contexto determinado. La dimensión cognitiva, la cual restituye la dimensión mental en la explicación de la conducta, entiende lo mental en procesos no observables que determinan la manera como las personas sienten, piensan y se comportan (Restrepo y Jaramillo, 2012). Esta perspectiva está orientada a que las personas reemplacen aquellos comportamientos problemáticos a un repertorio conductual más adaptativo.

Perspectiva Psicosocial

La perspectiva psicosocial reconoce la importancia de la interrelación entre factores que recaen sobre el contexto laboral y las personas que lo conforman. Según Mateos-Carrascos y Mateos-Rodríguez (2019), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OMS discutieron por primera vez el término *salud ocupacional* en 1950. Definieron este término como,

una actividad eminentemente multidisciplinar dirigida a promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social de las personas trabajadores, evitar las pérdidas de salud causadas por las condiciones de trabajo y proteger a estos de los riesgos

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

en sus ocupaciones; así como ubicar y mantener las personas trabajadoras de manera adecuada en sus aptitudes (p.160).

Según la OIT (1986) los riesgos psicosociales en el trabajo son definidos como “la interacción entre el medioambiente de trabajo, el contenido del trabajo, las condiciones de la organización y las capacidades, las necesidades y la cultura del trabajador, las consideraciones personales externas al trabajo que pueden, en función de las percepciones y la experiencia, tener influencia en la salud, el rendimiento en el trabajo y la satisfacción laboral” (p.3). Por otra parte, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2024) indica que los riesgos psicosociales originan de una mala concepción, organización y gestión del trabajo, así como de un contexto social deficiente del trabajo y pueden provocar resultados psicológicos, físicos y sociales negativos.

A raíz del desarrollo de este concepto se han desarrollado múltiples modelos de mitigación de riesgos psicosociales Moreno-Jiménez y Báez-León (2010) destacan que los riesgos psicosociales afectan tanto la salud física como la mental de las personas trabajadoras, pero enfatizan que las repercusiones más notables se observan en la salud mental. Las autorías señalan que, aunque no se puede realizar una diferenciación clara, los riesgos psicosociales por su propia naturaleza afectan los procesos de adaptación de las personas, así como en su estabilidad y equilibrio mental. La evidencia actual sugiere que la ansiedad, la depresión y otros indicadores de mala salud mental están relacionados con la exposición de estos riesgos psicosociales (Cox, Griffiths y Leka, 2005; Cox y Rial-González, 2000 en Moreno-Jiménez y Báez-León, 2010). Los riesgos psicosociales son considerados violaciones importantes de las expectativas laborales básicas, lo que pueden ocasionar alteraciones del sistema de procesos, cognitivos, emocionales y conductuales provocando trastornos mentales graves como la

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

depresión, suicidio, conductas de autolesión deliberadas o conductas parasuicidas. Las conductas parasuicidas son comportamientos que implican un riesgo inminente de muerte o autolesiones (Moreno-Jiménez y Báez-León, 2010).

En el texto seleccionado para el ACD de esta investigación, la OMS (2022) identificó ampliamente diez categorías de riesgos psicosociales en el trabajo y las organizaciones que propician una pobre salud mental, así como una pobre salud física. A continuación, los riesgos psicosociales identificados en el texto y una breve descripción de cada uno. 1) Contenido del trabajo/diseño de tareas: falta de variedad o ciclos de trabajo cortos, trabajo fragmentado o sin sentido, poca utilización de habilidades, alta incertidumbre, exposición continua a personas a través del trabajo. 2) Carga de trabajo y ritmo de trabajo: sobrecarga o poca carga de trabajo, ritmo de trabajo impuesto por máquinas, altos niveles de presión, sujeción continua a fechas límites. 3) Horario laboral: trabajo por turnos, turnos nocturnos, horarios laborales inflexibles, horas impredecibles, largas horas o horas poco sociables. 4) Control: baja participación en la toma de decisiones, falta de control sobre la carga y el ritmo de trabajo.

5) Entorno y equipo: disponibilidad inadecuada de equipos, idoneidad o mantenimiento; malas condiciones ambientales como falta de espacio, mala iluminación, ruido excesivo. 6) Cultura y función organizacional: mala comunicación, bajos niveles de apoyo para la resolución de problemas y el desarrollo de personal, falta de definición o acuerdo sobre los objetivos organizacionales y el cambio organizacional; alta competencia ante recursos escasos, burocracias excesivamente complejas. 7) Relaciones interpersonales en el trabajo: aislamiento social o físico, malas relaciones con superiores, conflictos interpersonales, comportamientos laborales perjudiciales, falta de apoyo social (percibido o real); acoso, hostigamiento, mobbing; microagresiones. 8) Rol en la organización: ambigüedad en el rol, conflicto de roles y

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

responsabilidad por otras personas. 9) Desarrollo profesional: estancamiento e incertidumbre en la carrera, sub-promoción o sobre-promoción, mala remuneración, inseguridad laboral, bajo valor social del trabajo. 10) Interfaz hogar-trabajo: demandas conflictivas entre el trabajo y el hogar, incluyendo a personas con la responsabilidad de ser cuidadores, bajo apoyo en el hogar, problemas de doble jornada; vivir en el mismo lugar donde se realiza el trabajo, vivir lejos de la familia durante las asignaciones laborales.

En síntesis, estos riesgos psicosociales identificados abarcan una amplia gama de aspectos organizacionales que pueden afectar significativamente el bienestar de las personas en el trabajo. Desde los horarios y la carga de trabajo, las relaciones interpersonales, cultura organizacional y la ambigüedad en roles, cada uno de estos elementos pueden propiciar a efectos dañinos a las personas en el trabajo. En la próxima página presento la imagen.

Figura 4

Riesgos psicosociales para la salud mental en el trabajo (OMS, 2022)

Box 1. Psychosocial risks to mental health at work

Ten categories of risk factors for poor mental health (as well as poor physical health) related to the workplace have broadly been identified (*adapted from: 14, 15*).

- ▶ **Work content/task design:**
e.g. lack of variety or short work cycles, fragmented or meaningless work, under-use of skills, high uncertainty, continuous exposure to people through work;
- ▶ **Workload and work pace:**
e.g. work overload or under-load, machine pacing, high levels of time pressure, continual subjection to deadlines;
- ▶ **Work schedule:**
e.g. shift-working, night shifts, inflexible work schedules, unpredictable hours, long or unsociable hours;
- ▶ **Control:**
e.g. low participation in decision-making, lack of control over workload, pacing, etc.;
- ▶ **Environment and equipment:**
e.g. inadequate equipment availability, suitability or maintenance; poor environmental conditions such as lack of space, poor lighting, excessive noise;
- ▶ **Organizational culture and function:**
e.g. poor communication, low levels of support for problem-solving and personal development, lack of definition of, or agreement on, organizational objectives, organizational change; high competition for scarce resources, over-complex bureaucracies;
- ▶ **Interpersonal relationships at work:**
e.g. social or physical isolation, poor relationships with superiors, interpersonal conflict, harmful work behaviours, lack of (perceived, actual) social support; bullying, harassment, mobbing; microaggressions;
- ▶ **Role in organization:**
e.g. role ambiguity, role conflict, and responsibility for other people;
- ▶ **Career development:**
e.g. career stagnation and uncertainty, under-promotion or over-promotion, poor pay, job insecurity, low social value of work;
- ▶ **Home-work interface:**
e.g. conflicting demands of work and home, including for persons with caregiving responsibilities, low support at home, dual career problems; living at the same site where the work is done, living away from family during work assignments.

A pesar de esto, la OMS (2022) reconoce que existen muchos riesgos adicionales que pueden ser específicos a ciertas ocupaciones o países. Así como los denominados riesgos emergentes, que se observan en la medida que la cultura laboral cambia con el tiempo o como resultado de eventos sociales importantes, como, por ejemplo, una pandemia global o un conflicto. Moreno-Jiménez (2014) señala que la conceptualización de los riesgos psicosociales en el trabajo es relativamente reciente y que estos riesgos no son un tema exclusivo de las organizaciones y trabajadores. Expone que están intrínsecamente relacionados al contexto económico, social y laboral de cada época, y destaca la globalización como un fenómeno que presenta un cambio continuo, dinámico y estructural en las organizaciones. Esto resalta la necesidad de adaptar las estrategias de gestión de riesgos psicosociales a las realidades cambiantes del contexto social y laboral.

Perspectiva Crítica

Según Bernardo et al. (2015) frente a la creciente preocupación por los problemas de salud mental en el trabajo se han elaborado diversas estrategias para la prevención e intervención por parte de la OMS, OIT, EU-OSHA en colaboración con diversos organismos gubernamentales. A primera vista estas iniciativas parecen ser positivas para la sociedad, las organizaciones y las personas trabajadoras. Sin embargo, siguiendo un abordaje crítico estas acciones solo constituyen propuestas paliativas, con el objetivo de mejorar la productividad en el trabajo y adaptar a las personas trabajadoras a las condiciones y modelos de organización de trabajo predominantes. Así que ¿cuál es la necesidad de utilizar el concepto de SM en el contexto laboral? Detrás de la aplicación de SM al contexto laboral subyace el andamiaje del modelo médico, con el cometido de patologizar y medicalizar los problemas de las personas.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Según las autorías hay un énfasis en la medición objetiva y subjetiva de los riesgos psicosociales, realizar evaluaciones siguiendo los modelos hegemónicos establecidos por los organismos internacionales de la salud que promueven las buenas prácticas asociadas a la salud mental y el trabajo. Estos modelos fundamentalmente hacen referencia al diagnóstico de estrés y lo evalúan a través de cuestionarios que se limitan al contexto de trabajo y características individuales de las personas (Bernardo et al., 2015).

Las “mejores prácticas” relacionadas a la salud mental y el trabajo enfatizan la importancia del contexto laboral para la readaptación e inclusión social de las personas que han experimentado situaciones de salud mental reforzando el discurso positivo asociado al buen desempeño laboral sin hacer referencia a la posibilidad de que el contexto laboral también desempeña un rol en el desarrollo de problemas de salud mental (Bernardo et al., 2015). En cuanto a la utilización del concepto de salud mental por la OMS, Lopera (2015) argumenta que no hay una reflexión crítica sobre el concepto o su carácter ideológico, su vínculo con unos intereses, aunque loables, no necesariamente apuntan a lo que es la salud en sentido positivo. Por otra parte, Seligmann-Silva (2011) afirmó que la salud ocupacional es utilizada predominante en las organizaciones siguiendo una lógica positivista orientada a establecer linealidades de tipo causa efecto. Esto sin considerar la complejidad de la dimensión social y la dimensión subjetiva que se introducen en las cuestiones de salud. De forma congruente, Lacaz (2007) señaló que las principales características de estos abordajes son de corte individualista y como consecuencia, el control de la salud propuesto por la salud ocupacional se resume en la estrategia de adecuar a las personas a su ambiente de trabajo.

En resumen, es fundamental reconocer que las perspectivas hegemónicas simplifican la complejidad de la experiencia humana al centrarse en relaciones lineales de causa y efecto. Este

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

enfoque mecanicista no solo ignora la dimensión subjetiva de las personas trabajadoras, sino que también perpetua una visión individualista que tiene como objetivo adaptar a las personas a su entorno laboral sin tomar en consideración factores externos al contexto laboral y la persona. Una psicología crítica que pone la crítica histórico cultural en el centro de su trabajo es anticapitalista porque conceptualiza la psicología misma como parte del *complejo psi* que se desarrolló a la misma vez que se desarrollaba el capitalismo. Este *complejo psi* se desarrolla como un mecanismo para regular a los individuos y las comunidades por medio de la disciplinización haciéndoles obedientes, buenos trabajadores(as) y ciudadanos. Este enfoque es específicamente marxista, ya que trata la estructura simbólica de la psicología como una ideología legitimadora del capitalismo, que solo desaparecerá con la abolición de este sistema (Parker, 2007).

Recomendaciones para reformular las concepciones de salud mental en el trabajo y las organizaciones

Para poder hablar de una reformulación del concepto de salud mental en el trabajo, es necesario considerar un cambio los discursos dominantes actuales de la salud mental. La responsabilidad individual dentro de un contexto socioeconómico y político de austeridad extrema, división e individualidad unido a la construcción del sujeto neoliberal se alinea con el sistema de prestación de servicios de salud mental dominante, que esta biomedicalizado, individualizado, patologizado y descontextualizado, centrándose en la recuperación individual (Brown, 2021). De acuerdo con Brundtland en Prieto-Rodríguez, (2002) hay tres aspectos que determinan la importancia de la salud mental. El primer aspecto tiene que ver con la velocidad del mundo actual, la rapidez con la que se han producido cambios en la vida de las personas en la dimensión cultural, laboral, tecnológica y también en el desarrollo mundial y la degradación ambiental. El segundo aspecto está relacionado con la pobreza, pues a pesar del crecimiento

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

económico, tres billones de personas (casi la mitad de la población mundial) aún permanece bajo los índices de pobreza; presentando un gran obstáculo para el bienestar mental.

Y el tercer aspecto, se relaciona con el proceso de envejecimiento poblacional un problema desde hace décadas. Se estima que en los países desarrollados e industriales un 70% de la población pertenece a la tercera edad. Para reformular la concepción de salud mental en el contexto laboral es fundamental que se considere un enfoque integral que reconozca los determinantes sociales de la salud mental y las experiencias subjetivas de las personas trabajadoras. Para lograr esto Holloway en Doldor et al., (2017) argumenta que es importante retar y sostener debates de cómo se produce el conocimiento en la PTO. Pues el conocimiento que compone la especialidad es el resultado de una identificación acrítica por parte de las personas investigadoras con las ciencias naturales.

La legitimación científica de la psicología organizacional también es popular entre los clientes y profesionales, ya que, según un modelo positivista, es posible descubrir principios universales del comportamiento en el lugar de trabajo y utilizarlos para predecir, moldear y controlar el rendimiento. Según Doldor et al., (2017) se ha desarrollado una industria de miles de millones de dólares basada en esta premisa, con psicólogos organizacionales trabajando en alguna capacidad en la mayoría de las grandes organizaciones. Por otra parte, García-Ramos et al., (2013) cuestionan el supuesto de la legitimación científica de la PTO y analizan cómo los resultados de una investigación en un momento específico puedan aplicarse de manera descontextualizada a diversos tiempos y espacios. A través de la psicología crítica, se produce un giro en el enfoque de la investigación psicológica hacia la dimensión social de la acción humana, lo que permite abordar acercamientos sobre lenguaje y poder (García-Ramos et al., 2013). Pulido-Martínez y Sato (2013) sostienen que la psicología industrial organizacional (PIO)

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

hegemónica defiende el *estatus quo* ejerciendo control y promoviendo la subordinación en los espacios laborales, beneficiando con su cumulo de conocimiento a las gerencias y áreas de recursos humanos.

Las autorías sostienen que la psicología personaliza los conflictos cuando transforma los problemas del trabajo en asuntos internos del individuo. La salud es vista como un recurso para la producción y no como un derecho de las personas. También argumentan que el uso de herramientas psicológicas en el trabajo debe de ampliarse a sindicatos y grupos que no han tenido acceso a ellas, de modo que puedan estar en igualdad de condiciones al momento de adelantar negociaciones o abordar aspectos relacionados con el manejo de la fuerza laboral. Asimismo, las autorías sostienen que la psicología percibe a las personas trabajadoras como parte de una maquina como parte del proceso de producción, ignorando la complejidad de la subjetividad. Destacan que, contemporáneamente se concibe a las personas trabajadoras como sujetos que deben ser y actuar de manera auto-regulada, ser auto-eficaces, mantener una alta autoestima y estar siempre dispuestos a aceptar nuevos retos, así como mostrar flexibilidad ante el cambio.

Es decir, la psicología está al servicio del capital y ocupa un puesto privilegiado para prescribir y homogenizar la fuerza laboral. Para reconceptualizar el concepto de salud mental propongo hacerlo desde una perspectiva subjetiva y crítica. Para ejemplificar este enfoque critico en el contexto laboral podemos ver el trabajo de Oliveira et al., (2018) quienes realizaron una investigación / intervención participativa de salud laboral para trabajadores y trabajadoras de mantenimiento una universidad pública en Brasil. Las autorías asumieron una relación horizontal con los sujetos de la investigación, es decir no hubo una distinción entre personas “investigadas”

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

e “investigadoras”. Esta postura les permitió a las autorías conocer a los sujetos y utilizar este mismo conocimiento para cambiar su realidad.

El método de la investigación no fue creado antemano pues fue a través de ese proceso que pudieron entender las acciones necesarias para cada momento de la investigación e intervención. Este dispositivo favorece la construcción de espacios dialógicos y la confrontación de diferentes saberes, ampliando otros regímenes de producción de conocimiento que reúnen a investigadores profesionales con trabajadoras y trabajadores en una relación dinámica y cooperativa en el análisis de situaciones laborales. Esta investigación es un ejemplo de cómo trabajar la subjetividad de las personas trabajadoras sin caer en el individualismo y la inflexión de responsabilidad que viene con esa perspectiva. Las autorías ofrecieron actividades terapéuticas en grupo *basadas en la experiencia* de los servicios públicos de salud del trabajador; que organizan grupos formativo-terapéuticos con el objetivo de “abordar las repercusiones psicológicas; construir formas de lidiar con el sufrimiento derivado de la situación vivida y sus repercusiones; y desarrollar formas de enfrentamiento colectivas e individuales” (p.4). Sin embargo, identificaron situaciones que requerían apoyo psicológico individual pero no individualizante.

Es decir, las autorías estuvieron atentas a las potencialidades de atención psicológica individual insertadas en un contexto amplio. Las autorías proporcionaron una modalidad de asistencia “considerando la singularidad que caracteriza el sufrimiento de cada trabajador, sin desvincular los factores desencadenantes de ese sufrimiento del contexto colectivo de trabajo en el que emergieron” (p.4). Para lograr esto las autorías no parten de una perspectiva clínica que se circunscribe las cuestiones y problemas desde la *esfera individual para recuperar y adaptar a las personas para el trabajo*, sino que estas atenciones individuales fueron complementarias a las

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

demás intervenciones del proyecto. Las autorías sostienen que el sufrimiento en el trabajo se expresa de forma individual pero sus causas no serán encontradas ni sanadas individualmente. Pues son precisamente las “condiciones, formas de organización y los procesos de trabajo desarrollados los que producen sufrimiento, violencia y acoso” (p.4).

Las autorías rescatan una psicología clínica social contextualizada directamente con el trabajo apuntando hacia una acción colectiva y política que busca resistir y revertir formas de organización del trabajo que atentan contra la integridad de las personas trabajadoras. Por otra parte, desde la perspectiva histórico cultural de González-Rey trabajaré la subjetividad en articulación con los demás conceptos que propone su teoría (González-Rey, 2011). La subjetividad es elaborada como un acercamiento simbólico emocional ante las formas de objetivación a la que rutinariamente son expuestas las personas, al ser despojados de la capacidad de autogestión en el sistema de salud mental y convertidos en objeto. Esta concepción de subjetividad sostiene la idea de que lo individual y lo social puede ser integrado como realidades que comparten un carácter subjetivo, de manera contradictoria sin que una absuelva a la otra (González-Rey y Mitjans, 2015). Similar al concepto de *función psi* en Foucault (1973) González Rey (2022) habla del *complejo psi*, como el intento de la psicología de desarrollar prácticas y teorías individuales, esencialistas y normalizadoras de la experiencia y la acción social.

El *complejo psi* aparece muchas esferas de la vida pública como las organizaciones y funciona para describir y enforzar la buena conducta. Congruente con estas autorías, Pulido-Martínez y Carvajal-Martín (2013) sostienen que la configuración del *complejo psi* influye en la salud y en los procesos de patologización y despatologización en el trabajo. Las autorías destacan la importancia de entender cómo la psicología ha permeado el contexto laboral desde su

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

incorporación y sostienen que las estrategias psicológicas contribuyen a la producción subjetiva de los y las trabajadoras. Las autorías argumentan que la psicología hegemónica se presenta como una herramienta para mejorar la vida laboral y el bienestar de las personas trabajadoras, pero a menudo refuerza el estatus quo, es decir las condiciones de trabajo que pueden ser opresivas. En el contexto capitalista, la concepción de salud del trabajador ha evolucionado de una preocupación por la supervivencia del cuerpo a una preocupación por la salud mental del trabajador.

Este cambio presenta nuevas posibilidades para que el contexto laboral se psicologice, lo que a su vez ha dado a lugar a la creación de nuevas patologizaciones o a la identificación de nuevas maneras de malestar relacionado al trabajo. Las autorías sostienen que cuando se hace referencia a la salud, el enfoque suele centrarse en el bienestar, vinculando la salud con la productividad, sin adoptar una postura política que busque transformar las condiciones laborales como objetivo fundamental. Además, las autorías indican que esta perspectiva tiende a mantener un sesgo individualista, lo que limita la comprensión de la salud en el trabajo a un nivel meramente personal y desvinculado de las estructuras organizacionales. Por otra parte, el trabajo crítico de Oliveira et al., (2018) precisamente buscan trascender el carácter adaptativo e individualizante de la psicología en el contexto laboral, el cual se fundamenta en el discurso de la enfermedad y recuperación de la persona de manera individual para ser útil para la producción. Las autorías dan cuenta de este efecto ideológico de la psicología ofrece una imagen de individuos normales, saludables y bien ajustados.

A su vez, esto genera un imaginario social de sistemas sociales considerados normales y saludables, de modo que el efecto ideológico de la psicología determina cómo pensar y comportarse dentro de un contexto social específico. Por otra parte, la práctica *material* refiere a

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

la categorización y vigilancia de las cualidades individuales en diferentes dimensiones como la inteligencia o personalidad y como tienen consecuencias significativas para moldear la vida de las personas. A través de la vida de las personas la psicología juega un rol en cómo son ubicados socialmente, y determina las condiciones en las que se relacionan a otros y se comprenden a sí mismos. La subjetividad no es solo la instancia personal, sino que configura como un sistema complejo en que lo social y lo individual se integran como sistemas simbólico-emocionales, en los que las acciones individuales y las relaciones sociales son inseparables (Goulart et al., 2019). La salud mental se debe conceptualizar como una producción subjetiva individual y social. La definición ontológica de subjetividad refiere a la unidad cualitativa de emociones y procesos simbólicos, las emociones se convierten simbólicas mientras los procesos simbólicos implicados en esas unidades aparecen también como emociones.

Estas unidades son los *sentidos subjetivos* y las *configuraciones subjetivas*, que en sus constantes movimientos caracterizan las experiencias sociales e individuales vividas en procesos sociales histórica y culturalmente situados. A través de estas dos dimensiones indisociables, se representan las acciones humanas y los procesos simbólico-emocionales. Este proceso permite que la persona no sea excluida como sujeto de su acción en el mundo. De esta manera González-Rey, establece rupturas con las dicotomías establecidas entre lo social y lo individual, generando alternativas a la comprensión naturalista de la psique, en las ciencias humanas y sociales, como individuo/sociedad, interno/externo, y consciente/inconsciente. Según Goulart et al., (2019) el estudio de la subjetividad es importante no solo para la explicación teórica en problemas relacionados a la salud mental, sino que también para sustentar nuevas formas práctica profesional en la salud mental.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Se trata específicamente de rescatar la ética del sujeto, una oportunidad para que la persona sea considerada en función de sus parámetros y posibilidades, sin desconsiderar la presencia de la subjetividad social en sus producciones singulares (Goulart y González-Rey, 2020). La salud psíquica no es definida por la ausencia de conflictos, sino por la capacidad de la persona en generar nuevos sentidos subjetivos frente a esas experiencias dolorosas o conflictivas (González-Rey, 2011). Desde esta perspectiva el trastorno mental no representa una enfermedad, sino una configuración subjetiva actualizada en un proceso de vida y que se expresa en la incapacidad de producir nuevos sentidos subjetivos. Ocurre una parálisis ante el conflicto que está experimentando, la persona queda atrapada en los límites de una configuración subjetiva y sus producciones son dominadas por los sentidos subjetivos de esa configuración. Dentro del proceso terapéutico a través de proceso dialógico y el apoyo de la realización de nuevas acciones se comienza un proceso de reflexión para producir nuevas reflexiones para generar nuevas opciones de subjetivación que le permite a la persona una posición diferente ante lo que le afecta (González-Rey, 2011).

Desde esta perspectiva el trabajo en salud mental debe de orientarse al desarrollo de acciones institucionales que favorezcan la superación de *parálisis subjetiva*. Este trabajo va más allá de la lógica del procedimiento técnico, supera la lógica normativa de juzgar el comportamiento del otro basándose en referencias abstractas y normativas. Desde la relación dialógica se promueve una forma de cuidado que se enfoca en la comprensión de una ética del sujeto; y es una función educativa en la vida del otro, su singularidad se convierte en una producción crítica y subjetiva de estar en el mundo (Goulart y González-Rey, 2017). A continuación, presento el capítulo del marco teórico donde profundizo sobre los conceptos presentados en esta sección.

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

Este capítulo está dedicado a explicar el marco teórico que guio mi perspectiva de análisis en esta investigación. Este trabajo está apoyado en la teoría de la subjetividad elaborada por Fernando González-Rey (1997a, 1997b, 2009, 2011, 2022) desde la Perspectiva Histórico Cultural. Fundamentado desde la complejidad y la epistemología cualitativa, González-Rey elaboró esta perspectiva a raíz de los trabajos de Vygotsky quien consideraba al sujeto como “un nuevo dominio ontológico de las realidades humanas, y se caracteriza por la emergencia de unidades simbólico-emocionales tanto a nivel individual como social” (González-Rey y Mitjanz-Martínez, 2017, p.3). Para complementar esta mirada teórica y tomando en consideración la metodología del trabajo, incorporé la perspectiva postestructuralista del trabajo de Michele Foucault (1972), quien analizó la producción de conocimiento a través de la teoría del discurso y presentó una respuesta innovadora a la insatisfacción general con el individualismo, el cartesianismo y positivismo dentro de la psicología convencional. Afirmó que el dualismo individuo/sociedad era un obstáculo para teorizar sobre la subjetividad (Arribas-Ayllon y Walkerdine, 2017).

Debo destacar que las aportaciones conceptuales de Foucault en este trabajo no constituyen una representación total del cuerpo teórico desarrollado por el autor; debido a la amplitud de sus ideas no es posible dar con una sola referencia que sostenga todas las interpretaciones del autor y esto tampoco fue mi objetivo. Las conceptualizaciones Foucaultianas definidas en esta sección fueron incorporados en el proceso discusión de este trabajo. A continuación, los ejes centrales de la propuesta teórica de González-Rey.

Subjetividad

Desde esta teoría, la subjetividad es “la producción simbólico – emocional que emerge ante una experiencia vivida, la cual integra lo histórico, lo contextual y sociocultural en el proceso de su configuración” (González-Rey, 2011, p.313). Según González-Rey (1997a) la subjetividad permite la superación de un conjunto de dicotomías que históricamente caracterizaron el pensamiento psicológico (interno/externo, individual/social, afectivo/cognitivo etc.) representando un concepto complejo, plurideterminado que integra todas dimensiones mencionadas dentro de un mismo sistema. El concepto de subjetividad parte de las condiciones sociales y culturales que ocurren en momentos históricos particulares. Esta propuesta de la subjetividad no es algo intrínseco a la mente humana, sino que es una dimensión cualitativa inseparable de la experiencia humana cuyo carácter subjetivo se define por ser una producción de individuos y grupos dentro de las tramas relacionales y procesos simbólicos múltiples que son parte de toda experiencia humana (González-Rey, 2022). Para González-Rey (2022) subjetividad como definición ontológica es la unidad inseparable de lo simbólico y emocional en una nueva definición cualitativa, donde las emociones adquieren un carácter simbólico, siendo ambos procesos inseparables de esa nueva cualidad de los fenómenos humanos que definimos como subjetividad.

Perezhivanie (vivencia)

El concepto de *perezhivanie* es presentado por Vygotsky (1994) y fue definido como: una unidad, donde, por una parte, en un estado indivisible el ambiente es representado, es decir, lo que está siendo experimentado, la *perezhivanie* está siempre relacionada con algo externo a la persona – y, de otra parte, lo que es representado es como yo, en mi mismo estoy experimentando eso, es decir, todas las características personales y todas las

características del ambiente están representadas en la *perezhivanie* (Vygotsky, 1994, p.342).

González-Rey, (2022) reconoce que a pesar de las limitaciones de la definición de *perezhivanie*, el concepto representó un nuevo tipo de representación de lo psíquico, y este buscaba integrar lo emocional y cognitivo para poder superar la comprensión del determinismo mecanicista de lo externo sobre la psique que dominaba la psicología soviética de la época. Otro concepto importante por destacar que desarrolló Vygotsky e influenció el trabajo de González-Rey fue el de *sentido*.

Sentido

Vygotsky (1987) definió el *sentido* como inseparablemente asociado a la palabra:

El *sentido* de una palabra es el agregado de todos los procesos psíquicos que aparecen en nuestra conciencia como resultado de la palabra. El *sentido* es una formación dinámica compleja, fluida que tiene diversas zonas que varían en su estabilidad. El significado es apenas una de esas zonas del *sentido* que la palabra adquiere en contexto del habla (p.276).

González-Rey (2022) destaca que, con base a esa definición, a través del *sentido* se establece una relación entre el habla y la conciencia; la conciencia deja de ser vista como un sistema intrapsíquico y se abre la posibilidad de conceptualizarla como un sistema en proceso formado por unidades dinámicas; los sentidos que acompañan el habla humana. Además, González-Rey (2009) sostiene que la categoría de *sentido* parece ser que estuviese dirigida a cubrir la ausencia de una unidad psicológica, capaz de dar cuenta de una nueva definición ontológica de los procesos psíquicos desarrollados culturalmente. Este concepto aparece en el momento final de la obra de Vygotsky por lo que no logró desarrollarlo completamente. Sin

embargo, González-Rey (2011) vio un valor heurístico en el concepto de *sentido* para la psicología y lo llevó a reformularlo con el propósito de avanzar sobre una teoría histórico-cultural de la subjetividad. Al aparecer de forma consistente el concepto de conciencia como un término general e impreciso en las ciencias sociales y la filosofía, precisó lo que denominó sentidos subjetivos.

Sentidos subjetivos

Según González-Rey (2011) los sentidos subjetivos son definidos como:

aquella unidad de los procesos simbólicos y emocionales donde la emergencia de uno de ellos evoca al otro sin convertirse en su causa, formando verdaderas cadenas con formas muy diversas de expresión según el contexto en que la persona está implicada (p.312).

Los sentidos subjetivos representan una unión entre lo simbólico y lo emocional; permitiendo comprender la producción subjetiva en la acción de la persona. Es un proceso recursivo en donde uno evoca la emergencia del otro y viceversa. Para González-Rey (2009) la motivación humana es central en la idea de subjetividad, “los sentidos subjetivos son unidades motivacionales, están en la base de las emociones que alimentan toda práctica y proceso humano” (p.218). Esta autoría destaca que el concepto de motivación es una compleja red de elementos irreducible a un contenido concreto; y destaca que el concepto de motivación fue víctima del reduccionismo elementalista por la psicología, así como el concepto de cognición y otros procesos psíquicos (González-Rey, 2009). Los sentidos subjetivos son únicos, representan una unidad simbólica emocional que emerge en contexto y que siempre resulta de la confluencia de varias configuraciones subjetivas de la personalidad en un momento concreto de la persona, que es inseparable de la configuración subjetiva que se organiza en el curso de una experiencia vivida.

Configuraciones subjetivas

Las configuraciones subjetivas según González-Rey (2009) son “una organización relativamente estable de sentidos subjetivos que definen procesos simbólicos relacionados a las experiencias del sujeto con un evento, actividad o producción social determinada” (p.218). Son parte inseparable de los sentidos subjetivos que aparecen en el proceso de acción y de las relaciones que ocurren en cualquier espacio de la vida y solo se puede acceder a las configuraciones subjetivas a través de los sentidos subjetivos diferenciados que se generan en la acción. Según González-Rey (2009) las configuraciones subjetivas “no excluyen al hombre como sujeto de la acción, lo que, de hecho, las coloca más allá de cualquier control intencional del sujeto” (p.219). Las configuraciones subjetivas no actúan un “a priori” que determina la acción; son parte integral del sentido subjetivo que una acción tiene desde su inicio. Sin embargo, ellas no “dirigen” los sentidos subjetivos que se van desarrollando en la acción: sino que ellas constituyen un momento inseparable en la producción de esos sentidos subjetivos (González-Rey, 2009).

Las configuraciones subjetivas se organizan a partir de la historia individual del sujeto y definen las maneras concretas de experiencia del sujeto dentro de los espacios simbólicos de la cultura; y es dentro de estas configuraciones que surge toda una función psicológica (Rodríguez-Camejo et al., 2019; Hernández 2008). Los sentidos y las configuraciones subjetivas no son conscientes ni producciones racionales, sino que son producciones simbólico – emocionales que emergen en el curso de la experiencia humana y no pueden ser aprendidas ni susceptibles a los procesos de resignificación (González-Rey, 2011).

Personalidad

Según Díaz-Gómez y González-Rey (2005) la personalidad es una organización de la subjetividad individual, como organización del sujeto quien esta procesual, histórica y socialmente configurado; González-Rey (2005) presenta una visión no determinista de la personalidad, y la define como:

el sistema que tiene el momento organizativo de la subjetividad individual, pero ésta no se reduce a la personalidad porque es una subjetividad que existe en un sujeto en acción, en un sujeto en relación y por lo tanto está permanentemente confrontada en un contexto (p.374).

Desde esta perspectiva el *sujeto* se refiere al individuo quien está procesa, histórica y socialmente configurado (Díaz-Gómez y González-Rey, 2005). La noción de subjetividad es inseparable de la noción de *sujeto*. Según González-Rey (2011) “la persona no es un epifenómeno de ninguna estructura o práctica social, ella tiene una capacidad generadora subjetiva frente a lo vivido, que le permite múltiples opciones, decisiones y acciones cargadas de sentidos subjetivos en el proceso de la experiencia” (p.313). Además, esta autoría sostiene que la persona se torna *sujeto* cuando tiene la capacidad de generar opciones ante los sistemas normativos hegemónicos del espacio social donde se desarrolla su acción, pues está generando sentidos subjetivos alternos frente a esos sistemas hegemónicos. Luego de presentar estas categorías del marco teórico es importante exponer el componente social que las integra mediante producciones subjetivas de los espacios sociales.

Subjetividad social

El concepto de subjetividad social González-Rey (2008) lo define como:

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

la forma en que se integran sentidos subjetivos y configuraciones subjetivas de diferentes espacios sociales, formando un verdadero sistema en el cual lo que ocurre en cada espacio social concreto, como familia, escuela grupo informal etc. está alimentado por producciones subjetivas de otros espacios sociales (p.234)

La subjetividad social es un sistema de sentidos y configuraciones subjetivas que se actualiza en los patrones y sentidos subjetivos que caracterizan las relaciones entre personas que comparten un mismo espacio social. En síntesis, González-Rey conceptualiza la subjetividad desde el carácter histórico cultural porque esta emerge de la forma en que las relaciones sociales son vividas de forma diferenciada por sus agentes y sujetos, individuales y sociales, dentro de las redes de construcciones sociales que caracterizan una cultura, en las cuales las más diversas prácticas humanas se organizan. Desde esta perspectiva lo cultural y lo social son concebidos como producciones subjetivas asociadas a las acciones humanas en un recorrido histórico y no como estructuras existentes a priori. Los sentidos y configuraciones subjetivas se dan de manera recursiva dentro de la subjetividad social en diferentes espacios sociales. Desde esta teoría establezco una base conceptual para realizar un ACD que problematiza la noción de salud mental en el contexto del trabajo y las organizaciones.

Mediante esta perspectiva identifiqué indicadores en el texto a analizar que representan los sistemas normativos hegemónicos del espacio social que conforman la subjetividad social y a su vez identificar cómo estos actúan de manera recursiva sobre los sentidos y configuraciones subjetivas del sujeto. Goulart y González-Rey (2020) enmarcan la salud como un proceso social que tiene que ser entendida en su dimensión histórica por lo que sus manifestaciones cambian según la historicidad del concepto. Al ser comprendida como parte esencial del desarrollo humano la definición de salud se vuelve inseparable de las diversas dimensiones actuantes en la

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

vida humana, como el trabajo. Por lo tanto, la salud mental amplía su alcance en los contextos de trabajo y está vinculada a la complejidad con la cual se aborda la salud como objeto de estudio.

A continuación, presento algunos conceptos desarrollados por Foucault (1972, 1973, 1978) que apoyaron a dar sentido a la sección de discusión del ACD.

Discurso

Foucault (1972) definió *discurso* como el “conjunto de enunciados que provienen de un mismo sistema de formación” (p.141). Es decir, cuando utiliza este concepto no se refiere a un fragmento de un texto, una enunciación o un despiece lingüístico; sino que refiere a una práctica social, reglas, divisiones y sistemas de un cuerpo de trabajo particular. El discurso es el objeto de las descripciones foucaultianas; y las prácticas discursivas toman cuerpo en conjunto de las técnicas, de las instituciones, de los esquemas del comportamiento, de los tipos de transmisión y de difusión en las formas pedagógicas que a la vez las imponen y las mantienen. Además, Foucault se ocupa de la formación del discurso como formador de la subjetividad (Castro, 2011).

Poder

Foucault no escribió una teoría del poder, si por "teoría" entendemos una exposición sistemática; más bien, nos encontramos con una serie de análisis, en gran parte históricos, acerca del funcionamiento del poder. Según Castro (2011) para Foucault el *poder* funciona a través del discurso, porque el discurso es, el mismo, un elemento en un dispositivo estratégico de relaciones de poder. Los discursos son elementos o bloques de tácticas en el campo de las relaciones de fuerza; existen diferentes y contradictorios, incluso dentro de una misma estrategia. Esta autoría sostiene que el ejercicio moderno del poder para Foucault es principalmente el orden de la normalización de los individuos y de las poblaciones.

Dispositivo

El concepto de dispositivo es la red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos como el discurso, instituciones, reglamentos, arquitectura, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosofías, morales, y filantrópicas (Castro, 2011).

Disciplina

Foucault (1973) describe el ejército, la policía, el aprendizaje, el taller, y la escuela como las características del poder disciplinario. Para Foucault la disciplina corresponde al orden del saber (forma discursiva de control de la producción de nuevos discursos) y al del poder (el conjunto de técnicas en virtud de las cuales los sistemas de poder tienen por objetivo y resultado la singularización de los individuos (Castro, 2011). El poder disciplinario como “instancia normalizadora”, constitución del “individuo” y el surgimiento de las ciencias del hombre. La tecnología moderna de la *disciplina* está dirigida a lo que Foucault denominó cuerpos dóciles, esta idea de que los cuerpos son adaptados a las demandas de la producción económica moderna. El *individuo disciplinario*, que se caracteriza por la función sujeto, singularidad somática, vigilancia ininterrumpida, la proyección de la psique, la división normal – anormal. Es decir, la tecnología moderna de la disciplina se refiere a los métodos y prácticas institucionales (como escuelas, hospitales, fábricas y prisiones) que son utilizadas para moldear y controlar el comportamiento de las personas.

La noción de cuerpos dóciles implica que las personas son condicionadas para ser productivas y obedientes en un sistema económico que prioriza la eficiencia y la conformidad. Esto se logra por medio de diversas prácticas disciplinarias como la vigilancia, la regulación del comportamiento y la normalización de ciertas conductas.

Instituciones

Para Foucault (1978) las *instituciones* (fábrica, escuela, hospital psiquiátrico, hospital y prisión) no tienen otra finalidad sino de fijar a las personas a un aparato de normalización. La autoría entendía que a través de las instituciones que aparentan brindar protección y seguridad, se establece un mecanismo de poder por todo el tiempo de la existencia humana que es puesto a disposición de un mercado laboral y de las exigencias de este. Esta autoría argumenta que la finalidad de estas instituciones de secuestro es la explotación total del tiempo, con el objetivo de que este se convirtiera en tiempo de trabajo. La segunda función es el control del cuerpo, con el propósito de hacer que el cuerpo de las personas se convierta en fuerza de trabajo. La tercera función de estas instituciones radica en la creación de un nuevo tipo de poder, caracterizado por su naturaleza polimórfica y polivalente.

Este poder se manifiesta no solo en el ámbito económico y político, sino que también se entrelaza con el sistema judicial. Foucault (1978) argumenta que en las *instituciones* no solo se emiten órdenes y se toman decisiones, sino que también se garantiza la realización de funciones esenciales, como la producción de aprendizaje. Además, estas instituciones ostentan el derecho de castigar y recompensar, lo que implica que operan bajo una forma de poder judicial. En este sentido, las instituciones sociales se estructuran en torno a un sistema de evaluación constante, donde se castiga y se recompensa a los individuos, se clasifican sus desempeños y se determina quiénes son considerados los mejores y los peores. Este mecanismo de control y regulación es crucial para entender cómo se ejerce el poder en el contexto institucional y cómo afecta a los sujetos dentro de estas estructuras sociales.

Confesión

El concepto de *confesión* es definido como el “ritual del discurso” el mero acto de llevarlo a cabo cambia a la persona que lo hace, le exonera, reivindica y purifica; le libera de sus males y le promete salvación. El concepto de *confesión* guarda una relación discursiva a la práctica terapéutica o de consejería.

Poder psiquiátrico

La *función psi*, refiere a la función psiquiátrica, psicopatológica, psicosociológica, psicocriminológica, psicoanalítica y cuando habla de función alude a un discurso y a la institución y al propio individuo psicológico (Foucault, 1973, p.110). Foucault sostiene que la función psi originó en la psiquiatría y se extendió a todos los sistemas disciplinarios en donde se sostienen los discursos de la individualización, normalización y sujeción. El poder psiquiátrico se crea con el discurso científico de descubrir una “verdad universal”, el surgimiento de la locura, los hospitales psiquiátricos como asilo y el surgimiento del cuerpo neurológico (Foucault,1973). Posterior a esto se produce una época en el que el poder médico encuentra sus garantías y justificaciones en los privilegios del conocimiento sobre las enfermedades y los enfermos. En el próximo capítulo discuto la metodología que utilicé y el procedimiento que seguí para realizar esta investigación.

CAPÍTULO IV: MÉTODO

En este capítulo presento la metodología que utilicé en esta investigación y el procedimiento realizado. Como he expuesto, esta investigación consistió en realizar un ACD sobre el texto “*World Health Organization Guidelines On Mental Health at Work*” de la Organización Mundial de la Salud (2022). Esta metodología surgió desde el paradigma transformativo con un enfoque descriptivo – interpretativo, siguiendo una metodología cualitativa del trabajo de autores como Fairclough (1989), Van Dijk (2001) y Mullet (2018). El paradigma transformativo se enfoca en comprender cómo las dinámicas de poder y privilegio pueden ser retadas dentro del estatus quo y en estrategias culturalmente apropiadas que posibiliten un cambio social sustentable (Mertens, 2009). Dicho paradigma se centra en el análisis crítico de la ideología dominante, se caracteriza por ser emancipador ya que invita al sujeto a un proceso de reflexión y análisis sobre la sociedad en la que se encuentra implicado y la posibilidad de cambios (Melero-Águila, 2011). Según Freire et al., (1989) esta ideología emancipadora “se caracteriza por desarrollar “sujetos” más que “objetos”, posibilitando que los “oprimidos” puedan participar en la transformación socio histórica de su sociedad” (p.157).

Como investigadora intereso adentrarme al análisis de la temática de la salud mental, tener un papel activo en este proceso y mantener una reflexión continua. Banister y colegas (2004) exponen que la investigación cualitativa es una “manera para obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones tal y como son presentados, indican que es el estudio interpretativo de un problema específico en el cual la persona investigadora es responsable de la producción del sentido” (p.14). Estas autorías enfatizan que la investigación cualitativa parte de un debate, no una verdad fija. Sostienen que es un intento de captar el sentido que estructura y que yace en el interior de lo que decimos sobre lo que hacemos, una exploración, elaboración y

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

sistematización de la relevancia de un fenómeno identificado, la representación esclarecedora del significado de un aspecto o problema delimitado. Para poder profundizar sobre el discurso de salud mental en el contexto laboral propuesto por la OMS, como diseño utilicé el análisis temático (AT) y el ACD. Ambos análisis ofrecen una flexibilidad significativa para la exploración del texto y se alinean con las propuestas teóricas de Fernando González-Rey y Michel Foucault. Esta interrelación permite un análisis más profundo sobre las dinámicas de poder y subjetividades en el discurso de la salud mental en el ámbito laboral.

Fundamentos ontológicos y epistemológicos del ACD

La ontología plantea preguntas sobre la naturaleza de la realidad, la naturaleza de los seres humanos en el mundo y que constituye la verdad. Para ilustrar los fundamentos ontológicos que sustentan el ACD tomo prestado las palabras de Strega (2005), quien sostiene que:

la realidad se trata del significado que las personas crean en el transcurso de sus interacciones sociales; el mundo no se trata de hechos, sino del significado que se adjunta a los hechos, y las personas negocian y crean significado (p.206).

Es decir, la realidad se entiende como subjetiva y contextual, cambiando según su lugar y tiempo. Para lo que conocemos como realidad, existe en un sentido discursivo: la realidad significa algo porque le atribuimos un significado. La epistemología se centra en cómo sabemos lo que sabemos, cómo producimos el conocimiento. Strega (2005) sostiene que la base epistemológica del ACD descansa sobre el post-estructuralismo y teorías críticas. Según Leotti et al., (2021) el post-estructuralismo es una perspectiva teórica que proporciona estrategias de desconstrucción al nombrar relaciones de poder y dismantelar los supuestos aceptados como evidentes en discursos dominantes. En el posestructuralismo el lenguaje es esencial, pues a través de este se crea la realidad y también puede ser construida o desafiada. Foucault (1972)

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

exploró el discurso con el fin de desestabilizar disciplinas, conocimientos y prácticas disciplinarias; al hacerlo expuso los procesos a través de los cuales las prácticas sociales llegan a ser consideradas como naturales.

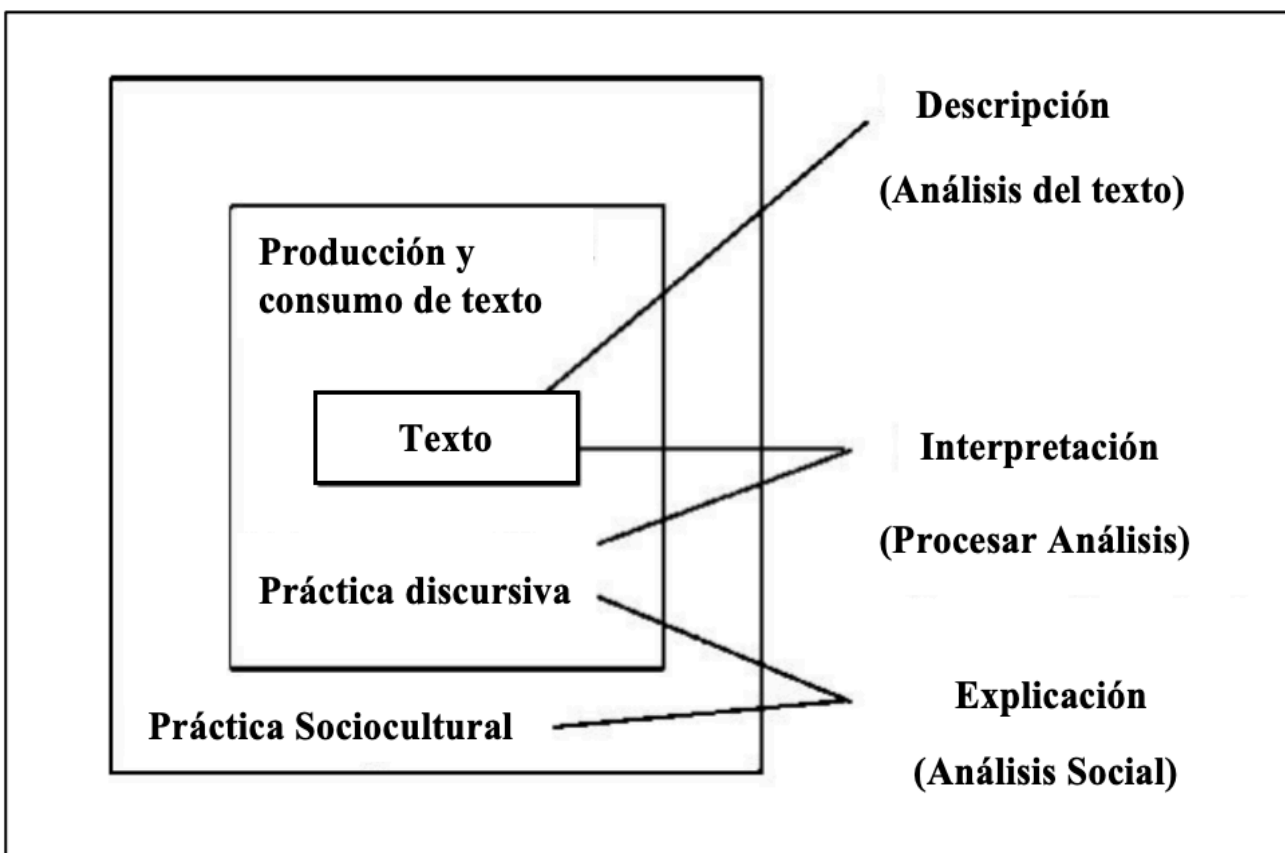
A continuación, algunas interpretaciones que Fairclough (1992) destaca sobre la obra de Foucault para el análisis de discurso. Dentro de su trabajo arqueológico inicial destaca lo siguiente: 1) La naturaleza constitutiva del discurso: el discurso se constituye lo social, incluyendo los objetos y sujetos sociales. 2) La primacía de la interdiscursividad y la intertextualidad: cualquier práctica discursiva se define por sus relaciones con otras, y se nutre de estas de maneras complejas. Los siguientes puntos emergen del trabajo genealógico de Foucault: 3) La naturaleza discursiva del poder: las prácticas y técnicas del 'biopoder' moderno (por ejemplo, el examen y la confesión) son, en gran medida, discursivas. 4) La naturaleza política del discurso: ocurre una lucha de poder dentro y sobre el discurso. 5) La naturaleza discursiva del cambio social: las prácticas discursivas cambiantes son un elemento importante en el cambio social. En este sentido, la perspectiva genealógica de Foucault señala direcciones de investigación sobre el discurso, la investigación de transformaciones históricas en las prácticas discursivas de los órdenes del discurso y su relación con procesos más amplios de cambio social y cultural (Fairclough, 1992).

Dimensiones del ACD

Según Fairclough (1993) el ACD se consolida como un modelo de tres dimensiones: la primera dimensión es el discurso como texto en lenguaje hablado o escrito, la segunda dimensión es el discurso como práctica discursiva que involucra la producción e interpretación del texto, y la tercera dimensión es el discurso como práctica social. A continuación, una figura demostrando el modelo tridimensional de Fairclough.

Figura 5

Modelo tridimensional ACD, Fairclough (1989)



En la parte descriptiva del texto se realiza un análisis de las propiedades formales del texto. En la parte interpretativa se atienden las relaciones entre el texto y su interacción; requiere ver el texto como el producto de un proceso de producción y como un recurso en el proceso de interpretación. Fairclough (1989) destaca el uso del término *interpretación* en este nivel y dentro del proceso práctico del ACD. Expone que el término interpretación es utilizado tanto para nombrar este paso en el procedimiento como para la interpretación de los textos por los participantes del discurso. Una de las mayores críticas sobre el estudio crítico del lenguaje por pragmatistas ha sido las discrepancias que existen entre lo que se dice, a lo que se refiere y cómo las personas lo interpretan.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Desde el estudio crítico del lenguaje no simplemente se decodifica una expresión, sino que se llega a una interpretación mediante un proceso activo de pareo entre expresiones a varios niveles con las representaciones que se han recopilado en la memoria. Estas representaciones son prototipos que moldean palabras, formas gramaticales como oraciones, la estructura típica de una narrativa, las propiedades en diferentes objetos y personas, así como los eventos secuenciales esperados ante una situación particular. Estos prototipos colectivos es lo que Fairclough conceptualiza como *members resources* (MR). Los recursos que tiene el intérprete son activados y generados mediante un interjuego dialéctico de pistas que activan elementos de MR como *procedimientos interpretativos*. El MR es comúnmente llamado trasfondo de conocimiento, pero Fairclough sostiene que ese término es muy restrictivo pues muchos de estos supuestos son ideológicos lo que hace la utilización del término *conocimiento* de una forma errónea.

Fairclough (1993) expone que ACD tiene como objetivo explorar de manera sistemática las relaciones de causalidad y determinación entre: las prácticas discursivas, los eventos y los textos, y las estructuras, relaciones y procesos sociales y culturales más amplios. Este enfoque busca investigar cómo dichas prácticas, eventos y textos emergen de y son ideológicamente moldeados por relaciones de poder y luchas por el poder. Además, el ACD se propone examinar cómo la opacidad de estas relaciones entre el discurso y la sociedad actúa como un factor que perpetúa el poder y la hegemonía. Al hacerlo, el ACD no solo revela las dinámicas de dominación presentes en el discurso, sino que también proporciona herramientas para cuestionar y desafiar las narrativas hegemónicas que configuran nuestras realidades sociales. Por otra parte, Urra et al., (2013) indica que un discurso se refiere al uso del lenguaje por parte de individuos, relacionado a la formación cultural, social y política determinadas por sus interacciones dentro de la sociedad.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Los discursos, así, emanan de interacciones sociales compartidas entre los grupos sociales y de las estructuras complejas de la sociedad donde los discursos son capturados, y van más allá del lenguaje mismo al incluir las acciones y conductas de las personas. Los niveles del discurso están vinculados a diferentes escuelas y corrientes, Urra et al., (2013) presenta los siguientes supuestos:

- 1) El discurso es un sistema coherente de significados. Las personas usan sus entendidos culturales como patrones coherentes de un tema.
- 2) Un discurso se realiza en textos escritos. Básicamente están en textos escritos, los cuales son entrapamientos circunscritos de significado y son reproducidos para ser interpretados.
- 3) Un discurso se refleja en su propia forma de hablar. Esto refiere a diferentes niveles de significado en el texto o significados ocultos.
- 4) Un discurso se refiere a otros discursos. En cualquier texto es posible que se encuentre más de un discurso que pueda ser definido (intertextualidad).
- 5) Un discurso es sobre objetos. Los discursos construyen representaciones del mundo y los objetos solo se observan a través de sus efectos. Es decir, que cuando se describen los objetos, el tratamiento del discurso de esos objetos es en sí un objeto.
- 6) Los discursos contienen sujetos. Los objetos que un discurso refiere pueden venir de una realidad independiente del discurso exterior, pero se obtienen por la realidad de otro discurso y así hace posible un discurso dirigido a un lector específico.
- 7) Un discurso es históricamente localizado. Los discursos no son estáticos, tienen un punto de relación entre diferentes discursos y las formas en las cuales esos discursos

cambian y se desarrollan conexiones a los otros discursos a través de un proceso reflexivo.

8) Un discurso apoya o se asocia a una institución. Los discursos no son libres, están afectados por estructuras institucionales.

9) Un discurso reproduce relaciones de poder. Los discursos dominantes privilegian versiones particulares de la realidad social y así privilegian ciertas formas de actuar sobre otras (p.52).

Diseño

Braun y Clarke (2006) sugieren que el AT es el primer análisis cualitativo que debe de ser aprendido ya que provee las destrezas centrales para realizar otros tipos de análisis. El AT es el proceso de identificar patrones o temas dentro de los datos cualitativos con el objetivo de decir algo significativo sobre el problema de investigación. Los autores proveen seis fases para realizar el análisis: 1) Familiarizarse con los datos. En este paso realicé una primera lectura al texto seleccionado. 2) Generar códigos iniciales. Comencé a seleccionar los códigos que pueden ser analizados de los fragmentos. 3) Buscar temas. Observé los temas que se repiten en los códigos. 4) Revisar los temas. Analicé los temas generados. 5) Definir los temas. Le otorgué una definición conceptual a cada tema delineado. 6) Escribir un informe. Generé un informe de este proceso.

El ACD es un campo interdisciplinario de investigación que combina teorías lingüísticas y sociales para abordar la forma en que el poder y la desigualdad se manifiestan y reproducen en un texto (Van Dijk, 2001). Esta metodología se aventura más allá de considerar lo que dice el texto para cuestionar lo que hace el texto; se preocupa por un análisis crítico de las prácticas sociales y la reproducción de sistemas de creencias dominantes en el discurso. El ACD es un

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

acercamiento cualitativo y de investigación analítica que estudia el modo en el que se practican, reproducen y de confrontan, mediante textos y el habla, el abuso de poder social, el dominio y la desigualdad en el contexto social y político. Se enfoca en problemas sociales y no necesariamente en paradigmas académicos (Van Dijk, 2015). Según Mullet (2018) el ACD es un acercamiento útil que permite la comprensión o solución de problemas con cualquier teoría o método que sea relevante al tema de investigación.

Este autor sostiene que el ACD se caracteriza por 1) un enfoque orientado al problema, 2) análisis de datos semióticos, 3) la perspectiva de que las relaciones de poder son discursivas hasta cierto punto, 4) enmarcar los discursos dentro de un tiempo y espacio, 5) la idea de que la expresión del lenguaje nunca es neutral, 6) un análisis que es sistemático, interpretativo, descriptivo, y explicativo, y 7) el uso de metodologías eclécticas e interdisciplinarias. El ACD opera desde el supuesto de que las instituciones son el puente a los recursos discursivos, el poder y desbalance de recursos entre “hablantes” y “escuchas” están conectados por su acceso inequitativo a esos recursos (Mullet, 2018).

Técnica

Las preguntas que guían el AT y ACD son las siguientes: 1) ¿Qué patrones discursivos se emplean en la representación de problemas de salud mental en contextos del trabajo y las organizaciones? 2) ¿Cuáles son los discursos dominantes de la salud mental en contextos de trabajo y las organizaciones? 3) ¿A quién se responsabiliza por la salud mental: a las personas o a la sociedad? Es mi interés profundizar sobre la noción de salud mental en el trabajo, analizando desde qué contexto(s) y postura(s) se presentan los temas y discurso(s) acerca de este término, así como las implicaciones que tiene para las personas trabajadoras y la profesión

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

psicológica en Puerto Rico. Con este enfoque busco exponer una reconfiguración de la salud mental en el contexto laboral y en la práctica de la PTO.

Texto

Inicialmente, consideré analizar la Ley de Salud Mental de Puerto Rico para este trabajo; sin embargo, luego de revisarla, determiné que carecía de la relevancia temática necesaria para realizar este tipo de análisis. Tal como mencioné al comienzo de este trabajo, la ley no aborda de manera directa el concepto de salud mental en el contexto laboral. Para poder alcanzar mis objetivos, realicé un nuevo proceso de búsqueda y opté por el documento “*World Health Organization Guidelines on Mental Health at Work*” publicado en el 2022. Estas directrices sobre salud mental en el trabajo fueron elaboradas por la OMS como recomendaciones basadas en evidencia, y dicen prevenir, proteger, promover y apoyar a las personas que viven con condiciones de salud mental participen y prosperen en el entorno laboral.

Las recomendaciones abarcan intervenciones organizacionales, capacitación para las personas trabajadoras y gerenciales, intervenciones individuales, retorno al trabajo y obtención de empleo. Estas directrices se enfocan en mejorar la implementación de intervenciones basadas en evidencia (IBE) para la salud mental en el trabajo. Este texto cumple con los siguientes criterios de selección: es una publicación reciente, proveniente de la organización más influyente a nivel global en temas de la salud. Además, el texto sirve como objeto de estudio, ya que aborda temas directamente relacionados con la salud mental en el contexto laboral. Trata aspectos relevantes para la gestión organizacional sobre la salud mental en el trabajo, incluyendo prácticas e intervenciones. A continuación, detallo el procedimiento de este estudio.

Procedimiento para el AT y ACD

Luego de leer el texto en su totalidad en dos ocasiones, decidí no incluir las secciones dirigidas a personas que se desempeñan en ocupaciones de riesgo, como trabajadores(as) de emergencia, trabajadores(as) en situaciones humanitarias y en contextos de salud correspondientes a los capítulos 2, 5, 7 y 9. Esta decisión metodológica la tomé con el objetivo de poder centrar el análisis de discurso dirigido a personas en trabajos que no se caractericen por afectar o poner en riesgo la salud mental debido a la naturaleza de las tareas que realizan. Según expone la OMS (2022) en los objetivos de estas directrices, las personas que se desempeñan en dichas ocupaciones se encuentran en un riesgo desproporcionado para su salud mental, lo que justifica la exclusión de su análisis en este contexto. A continuación, describo el procedimiento realizado en el AT.

Análisis Temático

Después de familiarizarme con el texto, llevé a cabo un proceso de selección y transcripción de fragmentos. Posteriormente, presté atención a los temas para identificar patrones recurrentes y palabras claves que fueran significativas en relación con los objetivos de la investigación. A continuación, realicé la codificación, en la cual desarrollé palabras o frases cortas que capturarán el mensaje central de los datos. Analicé estos códigos, estableciendo patrones y relaciones entre ellos. De este proceso de codificación emergieron seis temas principales, los cuales conceptualicé y definí de manera precisa cada uno. A continuación, presento los temas y sus respectivas definiciones:

1) Intervención basada en evidencia (IBE)- Este tema integra intervenciones y evaluaciones respaldadas por evidencia empírica, implicando su eficacia y *verdad*. Su

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

aplicabilidad universal está sometida a los sistemas de poder que la producen y sostienen (Castro, 2011).

2) Responsabilidad individual de la Salud Mental- Se aborda la salud mental como un problema biológico e individualista en el que la salud se convierte en un bien de consumo y las personas deben de asumir un rol activo en el cuidado de mejorar su salud mental y capacidad de trabajar. (Castro, 2011).

3) Responsabilidad colectiva de la Salud Mental- Se aborda la salud mental como una compleja relación entre lo individual y lo social.

4) Gestión organizacional de la Salud Mental: Incluye prácticas organizacionales destinadas a gestionar la salud mental de las personas trabajadoras con el objetivo de mejorar la efectividad laboral y producción. La medicina se impone a los individuos como autoridad; su dominio de intervención ya no concierne sólo a las enfermedades, sino a la vida en general (Castro, 2011).

5) Regulación y normalización- se refiere al poder que las instituciones y otros ejercen sobre los individuos bajo la forma de la vigilancia individual y continua, del control, del castigo y de la recompensa, y bajo la forma de la corrección, es decir, de la formación y de la transformación de los individuos en función de ciertas normas (Castro, 2011).

6) Replicabilidad- Se refiere al saber científico que sigue el supuesto de reproducir los resultados de un estudio bajo condiciones similares.

A continuación, presento las tablas desarrolladas como parte del AT por cada eje de análisis. En el encabezado de la tabla incluyo el título del Eje de análisis. La primera columna presenta el identificador del capítulo correspondiente en el texto. La segunda columna presenta el fragmento seleccionado. La tercera columna ilustra el proceso de codificación de temas sobre el

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

fragmento. La cuarta columna presenta el tema que emergió de este proceso de análisis. Véase tabla 4 para el resumen del AT. A continuación, presento la primera tabla sobre el Eje 1, ¿Qué patrones discursivos se emplean en la representación de SMTO? Los códigos que emergieron del texto fueron: Medicalización de la gestión laboral, Responsabilidad individual de la SM, IBE y Enfoque cognitivo conductual.

Tabla 1

EJE 1 - ¿Qué patrones discursivos se emplean en las representaciones de SMTO?

Cap.	Fragmentos	Códigos	Tema
1)	Evaluaciones sobre factores de riesgo psicosociales que estén afectando la salud física y mental de las personas trabajadoras deben de integrarse en los protocolos, evaluaciones y monitoreo continuos en el trabajo (OMS, 2022, p.12).	<ul style="list-style-type: none">• Factores de riesgo psicosociales• Responsabilidad organizacional	<ul style="list-style-type: none">• Intervención basada en evidencia
3)	Tanto el término condición de salud mental como discapacidad psicosocial fueron explícitamente usados en las recomendaciones de la directriz para garantizar que las personas beneficiarias puedan reconocerse dentro de la recomendación (OMS, 2022, p.20).	<ul style="list-style-type: none">• Medicalización de la gestión laboral• Regulación y normalización	<ul style="list-style-type: none">• Regulación y normalización
4)	El entrenamiento para gerentes en salud mental está diseñado para permitir que los directivos identifiquen y respondan a los trabajadores que necesitan apoyo relacionado con la salud mental, brindándoles la confianza necesaria para	<ul style="list-style-type: none">• Medicalización de la gestión laboral• Responsabilidad colectiva de la SM	<ul style="list-style-type: none">• Gestión organizacional de la SM

reconocer, interactuar y respaldar a los miembros del equipo que tienen problemas de salud mental, así como para **ajustar los factores estresantes laborales** en las condiciones de trabajo (OMS, 2022, p.26).

- | | | |
|--|--|--|
| <p>6) Las personas a quienes van dirigidas las directrices deben tener en cuenta que la capacitación para las personas trabajadoras en conocimiento y conciencia en salud mental debe ser verificadas como basadas en evidencia (es decir, calidad y efectividad) antes de ser impartida a las personas trabajadoras (OMS, 2022, p.36).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones basadas en evidencia | <ul style="list-style-type: none"> • Intervención basada en evidencia |
| <p>8) Las intervenciones psicosociales universales que tienen como objetivo desarrollar las habilidades de las personas trabajadoras en la gestión del estrés, como las intervenciones basadas en la conciencia plena (mindfulness) o siguiendo acercamientos cognitivo-conductuales, pueden considerarse para los trabajadores a fin de promover una salud mental positiva, reducir la angustia emocional y mejorar la efectividad laboral (OMS, 2022, p.44).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Comercialización de la SM • Individualización de la SM • Poder y control (rectificar) • Productividad • Enfoque cognitivo-conductual • Replicabilidad | <ul style="list-style-type: none"> • Intervención basada en evidencia |
| <p>10) Las referencias usadas en esta sección proveen recomendaciones en: 1) intervenciones efectivas para la depresión, autolesiones / suicidio, uso de sustancias</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Individualismo • Universalidad • Regulación y normalización | <ul style="list-style-type: none"> • Regulación y normalización |

relevantes para la población general (en entornos con pocos recursos). 2) Recomendaciones para **actividad física** en personas de edad laboral y señalan que las recomendaciones pertinentes confieren beneficios para la salud, incluyendo la **reducción de los síntomas de ansiedad y depresión** (OMS, 2022, p.53).

- 11) Para las personas con ausencias asociada a condiciones de salud mental, se debería considerar (a) **cuidado dirigido al trabajo más atención clínica de salud mental basada en evidencia**, o (b) proveer solamente atención clínica de salud mental **basada en evidencia** con el objetivo de reducir los síntomas de salud mental y **disminuir los días de ausencia** (OMS, 2022, p.58).
- Medicalización de la gestión laboral
 - Intervenciones basadas en evidencia
 - Eficiencia/Productividad
 - Acción disciplinaria
 - Responsabilidad individual de la SM
- 12) Estrategias orientadas hacia la **recuperación** que mejoren la inclusión vocacional y económica, como el empleo con apoyo con intervenciones adicionales (**terapia cognitiva conductual** o adiestramiento de destrezas sociales), deberían estar disponibles para personas con condiciones graves de salud mental, incluyendo **discapacidades psicosociales**, con el objetivo de **obtener y mantener empleo** (OMS, 2022, p.64).
- Discurso de empoderamiento
 - Responsabilidad individual de la SM
 - Enfoque cognitivo-conductual
 - Cuidado clínico
 - Responsabilidad individual de la SM

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

A continuación, presento la segunda tabla sobre el Eje 2 ¿Qué patrones discursivos se emplean en las representaciones de SMTO? Los códigos que emergieron del texto fueron: Regulación y normalización, IBE y Medicalización del espacio laboral.

Tabla 2

EJE 2 - ¿Qué patrones discursivos se emplean en las representaciones de SMTO?

Cap.	Fragmentos	Códigos	Tema
1)	Las intervenciones organizacionales universales son intervenciones que pueden ser aplicadas de manera universal , es decir, a todo un determinado grupo de trabajo o entorno laboral (OMS, 2022, p.12).	<ul style="list-style-type: none">• Replicabilidad• Universalidad	<ul style="list-style-type: none">• Replicabilidad
3)	Acomodos razonables en el trabajo deben ser implementados para trabajadores con condiciones de salud mental , incluyendo discapacidades psicosociales de acuerdo con los principios internacionales de derechos humanos (OMS, 2022, p.20).	<ul style="list-style-type: none">• Medicalización de la gestión laboral• Regulación y normalización	<ul style="list-style-type: none">• Regulación y normalización
4)	Se debe de prestar atención para asegurar la calidad y efectividad basada en evidencia de la capacitación antes de administrarlo a gerentes. La evaluación de la transferencia de la capacitación - el alcance en el cual los participantes en la capacitación han podido aplicar el conocimiento y habilidades (es decir, el alcance a la competencia) a su trabajo fuera de la capacitación - debe llevarse a	<ul style="list-style-type: none">• Intervenciones basadas en evidencia	<ul style="list-style-type: none">• Intervención basada en evidencia

cabo junto con la implementación de la capacitación (OMS, 2022, p.26).

- 6) El **adiestramiento** de las personas trabajadoras en conocimiento y conciencia en salud mental está diseñado para mejorar la comprensión sobre la salud mental, reducir actitudes estigmatizantes en quienes reciben la **capacitación** y permitir a las personas trabajadoras **apoyarse a sí mismas o a sus colegas** de manera apropiada (por ejemplo, **identificando** signos de angustia emocional y tomando acciones adecuadas como buscar o facilitar ayuda de fuentes formales o informales). La **capacitación** no está diseñada para que las personas trabajadoras se conviertan en proveedoras de atención en salud mental ni para diagnosticar o tratar trastornos mentales. La evidencia limitada disponible sugiere que dicha capacitación puede no tener un impacto en la probabilidad (auto reportada) de proporcionar ayuda a otras personas; se necesita más investigación de calidad para abordar esto. **No había evidencia disponible sobre si dicha capacitación beneficia los resultados de los colegas** (OMS, 2022, p.36).
- Discurso de empoderamiento
 - Responsabilidad colectiva de la SM
 - Acción disciplinaria
 - Gestión organizacional de la SM
- 8) La audiencia objetivo de las directrices debe ser consciente de que las **intervenciones** para
- Discurso de empoderamiento (a través de capacitación)
 - Intervención basada en evidencia

- desarrollar habilidades de **gestión del estrés** en los trabajadores deben ser **basadas en evidencia** (calidad y efectividad) antes de implementarse con los trabajadores (OMS, 2022, p.44).
- 10) 10A- Para trabajadores **con malestar emocional**, se pueden considerar intervenciones psicosociales, **basadas en mindfulness o enfoques cognitivos - conductuales**, así como capacitación en **resolución de problemas**, con el fin de reducir estos síntomas y mejorar la **efectividad laboral**. 10B- Ejercicio físico, como el entrenamiento aeróbico, y el entrenamiento de fuerza pueden ser considerados para **reducir estos síntomas** (OMS, 2022, p.53).
- 11) La **evidencia** para esta recomendación proviene principalmente de revisiones sobre **depresión y trastornos de adaptación**. La guía de la OMS mhGAP (2015) ofrece recomendaciones para el **cuidado clínico basado en evidencia** para la población general en entornos con recursos limitados. Intervenciones pueden llevarse a cabo durante el periodo de ausencia y/o como parte de la **integración temprano al trabajo**. Las intervenciones no deben ser obligatorias para completarse como requisito
- Intervención basada en evidencia
 - Responsabilidad individual de la SM
 - Regulación y normalización
 - Intervención basada en evidencia
 - Regulación y normalización
 - Intervención basada en evidencia
 - Medicalización de la gestión laboral
 - Cuidado Clínico
 - Intervención basada en evidencia
 - Intervención basada en evidencia

previo para reincorporarse al trabajo (OMS, 2022, p.58).

- 12) La **coordinación entre múltiples partes interesadas** (persona, familia/comunidad, lugar de trabajo, representante) es necesaria para movilizar recursos y estrategias que mejoren la **inclusión vocacional** y económica. La participación de estas partes interesadas y la selección de la **intervención** deberían basarse en las **preferencias del trabajador** prospectivo. En 2015, la guía mhGAP para los trastornos mentales de la OMS recomendó: Las estrategias orientadas hacia la **recuperación** que mejoran la inclusión vocacional y económica (por ejemplo, el empleo con apoyo) pueden ofrecerse para personas con **psicosis (incluyendo esquizofrenia y trastorno bipolar)** (OMS, 2022, p.64).
- Responsabilidad individual de la SM
 - Responsabilidad colectiva de la SM
 - Medicalización de la gestión laboral
 - Cuidado Clínico
 - Regulación y normalización
 - Gestión organizacional de la SM
-

En la próxima página, presento la tercera tabla sobre el Eje 3 ¿A quién se responsabiliza por la SM (I/S)? Los códigos que emergieron del texto fueron: Regulación y normalización, Medicalización del espacio laboral, Responsabilidad individual de la SM y Responsabilidad Colectiva de la SM.

Tabla 3

EJE 3 - ¿A quién se responsabiliza por la SM (I/S)?

Cap.	Fragmentos	Códigos	Temas
1)	<p>Sin embargo, las personas responsables de implementar intervenciones organizacionales deben supervisar el impacto de los cambios en los trabajadores para identificar si hay impactos desproporcionados en algunos trabajadores (por ejemplo, si algunos trabajadores que tienen acuerdos de trabajo flexibles experimentan consecuencias laborales negativas como la falta de oportunidades de networking). Incluir resultados relacionados con el trabajo y resultados de salud mental como parte del monitoreo continuo del impacto de las intervenciones organizacionales (donde el monitoreo está diseñado de manera que no se puedan identificar los resultados de salud de un solo individuo) (OMS, 2022, p.12).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo continuo • Intervenciones organizacionales • Confidencialidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión organizacional de la SM
3)	<p>Proveer acomodos razonables promueve un ambiente de trabajo inclusivo para trabajadores con condiciones de salud mental al aumentar un acceso equitativo para oportunidades y recursos en el trabajo (OMS, 2022, p.20).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicalización de la gestión laboral • Regulación y normalización • Responsabilidad colectiva de la SM 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad colectiva de la SM

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

- 4) El **adiestramiento de gerenciales** para **apoyar** la salud mental de sus trabajadores debe impartirse para mejorar el **conocimiento**, las **actitudes y los comportamientos** de los y las gerentes en relación con la salud mental, y para mejorar los **comportamientos de búsqueda de ayuda de las personas** trabajadoras (OMS, 2022, p.26).
- Medicalización de la gestión laboral
 - Discurso de empoderamiento
 - Responsabilidad colectiva de la SM
 - Enfoque cognitivo-conductual
 - Gestión organizacional de la SM
- 6) Se requiere el **compromiso de la alta dirección** para fomentar que los trabajadores utilicen el entrenamiento y para mantener culturalmente los efectos de este. Tal capacitación puede ser beneficiosa en contextos donde hay poco incentivo para abordar la salud mental además de las preocupaciones físicas de salud y seguridad en el trabajo, como en algunos sectores laborales informales. **Sin embargo, la sensibilización sobre la salud mental debe llevarse a cabo solo cuando haya opciones de apoyo y referencia en salud mental disponibles para los trabajadores** (OMS, 2022, p.36).
- Responsabilidad colectiva de SM
 - Regulación y normalización
 - Responsabilidad colectiva de SM
- 8) Oportunidades para la **actividad física** basada en el ocio, como el **entrenamiento** de resistencia, el entrenamiento de fuerza, el entrenamiento aeróbico, **caminar o yoga**, pueden considerarse para **mejorar** la
- Individualización de la SM
 - Responsabilidad individual de la SM

salud mental y la capacidad de trabajo de los trabajadores (OMS, 2022, p.44 8B).

- 10) No queda claro si las **intervenciones** psicosociales indicadas para los trabajadores con **malestar emocional** deben proporcionarse dentro o fuera del contexto laboral (ya sea por proveedores internos o externos) Sin embargo, donde sea posible deberían estar disponible para adaptarse a la preferencia de los trabajadores (OMS, 2022, p.53).
- Regulación y normalización
 - Responsabilidad colectiva de la SM
 - Regulación y normalización
- 11) La coordinación entre **múltiples partes interesadas**, como el proveedor de salud, el empleador, el trabajador y los representantes de los trabajadores o especialistas en empleo/vocacionales, cuando sea posible, puede facilitar la implementación efectiva de medidas para el retorno al trabajo. La decisión sobre qué partes interesadas incluir y en qué intervenciones participar debería basarse en las preferencias del trabajador (OMS, 2022, p.58).
- Medicalización de la gestión laboral (rectificación)
 - Responsabilidad individual de la SM
 - Responsabilidad colectiva de la SM
 - Gestión organizacional de la SM

- 12) Es importante **incluir a personas con experiencias vividas** de condiciones de salud mental en el diseño y ejecución de estos programas para **optimizar enfoques** centrados en la persona y empoderar a las personas en la toma de decisiones para su propio bienestar. Cuando las personas inicien su trabajo el apoyo puede continuar para apoyarles en mantener su trabajo. Tales **estrategias** deben ser **contextualizadas al ambiente social y cultural** utilizando intervenciones formales e informales que estén disponibles (OMS, 2022, p. 64).
- Discurso de empoderamiento
 - Responsabilidad individual de la SM
 - Responsabilidad colectiva
 - “Subject Matter Experts”
 - Gestión organizacional de la SM
-

Una vez identificado los códigos iniciales en el texto, procedí a analizarlos, lo que permitió que emergieran los temas más predominantes. Estos temas se derivan de los patrones establecidos durante el proceso de codificación. Los temas que surgieron de este análisis son los siguientes: IBE, Responsabilidad individual de la SM, Responsabilidad colectiva de la SM, Gestión organizacional de la SM, Regulación y normalización, y Replicabilidad. A continuación, presento la cuarta tabla, que contiene un resumen de los hallazgos del AT, incluyendo la frecuencia de cada tema, el tema en sí y su definición correspondiente. En la próxima página presento una tabla sintetizando los hallazgos.

Tabla 4*Resumen del AT*

f	Temas	Definiciones
6	Intervención basada en evidencia (IBE)	Intervenciones y evaluaciones respaldadas por evidencia empírica, implicando su eficacia y <i>verdad</i> . Su aplicabilidad universal está sometida a los sistemas de poder que la producen y sostienen. (Castro, 2011).
3	Responsabilidad individual de la SM	Se aborda la salud mental como un problema biológico e individualista en el que la salud se convierte en un bien de consumo y las personas debe de asumir un rol activo en el cuidado de mejorar su salud mental y capacidad de trabajar. (Castro, 2011).
2	Responsabilidad colectiva de la SM	Se aborda la salud mental como una compleja relación entre lo individual y lo social.
7	Gestión organizacional de la SM	Prácticas organizacionales destinadas a gestionar la salud mental de las personas trabajadoras con el objetivo de mejorar la efectividad laboral y producción. La medicina se impone a los individuos como un acto de autoridad; su dominio de intervención ya no concierne sólo a las enfermedades, sino a la vida en general (Castro, 2011).
5	Regulación y normalización	Poder que se ejerce sobre los individuos bajo la forma de la vigilancia individual y continua, del control, del castigo y de la recompensa, y bajo la forma de la corrección, es decir, de la formación y de la transformación de los individuos en función de ciertas normas (Castro, 2011).
1	Replicabilidad	Saber científico que sigue el supuesto de reproducir los resultados de un estudio bajo condiciones similares.

Los hallazgos del AT proporcionan indicadores e información preliminar sobre la práctica discursiva utilizada en el texto a analizar de la OMS. Según el resumen en la Tabla 4, los cuatro temas más predominantes en los fragmentos analizados son: Gestión organizacional de la SM, IBE, Regulación y normalización, y Responsabilidad individual de la SM. Estos temas ilustran cómo la institución de la OMS implementa prácticas disciplinarias sobre SM en el trabajo basadas en evidencia, que se centran principalmente en el individualismo, con el objetivo de responsabilizar y adaptar a las personas trabajadoras para maximizar la eficiencia y producción empresarial. Dentro de este AT se ven reflejadas las dinámicas de poder y control presentes en el contexto laboral contemporáneo, lo cual es congruente con los argumentos de Foucault (1973). A continuación, presento el procedimiento realizado para el ACD.

Análisis Crítico del Discurso (Véase Anejo 1)

En esta sección presento los pasos propuestos por Mullet (2018) que seguí como procedimiento para realizar el ACD. Primero, seleccionar el discurso. En este paso, identifiqué los fragmentos relacionados a alguna inequidad o injusticia social. Segundo, localizar y preparar las fuentes de datos (el texto). Seleccioné el texto y lo preparé para analizar. Mullet (2018) destaca que no hay una sola manera de recopilar estos datos, pero mayormente se utilizan textos existentes. Las unidades de análisis pueden ser textos completos, secciones, párrafos o fragmentos. Tercero, explorar lo que hay detrás u oculto en el texto. Esto requirió el examen del contexto sociohistórico y de quienes producen el texto. En este paso, consideré características del contexto histórico del texto, la producción del contexto, la audiencia para cual el texto está redactado, el propósito del texto, las características del autor y publicación, entre otros factores.

Cuarto, identificar temas generales. Identifiqué temas principales y subtemas en el texto a través de códigos cualitativos. Utilicé códigos abiertos de manera inicial, en donde identifiqué

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

conceptos y categorías en el texto. Luego incorporé el análisis temático realizado previo a este análisis. Presenté los temas con una descripción significativa y con citas representativas del texto. Quinto, analizar relaciones externas en el texto (intra - discurso). Este paso requirió identificar posibles interacciones entre diferentes discursos dentro del texto o discursos específicos. Este paso permite analizar las relaciones de poderes hegemónicos dentro del texto, es decir cómo ciertos discursos pueden predominar sobre otros. Finalmente, presté atención a las relaciones sociales que median la producción del texto, por ejemplo, ¿Qué efectos tiene el texto sobre las estructuras y prácticas sociales? ¿El discurso del texto sostiene o reproduce prácticas sociales? Sexto, analizar las relaciones internas del texto. Examiné los fragmentos fueron para identificar patrones, palabras, o aparatos lingüísticos que representaron relaciones de poder, contextos sociales o la posición de quién “hablaba”.

En este paso, me interesó destacar titulares, frases o imágenes destacadas, organización estructural o el diseño del texto, el uso de material citado, palabras usadas con gran frecuencia o metáforas, voz, gramática, aparatos lingüísticos, sensibilidad entre otros rasgos importantes. También busqué detalles omitidos, lenguaje que implicara una verdad absoluta y como está estructurado el texto. Para facilitar esta interpretación, resalté en negrillas las características lingüísticas identificadas en cada fragmento con la página de localización en el texto. Séptimo, interpretar los datos. Este último paso requirió interpretar los significados de los temas más grandes, así como relaciones externas e internas identificadas en los pasos 4, 5 y 6.

A través de este proceso interpretativo redacté notas, identifiqué posibles sesgos, preguntas, hallazgos durante el proceso de análisis y reflexiones personales que puedan influenciar mi lectura. A partir de mi análisis del texto mi objetivo fue desentrañar cómo el lenguaje utilizado refleja y reproduce ciertas dinámicas que contribuyen a la construcción de

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

significados en torno a la salud mental en el trabajo. Para facilitar el procedimiento descrito desarrollé una plantilla donde representé todos los elementos necesarios para realizar el ACD (véase tabla 5). La plantilla está dividida por cada capítulo analizado del documento. Como mencioné al inicio de la sección de procedimiento, no se analizaron los capítulos 2, 5, 7 y 9.

Tabla 5

Plantilla utilizada para el ACD

Capítulo 1: Recomendaciones para las intervenciones organizacionales – Universales						
Núm. De fragmento	Eje temático	Fragmento	Diálogo del Fragmento con los autores de RL	Diálogo del fragmento o con autores de MT	Discusión del fragmento de parte de la autora	Temas emergentes
1	Que patrones discursivos se emplean en las representaciones de SMTO					
2	Discursos dominantes SMTO					
3	A quién se responsabiliza por la SM (I/S)					

El encabezado incluye el número y título de cada capítulo para identificarle (ej. Capítulo 1: Recomendaciones para intervenciones organizacionales – Universales). La primera columna tiene el propósito de enumerar los fragmentos. La segunda columna de identificar los ejes temáticos, que representan la categoría que está bajo discusión. La tercera columna ilustra el fragmento seleccionado para representar el Eje temático, incluyendo su número de página y referencia textual. La cuarta columna muestra el diálogo del fragmento con autores de la revisión

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

de literatura. La quinta columna ilustra el diálogo del fragmento con los autores del Marco Teórico. La sexta columna presenta mi voz autoral, donde ofrezco mi posicionamiento sobre el fragmento y sus implicaciones discursivas. La séptima columna, titulada temas emergentes, recoge conceptos que pudieron surgir dentro del proceso continuo de análisis. Para ver la plantilla final completada del ACD véase el Anejo 1. En el próximo capítulo, presentaré la discusión del ACD por cada unidad de análisis (fragmentos o párrafos) de cada capítulo. Esta discusión de los ejes se relaciona con publicaciones pertinentes y con el marco teórico que sustenta esta investigación, así como mi perspectiva como investigadora. A continuación, presento el capítulo de discusión en donde profundizo el ACD y presento los fragmentos más relevantes por cada eje de investigación, así como otra información textual relevante para el análisis discursivo de este texto.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN ACD

A continuación, presento la discusión del ACD del texto *World Health Organization Guidelines On Mental Health at Work* (2022). En este capítulo discuto cada uno de los ejes temáticos que guiaron el ACD destacando los fragmentos más representativos de cada uno. Según indiqué en el capítulo de Método, para ver el ACD en su totalidad pueden dirigirse al Anejo 1. Para comenzar esta discusión, haré énfasis en *quién habla* en este texto y para *quién o quiénes* está destinado su mensaje. Socialmente la OMS como institución es el máximo referente de producción de conocimiento en cuanto a temas de salud a nivel mundial.

En este ACD el documento a analizar de la OMS (2022) representa el saber experto y es la voz autoral del texto analizado. Según la OMS la audiencia objetivo para estas directrices, entiéndase para quienes se redactó este texto son individuos o entidades responsables de la planificación, programación o implementación de medidas para la salud, seguridad y bienestar de las personas trabajadoras. Estas personas o audiencias pueden incluir proveedores de salud ocupacional y seguridad, así como proveedores de salud mental, gerentes de entrega de servicios, empleadores y trabajadores, sus sindicatos, organizaciones o cooperativas, servicios de recursos humanos, académicos, profesores, estudiantes, organismos profesionales, servicios de educación, bienestar o capacitación para empleados. Esta es una característica central del discurso a analizar, pues la audiencia descrita a quién se le dirige este documento, refuerza la idea del poder institucional como un aparato de normalización sobre las decisiones de salud mental de los y las trabajadoras (Foucault, 1978). Es la primera vez que la OMS publica directrices mundiales sobre la salud mental en el trabajo.

Además, es importante señalar que la publicación de este texto surge en un contexto postpandemia de COVID-19, en donde los trastornos mentales han pasado a un primer plano

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

como consecuencia de la pandemia. Según informes, el COVID-19 provocó un aumento de 25% en los casos de ansiedad y depresión a nivel mundial. La pandemia ha puesto en manifiesto la falta de preparación en los sistemas de salud para abordar el impacto en la salud mental y ha revelado una escasez crónica de recursos a nivel mundial (UAM, 2022). En los objetivos del documento, explícitamente la OMS indica tener la intención de servir como referente para una amplia gama de partes interesadas. Para este tipo de análisis (ACD) esta información es muy relevante, ya que plantea interrogantes sobre indicadores que permiten la generalización a diversos escenarios y situaciones que pueden requerir altos niveles de especificidad.

El alcance de un documento para servir como referente para múltiples partes interesadas implica que su contenido debe ser lo suficientemente flexible y adaptativo. Esto permite su aplicación en diversos contextos sin perder de vista la necesidad de ofrecer detalles específicos cuando la situación lo requiera. Las autorías de la OMS destacan que las personas consideradas en esta guía incluyen a aquellas que trabajan con o sin condiciones de salud mental, así como las que tienen condiciones de salud mental o discapacidad psicosocial que buscan obtener empleo o regresar al trabajo. Además, las directrices dicen estar dirigidas a personas mayores de 18 años relacionadas a trabajos formales con paga y en escenarios de trabajo informal. En el desarrollo de estas directrices las autorías no consideraron intervenciones para personal militar, o personas expuestas a trabajo forzado, tráfico humano, esclavitud moderna, o explotación laboral de niños(as) menores de edad (OMS, 2022).

La omisión de estas poblaciones tiene implicaciones ideológicas, pues privilegia una experiencia subjetiva sobre otra y centra el alcance de las directrices de salud mental principalmente en contextos laborales formales. Al ignorar complejidades de contextos laborales contemporáneos, como el trabajo informal y la explotación laboral, la OMS como institución

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

privilegia visiones particulares de los contextos laborales. La economía informal es un fenómeno generalizado y omnipresente a nivel mundial. Según la OIT (2018), 2,000,000,000 (dos mil millones de personas), o un 60% de población mundial participan en este sector informal. La falta de reconocimiento de complejidades que enfrentan estas poblaciones contribuye a la perpetuación de ciclos de pobreza, desigualdad, violencias y marginación.

Estas dinámicas sociales suelen ser ignoradas y no atendidas en contextos particulares del sistema capitalista. Como trasfondo de este análisis hay que destacar que la OMS como institución representa el conocimiento hegemónico en torno a la definición, políticas y estrategias de intervención en salud mental (Castro, 2013). Según Urra et al. (2013) todo texto debe ser comprendido como un evento comunicativo que surge en un tiempo y espacio, que a su vez interacciona con aspectos verbales y no verbales en un contexto sociocultural determinado. Además, los estilos de vida que inciden sobre la salud se conciben en relaciones humanas dentro de contextos sociales que afectan la relación salud/enfermedad de las personas. Esto especialmente en el mundo complejo e interconectado, que vivimos influenciado por la hipertextualidad, las comunicaciones y otras prácticas del lenguaje.

Ejes Temáticos

Los ejes temáticos utilizados en el análisis se derivan de las primeras tres preguntas de investigación de este trabajo. Con el propósito de facilitar la comprensión de los ejes temáticos, presento las preguntas de investigación nuevamente: 1) ¿Qué patrones discursivos se emplean en la representación de problemas de salud mental en contextos del trabajo y las organizaciones? 2) ¿Cuáles son los discursos dominantes sobre la salud mental en contextos del trabajo y las organizaciones?, 3) ¿A quién se responsabiliza por la salud mental: a los individuos o a la sociedad? La cuarta pregunta de investigación será parte de mi contribución teórica en este

trabajo; 4) ¿Cómo pueden reformularse las concepciones de salud mental en el trabajo y las organizaciones?

A continuación, presento nuevamente los ejes temáticos derivados de las preguntas de investigación junto a las definiciones que les he adjudicado a cada uno: 1) **Patrones discursivos sobre la SMTO**: se refiere a las estructuras recurrentes de expresión utilizadas en los discursos verbales y escritos sobre la salud mental en el trabajo y las organizaciones. 2) **Discursos dominantes sobre la SMTO**: son las concepciones y prácticas que predominan dentro de un contexto social o grupo determinado. 3) **Responsabilidad por la salud mental I/S**: se refiere a quién se le adjudica la responsabilidad por la salud mental en los discursos dominantes, al individuo o sociedad. Posteriormente, presento una síntesis del análisis por cada eje temático. En esta sección utilicé el AT como andamiaje para guiarme en la interpretación del ACD.

Análisis de Crítico del Discurso

En cuanto a la estructura del texto, el documento presenta las características de una publicación académica. Contiene una portada, un prefacio, y una sección de reconocimientos en el que se destaca las personas que contribuyeron a la redacción de este documento y el apoyo financiero que recibieron para su desarrollo. Luego incluye un resumen ejecutivo, una introducción, la metodología utilizada para la elaboración de las directrices, los sesgos identificados en la investigación, los procesos de diseminación y actualizaciones de las directrices. Por último, la OMS presenta las referencias, un glosario y los anejos. En la sección de trasfondo, se expone de manera explícita el objetivo ulterior de estas directrices, en donde se indica lo siguiente:

En estas directrices, la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona orientación de **salud pública global basada en evidencia** sobre intervenciones **organizacionales**,

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

capacitación para **gerentes** y trabajadores, e intervenciones **individuales** para la promoción de la **salud mental positiva** y la **prevención** de trastornos mentales, así como recomendaciones sobre el **retorno al trabajo** después de **ausencias** asociadas con trastornos mentales y la **obtención de empleo** para personas que viven con trastornos mentales (p.12, par. 3).

Según el lenguaje de este fragmento, la OMS hace énfasis en el acercamiento basado en evidencia, se percibe la intención de lograr una universalidad y replicabilidad de las prácticas organizacionales e individuales que sugiere el texto. Lo basado en evidencia, proviene del campo de la medicina, son estándares de intervención o cuidado que han pasado por un andamiaje empírico para poner a prueba supuestos, conjeturas, hipótesis y teorías (Martínez-Taboas, 2014). El objetivo de replicabilidad y universalidad son premisas del saber científico moderno. Por otra parte, ¿quién o quiénes se encargan de enseñarle a las personas en puestos gerenciales sobre el contenido para diseñar las capacitaciones de SM? La OMS omite estas especificaciones y el texto refleja una suposición de que existe un conocimiento previo posiblemente adquirido en universidades institutos u otros espacios educativos.

El fragmento carga con un poder ideológico, en el texto, pues explicita prácticas organizacionales que pueden parecer inofensivas pero directa e indirectamente legitiman relaciones de poder existentes que se han naturalizado. Como por ejemplo cuando hace referencia a “intervenciones individuales para la promoción de una salud mental positiva” este fragmento evoca la perspectiva de la psicología positiva, la cual se centra en el desarrollo de recursos personales para fomentar el bienestar. Sin embargo, es importante señalar que énfasis sobre la individualización del problema de SM, al atribuirle la responsabilidad al individuo por su salud mental. Esta concepción lleva a una simplificación de la complejidad de factores que

influyen sobre la SM con el objetivo de que la persona se regule y pueda volver al servicio del capital. Por otra parte, otro elemento discursivo del texto que considero pertinente señalar es la utilización del concepto *condiciones de salud mental y discapacidad psicosocial* de manera intercambiable.

Según la OMS (2022) muchas personas que han experimentado condiciones de salud mental prefieren el utilizar el término discapacidad psicosocial en lugar de condición de salud mental. Por lo tanto, “para una lectura consistente del texto, el concepto condiciones de salud mental será usado principalmente, así como discapacidad psicosocial cuando se requiera” (OMS, 2022, p.2). A continuación, presento ambos conceptos y sus definiciones según el texto analizado:

Condición de salud mental: Un término amplio que abarca **desórdenes mentales** y las **discapacidades psicosociales**. También incluye otros estados mentales asociados con un malestar significativo, deterioro en el funcionamiento o riesgo de autolesionarse. Por lo tanto, abarca un malestar emocional significativo OMS (2022, p.93).

Discapacidad psicosocial: Alineado con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la discapacidad surge cuando una persona con una **discapacidad mental** a largo plazo interactúa con diversas barreras que pueden obstaculizar la plena y efectiva participación de la persona en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás. Ejemplos de tales barreras son la discriminación, el estigma y la exclusión OMS (2022, p.93).

Según Reed (2024) el uso del término *condición de salud mental* fue implementado y utilizado como un esfuerzo para unir a múltiples grupos de interés, en donde algunos consideraban el término trastorno mental como estigmatizante. Por otra parte, esta autoría

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

sostiene que a pesar de la utilización del término *discapacidad psicosocial*, las discapacidades, limitaciones, y restricciones de participación por parte de las personas que viven con trastornos mentales no se limitan al dominio psicosocial. La utilización de este concepto proviene de la Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que ha sido una herramienta social para erradicar actitudes estigmatizantes, acciones y leyes que contribuyen a violaciones de derechos humanos hacia las personas con trastornos mentales. Además, esta autoría destaca que algunos defensores de los derechos de las personas con discapacidad argumentan que el constructo de *discapacidad psicosocial* debe de sustituir la conceptualización de trastornos mentales como problemas que deben ser clínicamente definidos y tratados. Esta perspectiva enfatiza la aceptación y provisión de acomodos y apoyo, y en algunas instancias señala al modelo médico como la fuente de violación de derechos humanos.

Sin embargo, considero que la palabra *discapacidad* no se aleja de cargar con connotaciones estigmatizantes. El enfoque tradicional del concepto *discapacidad* proviene de las disciplinas científicas propias del modelo médico-patológico, lo que limita la comprensión a factores psicológicos y sociales (Gómez-Bernal, 2014). La Real Academia Española (2024) define discapacidad como: *situación de la persona que, por sus condiciones físicas, sensoriales, intelectuales, o mentales duraderas, encuentra dificultades para su participación e inclusión social*. Por otra parte, la Ley Americans with Disabilities Act (ADA) expone que las palabras “discapacidad psiquiátrica” y “enfermedad mental” se utilizan indistintamente. Sin embargo, el concepto enfermedad mental se utiliza en un contexto médico para hacer referencia a una amplia gama de condiciones relacionadas con la salud emocional y mental mientras que el concepto de discapacidad se utiliza normalmente en un contexto legal y político para referirse a los trastornos cobijados bajo la Ley ADA (Red Nacional de la ADA, 2018).

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Según Pérez-Dalmeda y Chhabra (2019) la OMS influenciada por el modelo médico, aprobó en el 1980 la clasificación de una herramienta clasificatoria llamada *Clasificación internacional de deficiencia, discapacidad y minusvalía*. En este documento, se definía el término de ‘deficiencia’ como “toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica” (OMS, 1983, p.54). Las autorías sostienen que la OMS fue criticada en relación con esta clasificación (deficiencia, discapacidad y minusvalía). Además, se señala que la OMS tiende a inclinarse al modelo médico rehabilitador e individual. Este enfoque está vinculado al concepto de enfermedad, ya que busca determinar la normalidad física y psicológica para compararla con la deficiencia y discapacidad.

Según estas autorías para paliar las críticas la OMS en el 2001 creó la *Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF)*, con la intención de alcanzar un compromiso viable entre el modelo médico o individual y el social. Ante el concepto discapacidad surge como contestario la diversidad funcional. Este concepto busca sustituir esta la terminología discriminatoria y peyorativa de la incapacidad, incapacitación, minusvalía, o discapacidad y propone como eje teórico la dignidad humana. Reconociendo la diversidad funcional como una de las infinitas heterogeneidades que caracterizan a las personas (Rodríguez y Couto, 2013). A pesar de estos cambios la OMS continúa utilizando el concepto de discapacidad en sus publicaciones y medios digitales.

La justificación de la OMS para utilizar el concepto *discapacidad psicosocial* puede interpretarse como un intento de transformar el discurso y las narrativas estigmatizantes que precisamente provienen del modelo biomédico de la salud. Sin embargo, este enfoque no constituye un cambio de paradigma al utilizarlo de manera intercambiable con condición de *salud mental*. Esta práctica, en lugar de desafiar la hegemonía de la ciencia médica sobre el

quehacer psicológico la refuerza y la sostiene. Además, ambos conceptos responden sin distinción a las mismas prácticas y procedimientos que se siguen reproduciendo y recomendando desde la OMS como institución. Lo que planteo no es nuevo, es similar a lo que sucedió cuando se dejó de hablar de la *psiquiatría* y se comenzó a utilizar el concepto *salud mental*, pero realmente es un eufemismo pues está sujeto por los pilares del *poder psiquiátrico* (Foucault, 1973; Martín-López, 2022). A continuación, presento otros conceptos definidos por la OMS (2022) relevantes para esta discusión:

Trastorno mental: Según lo definido por la CIE-11, los **desórdenes mentales** son síndromes caracterizados por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y conductual. Estas alteraciones suelen estar asociadas con malestar o deterioro en áreas importantes de funcionamiento personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras OMS (2022, p.93).

Salud mental: Un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a las tensiones de la vida, realizar sus capacidades, aprender y trabajar bien, y contribuir a sus comunidades. La salud mental es un componente integral de la salud y el bienestar y es más que la ausencia de un **trastorno mental** OMS (2022, p.93).

Según Reed (2024) el concepto de *trastorno mental* es la traducción reconocida y utilizada para el concepto “mental disorder”. El autor sostiene que, a diferencia a de la palabra *condición* (que por lo general refiere a características intrínsecas y estables) la palabra *trastorno* se relaciona más a la perturbación o agitación; por lo que en algunos idiomas el concepto de *condición de salud mental* puede resultar más estigmatizante que el concepto de *trastorno*

mental. Sin embargo, esta autoría sostiene que el estigma puede migrar de un término a otro tan pronto el nuevo término se popularice socialmente. La definición de salud mental propuesta en el texto analizado por la OMS es individualista y no hace referencia a factores sociales adversos que puedan incidir sobre la SM. Definir la SM como un estado de bienestar se puede convertir en una tarea difícil para poblaciones vulnerables o ante adversidades.

La SM debe de ser vista como un fenómeno social que requiere de un enfoque estructural y comunitario. Sin embargo, en la sección de alcance de las directrices, la OMS reconoce que existen factores de carácter social y contextual a los que pueden estar expuestas las personas trabajadoras que influyen sobre la salud mental de las personas. A continuación, un fragmento que ejemplifica este punto:

Eventos a nivel social influyen sobre la salud mental y el trabajo. **Recesiones económicas o emergencias generan riesgos** como la pérdida de empleo, la inestabilidad financiera, la reestructuración organizacional, la reducción de oportunidades de empleo, el aumento del desempleo y el incremento del trabajo sin contratos a tiempo completo o formales. (p.2 par. 4).

Este fragmento coincide con planteamientos dentro de la revisión de literatura sobre cómo los factores contextuales inciden sobre la salud mental de las personas. En nuestro contexto puertorriqueño lo vivimos con la declarada Emergencia Fiscal y la Ley 7 del 2009, en el gobierno despidió alrededor de 30,000 empleados públicos (Marrero-Centeno, 2018). Este fragmento también representa cómo la psicología del trabajo hegemónica en investigaciones sobre los riesgos laborales oculta el contexto sociopolítico amplio en el que se desenvuelve el trabajo. Además de ser negligentes al dejar a un lado la complejidad de factores a la hora de analizar los problemas del trabajo a través de la percepción del estrés de las personas (Pulido-

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Martínez y Carvajal-Marín, 2013). Sin embargo, a pesar de que la OMS reconoce estos factores sobre la salud mental de las personas, no lo vuelve a indicar de ninguna manera en el resto del texto.

Esto carga con implicaciones conceptuales sobre el discurso, pues es una manera de centrar el enfoque en el individuo y asumir una postura individualista. En la sección de trasfondo del documento, la OMS (2022) destaca que el sector informal de trabajo por lo general es compuesto “de **mujeres e integrantes de grupos marginalizados**, quienes son más propensos a sufrir de alguna situación de salud mental al tener bajos salarios, una pobre condición laboral y carecer protecciones sociales que le brinden acceso a cuidados de salud” (OMS, 2022, p.3). Estas personas están ubicadas en una posición proporcionalmente desventajada teniendo un mayor riesgo de tener una salud mental pobre. En este fragmento podemos ver reflejado brechas de desigualdad en la salud mental por razón de género y en poblaciones desfavorecidas. Según la OIT (2021) luego de la pandemia del COVID-19 se exacerbó las desigualdades en el contexto laboral.

Las mujeres en el lugar de trabajo siguen confrontando desigualdades salariales y de otras condiciones laborales, y su causa se atribuye precisamente a las construcciones de género, entendiéndose el papel de la mujer en la sociedad. Las mujeres y niñas siguen desempeñando el rol de cuidadoras no remunerado, en donde “dedican un promedio de cuatro horas y veinticinco minutos al día a tareas de cuidado mientras que los hombres dedican una hora y veintitrés minutos a ese tipo de tareas” (OIT, 2021, p.15). Además, según esta autoría la violencia y acoso por razón de género sigue estando omnipresente afectando la salud y seguridad de las mujeres. Se estima que “243 millones de niñas y mujeres en el mundo fueron víctimas de violencia física en el ámbito familiar entre abril del 2019 a abril del 2020” (OIT, 2021, p.15). Estas

desigualdades existen mucho antes de que las mujeres entren al contexto laboral por lo que limitan sus oportunidades de acceso, educación, salud y bienestar.

Por otra parte, los grupos marginados que menciona la directriz de la OMS pueden referirse a personas trabajadoras migrantes, refugiados y solicitantes de asilo, mujeres y niñas. Niños y adolescentes, personas LGBTQ+IA, poblaciones indígenas y tribales, personas con diversidad funcional, y personas de tercera edad (Naciones Unidas, 2016; OIT, 2021). La falta de consideración de variables como el género y las características sociodemográficas en la elaboración de directrices, lo que se puede interpretar como un reflejo del reduccionismo positivista en el diseño de procesos. Este enfoque, que tiende a simplificar la complejidad de los fenómenos sociales y humanos, puede resultar en directrices que carecen de validez externa, es decir, que no son aplicables o relevantes en contextos laborales reales. A pesar de que la OMS reconoce que las situaciones varían dependiendo del contexto y la desventaja en salud mental en mujeres y poblaciones vulnerables, adelanto que las directrices desatienden estos señalamientos.

Pues en términos discursivos a lo largo del texto las directrices analizadas no atienden estos señalamientos directamente. Sino que las directrices pretenden tener un alcance universal, basado en evidencia y según el lenguaje que las autorías utilizan se refieren a las personas trabajadoras como un ente genérico masculino y productivo; ya que no hacen diferenciación o explicitan diferencias en las directrices por sexo o identidad de género.

A continuación, un fragmento ejemplificando lo anterior:

Para trabajadores con malestar emocional, se pueden considerar intervenciones psicosociales, como aquellas basadas en el *mindfulness* o enfoque cognitivo – conductual, o adiestramientos en resolución de problemas con el fin de **reducir estos síntomas y mejorar la efectividad laboral** (p.53).

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Dentro del Eje 2, aludiré nuevamente sobre este fragmento para ilustrar otras implicaciones discursivas relevantes para el análisis. Lo expuesto hasta el momento ejemplifica lo que Castro (2013) argumenta sobre las prácticas de intervención en salud mental en el mundo contemporáneo. Según esta autoría, estas prácticas están dominadas por las exigencias de gestión, estandarización, evaluación y medición, excluyendo paradójicamente la dimensión de la subjetividad. En la redacción no se hace mención específica de interseccionalidades a raíz de diferentes factores como raza, etnia, diversidad funcional, género, orientación sexual e identidad de género. La redacción de estas directrices no reconoce ni atiende directamente estas interseccionalidades que se entrelazan y se superponen dando a lugar experiencias únicas y complejas en desigualdad de condiciones y opresión.

La interseccionalidad como acercamiento en la salud pública reconoce la complejidad y diversidad en la experiencia humana; y ayuda a reconocer las maneras en que los sistemas de poder tienen un impacto e influyen sobre la salud y el bienestar de las personas de manera diferente basándose en las posiciones e identidades sociales diversas (National Collaborating Center for Determinants of Health, 2022). No reconocer esto de manera explícita en las directrices para la salud mental presupone que hay un estándar o una única forma de ser que se privilegia sobre otras. Otra área que se encuentra muy presente en el discurso de las directrices es la medicalización del espacio laboral, así como el valor que se le continúa asignando a la psicología clínica y la psiquiatría. Como he expuesto al inicio de este trabajo, dichas especialidades asumen un rol en función de las personas en las organizaciones, buscando rectificar y adaptar a las personas trabajadoras con condiciones de salud mental para reducir la angustia emocional y mejorar la efectividad laboral. Además, las directrices emplean un vocabulario médico y clínico en relación con cómo abordar las situaciones de salud mental en el

trabajo; sin embargo, no reconocen el sufrimiento o malestar que puede surgir a raíz de las condiciones laborales.

Según Gañán Moreno et al., (2022) el malestar y el sufrimiento en el trabajo se deben reconocer. Además, las autorías sostienen que se debe indagar desde la gestión humana con base en las teorías de la psicodinámica y clínica del trabajo cómo se puede reducir el sufrimiento y el malestar para prevenirlo a tiempo ayudando a prevenir situaciones de salud mental. A continuación, presento el primer eje de análisis en el ACD en el cual identifiqué algunos patrones discursivos relacionados con la percepción y la comprensión de la SMTO derivados del documento analizado y publicado por la OMS. A través de este análisis presento configuraciones explícitas y simbólicas que promueven discursos sobre la salud mental en el trabajo mediante la guía analizada de la OMS.

Eje 1 – Patrones discursivos sobre Salud Mental en el Trabajo y las Organizaciones

En el análisis sobre los patrones discursivos de SMTO las directrices de la OMS reflejan la influencia de la psicología clínica y la psicología de la salud ocupacional tradicional. Estas directrices sustentan un acercamiento cognitivo-conductual centrado en el individualismo, positivismo, reduccionismo y otras premisas que caracterizan el paradigma positivista. Este paradigma prevaeciente en la psicología estadounidense se ha exportado y desarrollado de forma amplia en diversas regiones del mundo, en particular en el ámbito de la investigación rentable (Igarashi, 2023). Se observa una consistencia en el lenguaje utilizado dirigido a evaluar e intervenir sobre los factores de riesgos psicosociales, gestión y ajuste de factores estresantes laborales. Este enfoque indica tener como objetivo pragmático mejorar la eficacia, reducir las ausencias laborales para que las personas puedan acceder y mantener su empleo. El primer

fragmento seleccionado para ilustrar este eje temático es parte del capítulo ocho,

Recomendaciones para las intervenciones individuales – Universales, fragmento 13:

Intervenciones **psicosociales universalmente** aplicadas que buscan desarrollar las habilidades de los trabajadores en la **gestión del estrés**, como las intervenciones basadas en **mindfulness** o **siguiendo enfoques cognitivo-conductuales**, pueden considerarse para promover la salud mental **positiva, reducir la angustia emocional** y mejorar la **efectividad laboral** de los trabajadores (OMS, 2022, p.44).

Este fragmento implica que el lugar de trabajo es un espacio en el que las personas trabajadoras atienden situaciones estresantes. La guía de la OMS utiliza la perspectiva cognitivo-conductual para enfatizar la responsabilidad individual de las personas para atender su salud mental con el objetivo de mejorar la efectividad laboral. Desde este enfoque, la psicología se convierte en una justificación ideológica del modo de producción capitalista, reduciendo a la persona a un organismo capaz de responder a los estímulos del sistema hegemónico. Castiel y Álvarez-Dardet (2007) denominan la promoción de la salud individual como "salud persecutoria", argumentando que el cambio para una buena salud no depende únicamente de acciones responsables a nivel individual. Para generar cambios significativos, es necesario implementar estrategias a nivel de empresas, instituciones y en las relaciones políticas y económicas entre países.

Además, el "Global Wellness Institute (GWI)" (2020) señala que el contexto externo del nivel macro es un determinante crucial de la salud mental de las personas; ya que el contexto es lo que permite u obstaculiza el bienestar mental. Esto sugiere que, si bien la responsabilidad individual es importante, no puede ser el único enfoque para abordar la salud mental en el trabajo. El GWI (2020) enfatiza que dependiendo del contexto las personas pueden estar sujetas

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

a violencias sistemáticas, discriminación, crueldad, abuso, injusticia, pobreza, guerras, desplazamientos, hambruna, desastres naturales u ocasionados por el hombre entre otras situaciones que no están en el control de las personas individualmente y son fuente de sufrimiento y malestar mental. Otra característica por destacar en el fragmento es la importancia que las autorías le adjudican a la utilización de intervenciones basadas en *mindfulness* y que estas estén fundamentadas en investigaciones basadas en evidencia (IBE) como estrategia ante problemas de salud mental en el trabajo y las organizaciones. Dentro de la industria billonaria de la salud mental, el *mindfulness* es uno de sus sectores principales (GWI, 2020; OMS, 2022).

Morales-Arandes (2021) aborda las críticas que ha recibido la práctica del *mindfulness* en el contexto corporativo, señalando cómo esta técnica, originada en tradiciones culturales budistas y enmarcada en un contexto ético específico, ha sido transformada y comercializada como una herramienta de autoayuda en respuesta a las exigencias del neoliberalismo. Esta autoría argumenta que el discurso contemporáneo en torno al *mindfulness* tiende a presentar el estrés como un problema personal e individual, descontextualizando así las dimensiones sociales y estructurales que contribuyen a su aparición. Por otra parte, Según Salas-Díaz (2023), en el contexto laboral las intervenciones basadas en *mindfulness* evalúan la relación del *mindfulness* a otras variables a través de escalas de medición auto-reportadas. Aunque esto constituye una evidencia verificable, no proporciona información suficiente sobre las implicaciones que tiene para las personas trabajadoras. El discurso positivista utilizado a través del texto enfatiza consistentemente la aplicación de las IBE para el desarrollo e implementación de estas directrices.

Textualmente también se enfatiza a lo largo del documento incorporar IBE como parte del desarrollo de intervenciones, iniciativas o estrategias de salud mental en el contexto laboral y

organizacional. Sin embargo, más allá de enunciarlo explícitamente en el texto, no hay una guía práctica específica que ejemplifique o exponga los pasos para ese procedimiento en diversos contextos. Limenih, et al., (2023) sostienen que, a pesar del énfasis en herramientas basadas en evidencia por parte de la OMS, hay preocupaciones prácticas sobre la aplicabilidad de estas directrices a favor de contextos y poblaciones culturalmente diferentes. El positivismo como epistemología ha dominado la concepción de ciencia moderna, por lo que la subjetividad ha sido un tema históricamente rezagado en la psicología (González-Rey, 2013). Luego de un proceso de corroboración sobre el documento, la noción de subjetividad no está presente en ninguna de sus secciones. El no reconocer la subjetividad de las personas homogeniza las experiencias que son inherentemente diversas.

El segundo fragmento seleccionado en este eje de análisis es parte del capítulo once, **Recomendaciones para el regreso al trabajo luego de una ausencia asociada a problemas de salud mental, fragmento 19**

Para las personas que **se ausenten** por asuntos relacionados a **condiciones** de salud mental, se debería considerar (a) **cuidado dirigido al trabajo más atención clínica de salud mental basado en evidencia**, o (b) **atención clínica de salud mental basado en evidencia sola**, con el objetivo de **reducir los síntomas** de salud mental y **disminuir** los días de **ausencia** (OMS, 2022, p.58).

En este fragmento se ve la influencia del lenguaje médico y clínico, al enfatizar las condiciones que deben ser tratadas mediante cuidado y atención clínica de salud mental basada en evidencia, con el objetivo de reducir sintomatología y que la persona deje de ausentarse y sea productiva en el contexto laboral. Las IBE, siguen el paradigma positivista, buscando confirmar o refutar una hipótesis o teoría mediante la obtención de datos numéricos siguiendo una supuesta

objetividad lograda a través de mediciones estandarizadas. Esto tiene la finalidad de explicar un fenómeno y generalizar los resultados extrapolando los datos a una población más amplia (Águila-Soto, 2020). Las IBE son consideradas como un saber superior para la toma de decisiones dentro del campo de la psicología y en la PTO. Según González-Rey (2009):

La psicología que se apoyó en el positivismo utilizó los resultados cuantificados como el criterio de cientificidad del conocimiento y aparecieron como garantía de la objetividad del conocimiento. La definición de lo empírico apareció como contraposición a lo teórico y abrió una falsa división entre ciencia y filosofía; la ciencia se definía como saber objetivo instrumental y la filosofía como saber teórico – especulativo. Esta manera de producir conocimiento dejaba fuera todas las cuestiones que no se adecuaban a ese modelo de trabajo mitológico, excluyendo del quehacer científico el papel de las ideas y de las teorías en la producción del conocimiento (p.207).

De acuerdo con Villasana – López (2006), la salud como propiedad emergente no puede ser reducida a sus aspectos biológicos e individuales, sino que el concepto debe ser comprendido en el contexto social, cultural, político y económico en el que emerge como fenómeno social. Según Elraz y McCabe (2023), el entendimiento contemporáneo de bienestar refleja el discurso neoliberal que promueve la responsabilidad individual de la salud. Las autorías se refieren a este discurso hegemónico como uno que se centra en atender “problemas individuales” como la dieta, estilo de vida, el estrés, y la ansiedad, considerándolos como mecanismos para incrementar el desempeño laboral, y ser más productivos. Lo anterior a su vez, resulta en beneficios económicos. Las autorías con perspectivas críticas señalan que, en ocasiones, las iniciativas que buscan potenciar el bienestar individual pueden contribuir a exacerbar problemas de salud mental en lugar de remediarlos.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Según la teoría la subjetividad propuesta por González-Rey (2011), ¿Cuáles son las implicaciones para el cuidado de la salud mental desde la perspectiva histórico – cultural? Partiendo de la definición ontológica de la subjetividad como la unidad cualitativa de las emociones y los procesos simbólicos, se puede argumentar que las emociones adquieren un carácter simbólico, mientras que los procesos simbólicos implicados en esas unidades también se manifiestan como emociones.

La subjetividad se organiza como una configuración compleja de sentidos subjetivos, caracterizada por un flujo de procesos en los que procesos simbólicos y emocionales aparecen juntos como una nueva calidad diferenciada de todos los procesos que participan en su génesis. Estas unidades simbólico-emocionales especifican el carácter ontológico de la experiencia humana (González-Rey, 2016, p.185, según citado en Goulart et al., 2019).

Desde esta perspectiva González Rey se aparta de la concepción hegemónica tradicional que establece una dicotomía entre lo social y lo individual, creando una propuesta alterna a la comprensión naturalista de la psique, que asocia subjetividad al subjetivismo. Así como a la comprensión de la psique como resultado lineal de una coyuntura social externa y objetiva.

Según Gaulart et al. (2019):

El carácter histórico cultural de esta propuesta está dado porque la subjetividad emerge de la forma en que las relaciones sociales son vividas de forma diferenciada por sus agentes y sujetos, individuales y sociales, dentro de las redes de construcciones sociales que caracterizan una cultura, en las cuales las más diversas prácticas humanas se organizan.

(p.4)

La subjetividad no se remite solo a lo personal, sino que lo social y lo individual se configuran e integran como sistemas simbólicos-emocionales, en los que las acciones del individuo y las relaciones sociales son inseparables (Goulart et al., 2019). Desde esta perspectiva, se debe superar la dicotomía de lo individual / social reconociendo que ambos aspectos están intrínsecamente entrelazados en la configuración de la experiencia humana. A continuación, presento el segundo eje de análisis de este trabajo.

Eje 2 – ¿Cuáles son los discursos dominantes sobre la salud mental en contextos del trabajo y las organizaciones?

Este eje se enfoca en identificar los discursos predominantes en las directrices de salud mental en el trabajo, según lo propuesto por la OMS. El propósito de este eje es analizar las creencias subyacentes que dan forma a los discursos dominantes sobre la salud mental en el contexto del trabajo y las organizaciones.

El primer fragmento forma parte del capítulo seis, **Recomendaciones para la capacitación de los y las trabajadoras en salud mental, fragmento 11:**

El **adiestramiento** de las personas trabajadoras en **conocimiento y conciencia** en salud mental está diseñado para **mejorar la comprensión** sobre la salud mental, **reducir actitudes** estigmatizantes en quienes reciben la capacitación y permitir a las personas trabajadoras **apoyarse a sí mismas o a sus colegas** de manera apropiada (por ejemplo, **identificando signos de angustia emocional y tomando acciones adecuadas** como **buscar o facilitar ayuda de fuentes formales o informales**). La capacitación no está diseñada para que las personas trabajadoras **se conviertan en proveedores de atención en salud mental ni para diagnosticar o tratar trastornos mentales**. La evidencia disponible es limitada y sugiere que dicha capacitación puede no tener un impacto en la

probabilidad (auto reportada) de proporcionar ayuda a otras personas; se necesita más investigación de calidad para abordar esto. No había evidencia disponible sobre si dicha capacitación beneficia los resultados de los colegas (OMS, 2022, p.36).

Este fragmento como discurso alude a la intención de utilizar el adiestramiento como una gestión para la salud mental, capacitando a las personas trabajadoras para que puedan “manejarse mejor” y asistir a sus pares ante situaciones de angustia emocional. Sin embargo, el texto carece de especificidad en cuanto a cómo se proporcionará esta asistencia, quién proveerá el adiestramiento y cómo se atenderá el proceso en que las personas trabajadoras asuman o no la responsabilidad de ayudar a sus colegas. Otro discurso que sobresale de este texto es la poca evidencia probabilística disponible sobre la efectividad de esta directriz. Por otra parte, este fragmento contiene elementos que conecto con dos tecnologías de poder conceptualizadas por Foucault (1981) la *disciplina* y la *confesión*. La tecnología moderna de la *disciplina* está dirigida a lo que Foucault denominó *cuerpos útiles* en la esfera económica y *cuerpos dóciles* en la dimensión política.

Este autor sostiene la idea de que los cuerpos son adaptados a las demandas de la producción económica moderna. La *disciplina* se manifiesta a través de diversas maneras como la arquitectura de un contexto laboral, la continua observación, la distribución de los periodos de trabajo, y cómo las instituciones continuamente juzgan a las personas en referente al orden social establecido y otros procedimientos de *normalización* de las personas. Aunque la *disciplina* se utiliza para controlar a las masas, su cometido se logra en una manera individual. El concepto de *confesión* es definido como el “ritual del discurso”, el solo acto de llevarlo a cabo supone que puede cambiar a la persona que lo hace, le exonera, reivindica y purifica; le libera de sus males y le promete salvación. El concepto de *confesión* guarda una relación discursiva a la práctica

terapéutica o de consejería. Ambos conceptos, tanto la *disciplina* como la *confesión* los relaciono al fragmento anterior cuando la directriz indica lo siguiente:

...permitir a las personas trabajadoras **apoyarse a sí mismas o a sus colegas, identificando signos de angustia emocional y tomando acciones adecuadas como buscar o facilitar ayuda de fuentes formales o informales...**

Estas dinámicas dentro de la *institución* organizacional requieren de cierto grado de vulnerabilidad al acudir a un colega como apoyo para contarle las situaciones de malestar que inciden en la salud mental de la persona. Entrar en esas dinámicas en el contexto de trabajo también puede resultar en dinámicas de poder entre pares. La salud mental no es un problema objetivo de las personas trabajadoras, sino que está intrínsecamente ligada a la subjetividad, lo que dificulta la búsqueda de soluciones universales. Al promover las dinámicas individuales como autogestión y el apoyo entre colegas, implícitamente se están fomentando la creación de roles normativos en el lugar de trabajo con el objetivo de alcanzar la rectificación, adaptabilidad y normalización de las personas. De acuerdo con Prilleltensky (1990), la manipulación de los seres humanos en el contexto laboral ha sido una parte constitutiva de la historia de la PIO.

La posibilidad desde esta subespecialidad de neutralizar la resistencia de las personas trabajadoras, tratar malestares, identificar a personas trabajadoras como inadaptadas y controlar sutilmente el trabajo, son algunas de las áreas que han hecho que esta especialidad se visualice indispensable para el contexto organizacional. A pesar de esto, me parece importante señalar que la OMS (2022) no sugiere la participación de un psicólogo en ninguna de sus especialidades para trabajar los procesos de adiestramiento, capacitación o intervención sobre condiciones de salud mental en el contexto laboral. Desde la teoría de la configuración subjetiva, se sostiene que el malestar emocional de una persona se entiende mejor como parte de un proceso dinámico, en

lugar de una condición fija. La apreciación al carácter generador del otro es importante y favorece acciones educativas destinadas a mejorar las producciones subjetivas alternativas frente a un trastorno mental (Goulart y González-Rey, 2020). El siguiente fragmento, que representa este Eje es parte del capítulo ocho, **Recomendaciones para las intervenciones individuales – Universales, (basadas en evidencia) fragmento: 14**

La **audiencia objetivo** de las directrices debe ser consciente de que las intervenciones para desarrollar **habilidades de gestión del estrés** en los trabajadores deben ser **basadas en evidencia (calidad y efectividad)** antes de implementarse con los trabajadores (OMS, 2022, p. 44).

En este fragmento se refuerza, perpetua y privilegia el discurso hegemónico positivista sobre la salud mental al priorizar la calidad y la efectividad de las intervenciones basadas en evidencia para abordar el estrés en las personas trabajadoras. Similar al Eje 1, se repite el énfasis por las IBE, privilegiando el conocimiento científico moderno sobre otros tipos de saberes. Al centrarse en la calidad y efectividad de estas intervenciones, no se consideran otros factores relevantes, como la subjetivación de las personas trabajadoras sobre su propia salud mental. Según Martín-López (2022) los problemas de salud mental son subjetivos por lo que no se pueden proveer soluciones objetivas. Estrategias caracterizadas por la flexibilidad y apertura a la singularidad favorecen la búsqueda de alternativas.

González-Rey (2013) afirma que, debido a la normativización de los procesos de salud, se ha optado por la exclusión de estas singularidades. Sin embargo, el valor heurístico de poder estudiar las configuraciones subjetivas en el contexto de la salud mental en el trabajo es precisamente que no se disocian las experiencias concretas de una persona de los procesos que influyen en la situación de malestar. Desde esta perspectiva se supera la tendencia hegemónica

de la patologización por el concepto de configuración subjetiva, este brinda la posibilidad de ver el malestar de la persona como parte de un proceso vivo, que representa un sistema en proceso y no una condición de la persona (González-Rey, 2011).

El próximo fragmento es parte del capítulo diez, titulado **Intervenciones individuales para trabajadores con malestar emocional, fragmento 17:**

10A- Para trabajadores con **malestar emocional**, se pueden considerar **intervenciones psicosociales**, basadas en **mindfulness o enfoques cognitivos - conductuales**, así como capacitación en **resolución de problemas**, con el fin de **reducir estos síntomas** y mejorar la **efectividad laboral**. 10B- **Ejercicio físico**, como el entrenamiento aeróbico, y el entrenamiento de fuerza pueden ser considerados para **reducir estos síntomas**. (OMS, 2022, p.53)

A pesar de que este capítulo está dirigido para trabajadores que están experimentando malestar emocional, las recomendaciones son muy similares a las del discurso anterior que se basaba en el principio de la *Universalidad*. Y es que hay un patrón discursivo entre ambos fragmentos en favorecer el enfoque cognitivo – conductual, la técnica del mindfulness y técnicas de autocuidado individuales como las intervenciones *más efectivas* para la reducción de síntomas de malestar. También posee una función ideológica, se privilegia la responsabilidad individual y el autocuidado, lo que conlleva una desestimación de factores sociales y económicos que inciden sobre la salud mental. Hay un énfasis en la reducción de síntomas al plano individual para lograr la efectividad laboral y producción de capital. Además, dentro de este discurso hay matices neoliberales que tienden a priorizar soluciones de salud a corto plazo y la mercantilización de la salud (como he señalado las terapias cognitivo-conductuales).

El último fragmento por destacar en este eje es parte del capítulo doce,

Recomendaciones para obtener empleo para personas que viven con problemas de salud mental, fragmento 23:

La coordinación entre múltiples partes interesadas (**persona, familia/comunidad, lugar de trabajo, representante**) es necesaria para movilizar recursos y estrategias que mejoren la **inclusión vocacional y económica**. La **participación** de estas **partes interesadas** y la selección de la intervención deberían basarse en las **preferencias del trabajador** prospectivo. En 2015, la guía de mhGAP (intervención para los trastornos mentales, **neurológicos y por consumo de sustancias**) de la OMS recomendó: Las estrategias orientadas hacia la recuperación que mejoran la inclusión vocacional y económica (por ejemplo, el empleo con apoyo) pueden ofrecerse para **personas con psicosis (incluyendo esquizofrenia y trastorno bipolar)** (OMS, 2022, p.64).

Este fragmento alude a un enfoque integrado de apoyo social para las personas que experimentan alguna condición de salud mental e indica que se debe tomar en consideración la opinión de la persona afectada sobre la intervención a utilizar. La coordinación entre múltiples partes interesadas puede influir en quién tiene el poder de toma de decisión sobre el retorno al trabajo. Aquí es importante preguntarse cómo se distribuye este poder y si todas las partes interesadas tienen voz y participación equitativa en el proceso de toma de decisiones. En cuanto a las desigualdades estructurales, las relaciones de poder entre personas trabajadoras y empleadores pueden influir en la implementación de estas directrices como también en las experiencias y perspectivas de la persona afectada. Implícitamente en el discurso se impone el *poder psi*, pues está presente el discurso clínico clasificatorio en las patologías mencionadas.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Martín-López (2015) exhorta a que los profesionales deben de abandonar las posiciones de poder y control social con las que ha nacido la disciplina (psiquiatría/psicología) admitiendo que no son los portadores de la verdad del sufrimiento psíquico, sino que el paciente es quien sabe y la profesión es la que se debe de poner a su servicio. La autora indica que en lugar de "decir lo que tienes", deben de preguntar "qué te pasa y qué necesitas"; menciona que esto parece ser un pequeño detalle minúsculo, pero es resulta muy difícil para muchos profesionales. En el fragmento 23, se vuelve a hacer referencia sobre la publicación Guía de intervención Mental Health Action Programme (mhGAP): Para los trastornos mentales, neurológicos, y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, OMS (2015). Dicha referencia indica que la guía mhGAP se enfocan en psicopatologías específicas, como depresión moderada-grave, psicosis, trastorno bipolar, trastornos conductuales, trastornos del desarrollo, autolesión/suicidio, trastornos por el consumo de drogas y alcohol entre otros. Según la OMS (2015) esta guía está basada en conocimiento científico y presenta intervenciones basadas en evidencia para identificar y manejar una serie de trastornos psiquiátricos.

El propósito fue desarrollar una guía breve para “facilitar las intervenciones por parte de los profesionales no especializados, sobrecargados laboralmente, en los países con ingresos bajos y medios-bajos, la guía describe en detalle qué hacer, pero no entra en las descripciones sobre cómo hacerlo” (OMS, 2015, p.1). Este tipo de intervención señalada en el fragmento 23, basada en estrategias para aumentar la inclusión vacacional y económica se basa en proveer empleo con apoyo, y destaca que es crucial junto al *tratamiento farmacológico*, enfatizando que los niveles de desempleo entre personas que viven con un trastorno de salud mental son más altos que otros grupos con discapacidades (OMS, 2015). Además, es importante destacar que la OMS (2015) especifica que estas guías están diseñadas para trabajar *trastornos neurológicos* y *trastornos por*

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

consumo de sustancias. Ambos conceptos responden al modelo médico de la intervención, lo único que el trastorno por consumo de sustancias sí representa un cambio orgánico en el cuerpo humano por la ingesta de sustancias. Este fragmento pone en evidencia y ejemplifica discursivamente, mis observaciones y los argumentos que he ido trazando sobre las directrices en el ACD.

A pesar de tratarse de la salud mental, la OMS muestra una clara adherencia al modelo médico positivista centrándose en aspectos biológicos y conductuales individuales. Al seguir el enfoque biomédico como saber prescriptivo, responsabiliza a la persona sobre su estado de salud mental ignorando los factores sociales y culturales. Este fragmento ilustra nuevamente el discurso de la *medicalización* del espacio laboral, la búsqueda de la cura y el contexto laboral como *dispositivo disciplinario*. El concepto de medicalización propuesto por Foucault refiere precisamente a este ejercicio de poder moderno que consta principalmente del orden y clasificación de los individuos mediante los conceptos de normalidad y de anormalidad (Castro, 2011). Según Hacking (2006) clasificar a través del diagnóstico es una manera de construir gente y controlarlas. Es a través de esa clasificación que surgen recursos e instituciones que cumplen con los imperativos actuales de la ciencia como medicalizar, establecer un origen genético, transformar calidad en cantidad, biologizar y normativizar.

El concepto de *disciplina* también guarda relación con esta directriz. Mediante las diversas estrategias mencionadas se pretende adaptar las personas trabajadoras a las demandas de la producción económica moderna. Esta directriz reproduce elementos discursivos de poder orientados a la rectificación, normalización y efectividad de la persona trabajadora. A continuación, presento el tercer Eje de análisis de esta investigación, el cual se enfoca en una de las discusiones más controversiales dentro de la psicología y la psiquiatría.

Eje 3 - ¿A quién se responsabiliza por la salud mental: a las personas o a la sociedad?

En este Eje de análisis, adentramos en uno de los debates más importantes que atraviesa la salud mental, especialmente en el contexto laboral. En esta sección, analicé cómo se construyen y cuáles son las narrativas dominantes y las implicaciones de estas directrices. El primer fragmento seleccionado es parte del capítulo cuatro, **Recomendaciones para la capacitación de gerenciales en salud mental, fragmento 9:**

El adiestramiento de **gerenciales** para **apoyar** la salud mental de sus trabajadores debe impartirse para **mejorar el conocimiento**, las **actitudes** y los **comportamientos** de los y las gerentes en relación con la salud mental, y para **mejorar los comportamientos de búsqueda de ayuda** de las personas trabajadoras. (OMS, 2022, p.26).

En este fragmento se propone que las personas en puestos gerenciales, quienes ocupan una posición superior en la jerarquía organizacional, sean capacitadas para apoyar e intervenir en asuntos de salud mental. Al igual que en los ejes anteriores, el contexto laboral es utilizado como *dispositivo disciplinario*. Este discurso presupone que, debido a su rol administrativo de poder-saber, las personas gerenciales deben ser conocedores en salud mental para ser de ayuda a otros. El adiestramiento aparenta tener un enfoque cognitivo – conductual ya que su propósito es mejorar el conocimiento, las actitudes y el comportamiento de las personas gerenciales en temáticas de salud mental. Sobre el concepto de la salud mental, sin embargo, Goulart y González-Rey (2020) proponen que la persona atendida emerge como sujeto de su proceso de vida cuando se posiciona activamente en los espacios sociales que constituye; no se somete a la etiqueta de su diagnóstico, ni se asume objeto de preceptos técnicos para ser cumplidos y elaborados por especialistas.

Es decir, la persona es un sujeto activo y protagonista de su propio proceso, lo que avala la interacción dinámica entre la persona y su contexto social. Este enfoque busca reconocer la singularidad y subjetividad de cada persona y no reducir la experiencia humana a un diagnóstico. Según Goulart y González-Rey (2020) la apertura a producciones subjetivas singulares es importante para superar la circunscripción del trabajo en salud mental centrado en el diagnóstico. El concepto de configuraciones subjetivas en el contexto de la salud mental, a diferencia del concepto de patología, permite ver el malestar de la persona como parte de un proceso vivo y diferenciado, que representa un sistema en proceso y no una condición de la persona (González-Rey, 2011).

El segundo fragmento por destacar dentro de este Eje corresponde al capítulo ocho,

Recomendaciones para las intervenciones individuales – universales, fragmento 15:

Oportunidades para la **actividad física basada en el ocio**, como el **entrenamiento de resistencia, el entrenamiento de fuerza, el entrenamiento aeróbico, caminar o yoga**, pueden considerarse para **mejorar** la salud mental y **la capacidad de trabajo** de los trabajadores (OMS, 2022, p.44).

Este fragmento representa la salud mental como un problema individualista en el que la salud se convierte en un bien de consumo a través de diferentes prácticas y supone que las personas deben de asumir un rol activo en su autocuidado para así mejorar su capacidad de trabajar (Castro, 2011) Además, parte del supuesto de que todas las personas cuentan con el acceso a recursos y el tiempo para realizar actividades físicas ya sea en el espacio laboral o en momentos de ocio.

Según Marks (2002), la psicología de la salud y su objeto de estudio puede ser mejor comprendida en el contexto de sus fuerzas sociales, políticas y económicas, en lugar de limitarse

a acciones individuales. El último fragmento por resaltar en este Eje es parte del capítulo once, **Recomendaciones para el regreso al trabajo luego de una ausencia asociada a problemas de salud mental, fragmento 24:**

Es importante **incluir a personas con experiencias vividas de condiciones de salud mental** en el diseño y ejecución de estos programas para optimizar **enfoques centrados en la persona y empoderar a las personas** en la toma de decisiones para **su propio bienestar**. Cuando las personas inicien su trabajo el apoyo puede continuar para **apoyarles en mantener su trabajo**. Tales **estrategias** deben ser **contextualizadas** al ambiente social y cultural utilizando intervenciones formales e informales que estén disponibles (OMS, 2022, p.64).

Este fragmento presenta un discurso que supone un *control disciplinario* sobre las personas que experimentan problemas de salud mental. Este poder disciplinario está disfrazado en discurso de empoderamiento individual que propone el texto. Según expone McDaid (2010) históricamente, las personas que utilizan servicios de salud mental han estado sometidas al dominio del *poder psiquiátrico*. No solo pueden ser retenidas y tratadas en contra de su voluntad, sino que la cultura institucional de estos servicios les atribuye una autoridad unilateral a los psiquiatras sobre las decisiones relacionadas al tratamiento. El discurso del empoderamiento individualista desvía la atención de las causas estructurales y de desigualdades sociales y sostiene y reproduce estructuras de opresión existentes.

Este acercamiento refleja la tendencia del *poder psi* de reducir fenómenos complejos a asuntos psicológicos de la persona. La evidencia ha demostrado que, en la práctica, el enfoque en la capacidad individual no ha ayudado a mejorar la posición de las personas con situaciones de salud mental a un nivel más amplio socialmente (McDaid, 2010). Por otra parte, Chamberlain y

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Murray (2017) indicaron que la psicologización puede tener consecuencias negativas, posicionando a las personas afectadas como responsables de sus padecimientos y responsabilizándoles por sus tratamientos. Exponen que, desde una perspectiva política, esto satisface las necesidades de democracias neoliberales pues garantiza que las personas se comprometan con prácticas de autorregulación y autogestión. Las autoridades argumentan que esto es parte de un giro histórico que busca responsabilizar al individuo por su propio bienestar y por consiguiente minimiza el rol de las fuerzas sociales que producen la salud y la enfermedad.

Además, el énfasis discursivo de desarrollar a la persona individualmente ocurre dentro de un contexto de relaciones políticas y sociales que a la vez forma parte de un discurso restrictivo el poder *institucional*. La subjetividad desde una perspectiva histórico-cultural precisamente tiene el objetivo de reflexionar sobre la escasa atención prestada a los procesos subjetivos implicados en las prácticas institucionales e investigaciones sobre salud mental (Goulart y González Rey, 2020).

Síntesis

Los fragmentos analizados revelan cómo se ha conceptualizado la salud mental en el trabajo y las organizaciones tradicionalmente a partir del modelo hegemónico de la salud. Este eje de análisis expone cómo la responsabilidad por la salud mental en el contexto laboral es influenciada por las personas trabajadoras, el personal gerencial, factores sociales y las instituciones en sí. Se destaca la importancia de considerar la subjetividad desde una perspectiva histórico cultural, que considera las desigualdades estructurales, sociales, y contextuales. El ACD sobre las directrices de la OMS en relación con la salud mental en el trabajo reveló importantes tensiones y limitaciones en la forma en que se aborda el tema. A pesar de la intención explicitada de ofrecer un enfoque universal y basado en evidencia, a mi entender las

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

directrices no logran considerar adecuadamente las interseccionalidades que afectan a las personas trabajadoras y por consiguiente su salud mental.

El enfoque cognitivo-conductual, junto con técnicas como el *mindfulness*, el énfasis en promover cambios en comportamiento a “estilos de vida saludables” a través del ejercicio físico y el autocuidado, se traduce a una visión reduccionista que prioriza la responsabilidad individual sobre la salud mental sin reconocer y validar el impacto de factores contextuales y estructurales que influyen sobre el bienestar de las personas. Según Cuervo-Barreto (2019) este énfasis de la OMS en promover estilos de vida saludables proviene de la perspectiva dirigida a conceptualizar la salud por cuatro factores: la herencia, los servicios de salud, el ambiente y los comportamientos de las personas (sobre todo este último). Al entender que la herencia era inmodificable, cambiar el ambiente era muy costoso, y que a los servicios de salud se les había invertido mucho dinero sin resultados positivos sobre la salud de las personas, las autorías de la guía analizada propusieron promover el cambio en el comportamiento de las personas. Este cambio utilizando métodos conductistas para priorizar acciones de la salud pública dirigidos a fomentar estilos de vida saludables. La propuesta de la OMS sobre la salud mental sigue estos mismos principios, pues deja a un lado la perspectiva social y las condiciones de vida como la pobreza, la violencia, la contaminación, los trabajos estresantes, el aislamiento, el acceso a alimentos, entre otros factores que obstaculizan gozar de salud plena.

Además, la medicalización del espacio laboral y el énfasis en intervenciones clínicas, psicológicas como psiquiátricas, la OMS perpetúa un enfoque que puede desestimar las causas subyacentes del malestar de las personas trabajadoras. La teoría de la subjetividad emerge como una herramienta crítica para desafiar estas narrativas, sugiriendo que la salud mental debe ser entendida como un fenómeno complejo que integra dimensiones sociales, culturales y

emocionales. Es fundamental un examen cercano a las políticas y directrices de salud mental que reconozcan la pluralidad de experiencias de las personas y la particularidad de cada contexto organizacional, para incluir las inequidades inherentes a las personas. A continuación, presento la cuarta pregunta de investigación de este trabajo.

Eje 4: ¿Cómo se puede reformular la concepción de salud mental en el trabajo y las organizaciones?

Para reformular las concepciones de salud mental en el ámbito laboral, propongo lo que he intentado de argumentar y fundamentar hasta ahora: es pertinente avanzar en la crítica epistemológica y el desarrollo conceptual de la salud mental, alejándonos del modelo hegemónico de la salud biomédica, las PBE, y del enfoque cognitivo-conductual, que tienden a adoptar un carácter *prescriptivo* que ignora la complejidad de los factores sociales y organizacionales. Además, es pertinente destacar que el hecho de hablar de SM ya se está asumiendo el andamiaje teórico que viene con este concepto. Dicho de otra manera, ¿no estaríamos reproduciendo las mismas lógicas y supuestos que han dominado históricamente en la psicología y la psiquiatría? Mi propuesta recae en enfoques críticos y transformadores que trasciendan la visión biomédica. La psicología como ciencia *institucionalizada* integra discursos consolidados que han guiado su desarrollo y la forma en que se atienden los temas de la disciplina y como profesión. Lo anterior incide en la construcción de las subjetividades de las personas en las organizaciones de trabajo y en contextos sociales sin mayor cuestionamiento (Andrade-Jaramillo, 2013).

Según Andrade-Jaramillo (2013) la influencia de la PTO se evidencia de dos maneras, cada una con implicaciones significativas en la formación de las subjetividades de las personas que trabajan. En primer lugar, a través de un discurso psicologizado que fomenta y no cuestiona

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

la idea de que el individuo debe ser entendido desde una lógica mercantil, tratándolo como un “objeto” de producción.

En segundo lugar, favoreciendo formas legitimadoras que en ocasión no corresponden al contexto aplicado, se manifiestan a través de las prácticas concretas que se llevan a cabo en la gestión humana, en nombre de la psicología como ciencia. Andrade-Jaramillo (2013) expone el emprendimiento como uno de los mejores ejemplos del tipo de sujeto que se requiere en el mundo organizacional en la actualidad. La persona que decide emprender se encarga de *gestionar su trabajo*, y además le da trabajo a otros; lo anterior incluye en ocasiones el componente de *innovación* que es una de las claves para *competir*, y que además cuenta con un importante *reconocimiento social*. A las personas que emprenden parece corresponderle un *estatus de superhéroe que se salva a sí mismo*, y al mundo a su alrededor, por *generar trabajo*, particularmente empleo, que hoy en día es cada vez más escaso. Ante escenarios de precariedad laboral el discurso del emprendimiento puede ser atractivo.

Según Prilleltensky y Nelson (2002) la psicología en contextos laborales ha contribuido enormemente a una cultura individuo-céntrica a través de la evaluación y clasificación de las personas. Mediante las evaluaciones se determina el éxito o el fracaso intrapsíquico sin la necesidad de buscar explicaciones sociales. Como he mencionado se objetualiza la experiencia humana en el contexto laboral y las personas se convierten en tendencias numéricas que pueden ser observadas y analizadas a través del tiempo. La evaluación se convierte en un *dispositivo de poder* dentro de la institución laboral. Estas autorías sostienen que la agenda de la psicología crítica en contextos laborales busca promover el bienestar personal, relacional y colectivo promoviendo el empoderamiento de las personas trabajadoras para resistir la opresión.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

En un mundo ideal el bienestar sería potenciado por intervenciones transformacionales y políticas no solo por cambios en actitud y hábitos de salud mejorados. Según Castro (2013), la OMS constituye el núcleo del conocimiento hegemónico con relación a la salud mental, y sus prácticas de intervención están dominadas por las exigencias de gestión, estandarización, evaluación y medición, lo que excluye la dimensión de subjetividad. Por otra parte, aunque la OMS sostiene en su discurso como organización la importancia del vínculo de salud mental y los derechos humanos, así como la relevancia de los factores sociales y contextuales en la salud mental, en sus directrices se percibe una tendencia contraria. Se percibe un discurso centrado en la responsabilidad individual dentro de un contexto económico y político de austeridad, unido a la construcción de un sujeto neoliberal en un sistema de salud biomedicalizado, descontextualizado, patologizado centrándose en la recuperación individual a través de la disciplinización del sujeto sin hacer referencia de las particularidades contextuales (Brown, 2021). Además, el poder del discurso científico dificulta la posibilidad de una producción y conceptualización subjetiva sobre la salud mental (Castro, 2013).

La salud mental debe de entenderse como la interacción compleja y balance entre lo físico y lo social, entre lo social y lo psicológico, entre lo material y lo inmaterial, que satisface a la persona y le permite interactuar positivamente en su entorno (Montero, 2009). Es pertinente una mirada de salud mental integral que visualice a la persona desde su complejidad. Según Restrepo y Jaramillo (2012) esto abre camino para pensar la salud mental desde la perspectiva de salud pública y sea vista como un fenómeno vinculado a las condiciones de vida de las personas las estructuras sociales y económicas de la vida cotidiana. Es importante hacer una revisión crítica de las concepciones de salud mental, teorías, metodologías, prácticas, conceptos, supuestos ontológicos que sostienen dichas conceptualizaciones, la ideología detrás del uso de

conceptos como *mental, enfermedad, discapacidad, normalidad, adaptación, funcionamiento adecuado* entre otros, y la relación mente/cuerpo. A continuación, presento propuesta teórica de este trabajo para la reformulación de salud mental en el trabajo y las organizaciones.

Salud mental desde la perspectiva histórico cultural

Reconociendo la desestimación de la subjetividad por la psicología estadounidense, la *subjetividad* desde la perspectiva histórico cultural ofrece una mirada valiosa para superar dicotomías que han caracterizado la psicología. Estas dicotomías incluyen lo externo e interno, lo individual y social, lo afectivo y cognitivo, así como lo consciente e inconsciente; la subjetividad se presenta como un concepto complejo y multidimensional que abarca todas las dimensiones mencionadas dentro de un mismo marco integral del comportamiento (González-Rey, 1997b). La reformulación de la noción de salud mental en el contexto laboral desde la propuesta teórica de González-Rey (2011) no concibe la salud mental como un atributo estandarizado que se tiene o no, sino como la calidad de los procesos de vida. En este sentido, la salud es vista como una expresión integral de la persona y su promoción solo puede ser comprendida, en su complejidad, como resultado del funcionamiento de la sociedad incluidas las configuraciones institucionales en esa actividad (González-Rey, 2004). Desde esta perspectiva teórica, la salud mental no puede ser entendida por categorías descriptivas y distantes de la experiencia de la persona, sino que debe ser vista como un sistema complejo que incorpora subjetividades individuales y los diversos juegos que actúan sobre subjetividades sociales.

Según Goulart y González-Rey (2020) la salud, como todo proceso social, se entiende en su dimensión histórica como un proceso social en donde sus manifestaciones cambian con el desarrollo de la humanidad. Por lo tanto, el enfoque en la *salud mental* se expande y se relaciona con la complejidad inherente a cómo se promueve o se enfrentan desventajas en la vida diaria de

las personas. Al ser entendida como una parte esencial del desarrollo humano, la definición de *salud* se vuelve inseparable de las diversas dimensiones actuantes en la vida de las personas. Este cambio en la concepción de salud promueve diversas reflexiones sobre concepciones y prácticas institucionales. Como mencioné en la revisión de literatura, a diferencia de la concepción hegemónica del *trastorno mental*, desde esta perspectiva se comprende como *la emergencia de in tipo de configuración subjetiva que le impide a la persona producir sentidos subjetivos alternos* (Goulart y González-Rey, 2020).

Esta teoría se distancia de la patología y el trastorno mental porque ambos conceptos poseen un carácter normativo y universal; lo que contradice las *expresiones subjetivas* singulares de las personas. El valor heurístico al estudiar las configuraciones subjetivas en el contexto de la salud mental en el trabajo es precisamente que no disocia las tramas concretas de la vida de una persona de los procesos que culminan en la situación del sufrimiento, superando la tendencia hegemónica de *rectificar* el trastorno mental. Desde esta perspectiva a diferencia del concepto de patología, las configuraciones subjetivas permiten ver el malestar de la persona como parte de un proceso vivo y diferenciado que representa un sistema en proceso y no como una condición de la persona (Goulart y González-Rey, 2020). Esta perspectiva teórica representa un cambio de enfoque importante en el contexto de salud mental. La persona atendida emerge como sujeto de su proceso de vida al posicionarse activamente en los espacios sociales que constituye; sin someterse a la etiqueta de su diagnóstico, ni se asume como *objeto de preceptos técnicos* para ser cumplidos y elaborados por especialistas.

Es decir, no se somete a una *subjetivación del saber psi*. Como punto de encuentro entre ambas perspectivas teóricas propuestas en este trabajo rescato el concepto de *modos de subjetivación* propuesto por Foucault (2001). La subjetivación refiere a los procesos a través de

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

los cuales los individuos se constituyen como sujetos activos en los que pueden tomar conciencia y enfrentar los *dispositivos de poder*. Es considerada un proceso dinámico y complejo que se reproduce en el cruce de las relaciones de *poder y saber*. Este enfoque reconoce que las estructuras sociales y prácticas discursivas influyen en la formación de la subjetividad en contextos contemporáneos.

Síntesis

La *subjetividad*, reconoce que la salud mental no puede ser un estado fijo, sino que está profundamente influenciada por las experiencias personales, las relaciones interpersonales, la comunidad y el contexto socioeconómico y cultural en el que vive la persona. El concepto de *subjetividad* resalta la importancia de comprender a la persona trabajadora no solo como un individuo con una serie de síntomas o comportamientos, sino como un sujeto cuya identidad y bienestar están configurados por su entorno y por las interacciones dentro de este. Las experiencias laborales, las condiciones de trabajo, la cultura organizacional, y condiciones sociales son elementos que moldean la subjetividad de la persona trabajadora y, por lo tanto, su salud mental. Al ver a la persona trabajadora como un sujeto subjetivamente configurado, se abre la posibilidad de desarrollar enfoques más personalizados y contextuales para el bienestar en el trabajo. Esto incluye reconocer y valorar las narrativas individuales, las percepciones y los significados que cada persona otorga a su trabajo y a las situaciones que enfrenta. En este sentido, la subjetividad se convierte en un elemento central para la creación de estrategias de salud mental que no se enfoquen en la patologización y reducción de síntomas, sino que a través de un acercamiento dialógico se promueva un interés por la experiencia de la persona reconociendo su realidad individual y colectiva. A continuación, presento el capítulo de conclusiones.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

En este trabajo he problematizado las prácticas discursivas sobre salud mental en el contexto laboral mediante el ACD de una publicación de la OMS (2022) titulada *World Health Organization Guidelines On Mental Health at Work*. A raíz de mis acercamientos metodológicos y los referentes teóricos que guiaron mi lectura, desarrollé mis preguntas de investigación e identifiqué tres ejes temáticos que sirvieron como mis categorías de análisis. Estas categorías son: Patrones discursivos sobre la SMTO, Discursos dominantes sobre la SMTO y Responsabilidad por la salud mental I/S. En cada eje emergieron líneas temáticas que orientaron mi interpretación del texto. A continuación, expongo una síntesis de los puntos más relevantes del proceso por cada eje de análisis:

Patrones discursivos de la SMTO

El análisis de las directrices de la OMS sobre su concepción de salud mental en el trabajo es una publicación con una estructura académica bien definida. A pesar de la intención de la OMS de abordar la salud mental de manera integral, la atención sigue centrándose en el diagnóstico, medicación y reducción de síntomas individuales. La OMS (2022) define la *salud mental* no solo como la ausencia de trastornos, sino como “un estado de bienestar que permite a las personas enfrentar las tensiones de la vida, reconocer sus capacidades, aprender y trabajar bien para contribuir a sus comunidades” (p.93). Esta conceptualización de salud mental tiene una función ideológica, económica, y epistemológica. Refleja una perspectiva funcionalista en las demandas del sistema capitalista en donde se prioriza la productividad y la eficiencia.

Esta definición presenta un enfoque ahistórico y apolítico de la noción de salud mental. Según Cuervo Barreto (2019) sostiene que presenta limitaciones teórico – metodológicas e histórico – epistemológico y deja a un lado las influencias sociales, políticas, y económicas

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

relacionadas con dicho proceso, impidiendo la elaboración de un concepto más integral de la salud mental. Además, dicha definición de salud mental revela una tendencia homogeneizadora cuando hace referencia sobre la capacidad de las personas en enfrentar los desafíos de la vida. Señalar que las personas deben de tener la capacidad de “trabajar bien para contribuir a sus comunidades” (p.3), es similar a los discursos de “retorno a la normalidad” para garantizar el equilibrio social, sin considerar los factores subjetivos de la persona ante su malestar. Al inicio del texto analizado, la OMS (2022) reconoce que “los eventos a nivel social influyen la salud mental y el trabajo” (p.2).

Sin embargo, concluyo que al reconocer esa influencia textualmente, solo está operando en el discurso como una estrategia ficticia. Es un discurso vacío, ya que los factores sociales no son incluidos ni en la definición de salud mental ni en el desarrollo las directrices para la salud mental en el trabajo. Según mis interpretaciones del ACD realizado, las prácticas discursivas utilizadas por la OMS en esencia se circunscriben a la ideología médica - positivista. Esta ideología históricamente ha funcionado como una herramienta de dominación, ocultando las desigualdades e injusticias inherentes a las estructuras sociales. La medicina ha establecido la dicotomía entre normalidad y anormalidad, lo que ha llevado a que la sociedad opere en torno a este binomio.

El término *medicalización* hace referencia a este proceso que se caracteriza por la función política de la medicina y la extensión sin límites de la intervención del saber médico (Castro, 2011). Por lo tanto, las directrices operan en función de este andamiaje para favorecer a una clase dominante y orden social. A través de los patrones discursivos del texto, se construye la identidad del sujeto trabajador que está expuesto a técnicas disciplinarias, de normalización y

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

de adaptación (Foucault, 1973). Estos patrones se observan a través de la repetición de ciertos conceptos y supuestos en cada directriz analizada. Hay un énfasis consistente sobre las prácticas e intervenciones basadas en la evidencia, el modelo cognitivo-conductual, el mindfulness y la medicalización del espacio laboral.

Por otra parte, los patrones discursivos que emergieron del AT guardan relación con lo discutido hasta el momento. En el AT analicé 24 fragmentos de los cuales emergieron 6 temas de análisis. A continuación, los temas que emergieron del AT y la cantidad de veces que se repitieron: Gestión organizacional de la SM (7), Intervención basada en evidencia (IBE) (6), Regulación y normalización (5), Responsabilidad individual de la SM (3), Responsabilidad colectiva de la SM (2) y Replicabilidad (1). Para ver este proceso de análisis en su totalidad véase Tabla 1 – 4 (páginas 71-82 de este documento). Este análisis temático facilitó la interpretación de los fragmentos analizados con mayor detenimiento en el ACD. A continuación, presento la conclusión del segundo eje de análisis.

Discursos dominantes sobre SMTO

Quizás el discurso más común que tiene implicaciones sobre la salud mental en el trabajo es el concepto de los factores de riesgos psicosociales (García-Ramos & Guzzi, 2018). Estos factores de riesgo refieren a todas las condiciones de trabajo que son susceptibles a provocar daños a la salud de las personas en el trabajo. Según Porras-Velázquez (2017) son aquellas condiciones que se encuentran en una situación laboral y que están directamente relacionadas a la organización, el contenido del trabajo y la ejecución de las tareas. Pueden afectar tanto el bienestar, la salud física, psíquica o social de la persona como también el desarrollo del trabajo. En el texto la OMS (2022) menciona que las personas que enfrentan una mayor exposición a

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

riesgos psicosociales para la salud mental son personas trabajadoras dentro de la economía informal como agricultores, vendedores ambulantes, trabajadores domésticos no registrados, trabajadores temporeros (economía del *gig*) como también negocios familiares.

A pesar de que los objetivos del texto proponen la idea una responsabilidad compartida para le gestión de condiciones de salud mental en el contexto laboral, el discurso que predomina en las directrices es la autogestión. En este discurso, se supone una legitimidad ante la patologización y el diagnóstico. Una vez que el sujeto es diagnosticado, el problema se convierte *suyo* y es su responsabilidad resolverlo (Martín-López, 2022). Otro aspecto que me parece pertinente en esta discusión al hablar de condiciones de salud mental en el trabajo es el supuesto de que existe la presencia de *alguien* con capacidad para establecer la diferencia entre lo normal y lo patológico. La *función psi* en el espacio laboral. Un ejemplo concreto de esta idea y asimetría de poder se puede interpretar en **el fragmento 11**, que alude a la intervención individual y entre colegas para identificar situaciones de salud mental.

Mas allá del fragmento, mi interpretación también se fundamenta sobre lo repetitivo que es el discurso proponiendo procesos sin brindar especificidad de cómo llevarlos a cabo. Me parece que el motivo detrás de estas omisiones es un intento de hacer ver las directrices como procesos inclusivos y flexibles para cumplir con la noción de aplicabilidad universal. No estoy sugiriendo que deban proporcionar soluciones específicas, sino que estas omisiones generan dudas en cuanto a la forma de implementar dichas recomendaciones. Cada propuesta de intervención o práctica organizacional e individual me parece ambigua por la carencia de ejemplos que guíen su implementación en contextos laborales. El texto no proporciona una metodología clara que detalle cómo estas intervenciones deben ser adaptadas para su aplicabilidad.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Otra observación que emergió del ACD importante por rescatar en esta discusión es la omisión en las directrices de cómo iniciar el dialogo sobre salud mental en el entorno laboral. Aunque las directrices presuponen la implementación de programas destinados a mejorar el conocimiento sobre salud mental y otros procesos derivados de estas iniciativas, no especifican los temas, conceptos o procesos que deben ser incluidos en estas conversaciones. Asimismo, las directrices carecen de información sobre cómo abordar estos temas de manera que se garantice un espacio seguro para las personas y se fomente una cultura laboral libre de estigmas. A pesar de la buena voluntad de las directrices, ¿quién y cómo se garantiza que será un espacio libre de juicios y represalias en las dinámicas laborales? Estas preguntas son referenciadas en el texto como elementos en los adiestramientos, pero hay una falta de claridad de cómo llevarlos a cabo. A continuación, un fragmento de la sección *Consideraciones de evidencia -para- decisiones*, OMS (2022):

Los trabajadores con condiciones de salud mental y discapacidades psicosociales enfrentan barreras significativas para mantener su participación en el trabajo, a pesar de su interés, disposición y capacidad para participar en él. Las adaptaciones laborales buscan asegurar que se mejoren los resultados que las partes interesadas (“stakeholders”) valoran: mantener el tiempo en el trabajo (es decir, la permanencia) y mejorar la salud mental. Sin embargo, **el estigma y el miedo a las repercusiones siguen siendo barreras críticas para la confianza de los trabajadores en sentirse seguros al revelar su estado de salud mental** y, en consecuencia, para acceder a las adaptaciones necesarias (p.21).

Este fragmento confirma la complejidad que representa sostener diálogos sobre salud mental en el trabajo. Hay una especie de validación en algunas partes del texto, pero en términos discursivos las directrices no atienden estas necesidades señaladas. A lo largo del documento se

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

observa la misma práctica discursiva con otras propuestas de adiestramiento e intervención. Hay una carencia de contenido sustantivo en el discurso para abordar estas directrices en la práctica. Por otra parte, como mencioné anteriormente el texto tampoco se profundiza sobre cómo los factores sociales y contextuales impactan de manera diferenciada a las personas, sobre todo a las poblaciones más vulnerables.

Esta omisión en el texto es significativa, ya que como he argumentado las condiciones de salud mental no pueden ser entendidas de manera aisladas a las condiciones sociales y contextuales. La falta de atención a las interseccionalidades que afectan a las personas trabajadoras, como el género, la raza y la clase social limita la comprensión de las subjetividades. La ausencia de un enfoque que reconozca estas complejidades responde al paradigma positivista que aspira a un conocimiento generalizable. Según Limenih et al., (2023) en múltiples contextos de bajos recursos las personas no buscan servicios de salud mental y se desconectan de los mismos porque interpretan sus estados psicológicos y emocionales como reacciones a problemas sociales y económicos. Este argumento es consistente con el objetivo ulterior de este trabajo, pues pone en perspectiva que los acercamientos y tratamientos des-contextualizados para la salud mental tienen poco sentido para personas que enfrentan angustia psicológica debido a adversidades continuas, pobreza extrema, o situaciones políticas de conflicto.

Es decir, además de una respuesta del sector de salud las personas también requerimos una respuesta social a las causas de las condiciones de salud mental. La OMS posee una influencia substancial en la definición de la agenda para la atención de la salud mental, sin embargo, sus decisiones no se alinean a las necesidades y particularidades diversos contextos. A continuación, la síntesis del último eje de análisis.

Responsabilidad por la SM: I/S

Podría decir que este eje de análisis ha sido el tema más recurrente a través de los discursos analizados en este trabajo. A mi entender, la razón de esta repetición radica en que este eje representa uno de los debates centrales en el campo de la psicología, la dicotomía biología y sociedad. Esta polarización enmarca las tensiones teóricas y prácticas que han caracterizado el desarrollo de la psicología como disciplina. La psicología históricamente se ha encargado de sostener una agenda política a través de sus prácticas, hay tres aspectos centrales, estos fueron mencionados en la sección: *Recomendaciones para reformular las concepciones de salud mental en el trabajo y las organizaciones reformulando las concepciones*. Según Parker (2020) en primer lugar, el *individualismo* despoja nuestros aspectos relacionales de la acción humana y esos aspectos luego se reintroducen como si fueran “variables”.

El segundo aspecto es el *esencialismo* en el que las cualidades humanas son separadas entre sí para que puedan ser sujetas a una categorización y refinadas a un modelo psicológico de la persona. El esencialismo luego organiza en explicaciones y se da una etiqueta (el diagnóstico) que nombra el problema para después tratar esa supuesta identidad como la causa del problema. El tercer aspecto es la *normalización*, y esta puede operar a través de la universalización de las representaciones de seres humanos o a través de la segregación en donde ocurre la patologización y se excluye aquellos que se desvían de la norma socialmente establecida por la cultura de la que surgen estas representaciones. Por otra parte, concluyo que el término salud mental se ha convertido en un slogan, como un modo eficaz de reducir el estigma asociado al de enfermedad mental. Hablar de salud mental forma parte de un lenguaje políticamente correcto, pero representa un discurso vacío en contenidos (Vázquez y Hervás, 2008).

Como he presentado, la subjetividad desde la perspectiva histórico cultural de González-Rey (2008), es una elaboración teórica para pensar la noción de salud mental y la psique humana desde óptica que supera la dicotomía entre lo individual y lo social. Posicionando a la persona y su subjetividad individual y social como un sistema complejo y dinámico inseparable de todo lo que ocurre en sociedad.

en el trabajo, el discurso que utilizan presenta limitaciones teóricas, como metodológicas.

Síntesis

Las directrices de la OMS representan una medicalización del espacio laboral. Hablar de la SM en el trabajo es caer en la reproducción de los discursos hegemónicos provenientes de las ciencias naturales que sostienen la metáfora de la salud mental. Estas directrices mantienen un enfoque positivista y biomédico de la salud, con un énfasis individualista que no considera ni integra adecuadamente la subjetividad de las personas trabajadoras ni los factores socioculturales que influyen sobre su bienestar. La OMS reconoce que las mujeres y las poblaciones marginalizadas se encuentran en posiciones desventajadas de manera proporcional, lo que las hace más propensas a recibir salarios bajos y a experimentar problemas de salud mental. Sin embargo, la OMS no aborda adecuadamente estas interseccionalidades en las directrices de SMTO, a pesar de que afirma reconocer que influyen en la salud mental de las personas. Como resultado, las directrices parecen estar más alineadas con el *control institucional* y *dispositivos de normalización* que con una verdadera promoción integral de salud mental.

A pesar de que en el texto se hace alusión a considerar las *preferencias individuales de la persona trabajadora* en diversos procesos de atender su salud mental, subyace en el texto un discurso implícito de vigilancia y control por parte de las figuras de autoridad en el contexto organizacional. Desde esta perspectiva, las directrices presentan a las personas trabajadoras

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

siempre bajo una figura de autoridad que se encuentra por encima de ellas. Este discurso no solo reproduce, sino que también refuerza la estructura jerárquica tradicional de liderazgo y subordinación, perpetuando dinámicas de poder. Además, las directrices evidencian prácticas dominadas por la estandarización, evaluación y medición excluyendo la dimensión subjetiva de las personas trabajadoras. A lo largo de este trabajo, he buscado evidenciar las ideologías y relaciones de poder que subyacen en el discurso hegemónico sobre la salud mental en el trabajo y las organizaciones.

Estoy confiada en haber cumplido el cometido. Solo al desvelar estos mecanismos y ser consciente de ellos, se abre la posibilidad de resistirlos. Mi invitación no es solo cuestionar las teorías dominantes que forman nuestro imaginario social, sino a también ser críticos de las condiciones que facilitaron su origen y que continúan sosteniéndolas. A continuación, las limitaciones de este estudio.

Limitaciones

Por la flexibilidad metodológica que permite un ACD es importante señalar que deliberadamente realicé el análisis con ocho capítulos del texto excluyendo los capítulos 2, 5, 7 y 9. Como expliqué en el capítulo de método los capítulos señalados no se revisaron en este trabajo porque esas directrices están dirigidas a personas que desempeñan ocupaciones que las ubican en un riesgo desproporcionado, como trabajadores(as) de emergencia o trabajadores(as) en situaciones humanitarias. Por otra parte, no revisé otras publicaciones sobre salud mental en contexto laboral provenientes de la OMS u otras agencias o instituciones internacionales como por ejemplo la Organización Internacional del Trabajo o la Organización Panamericana de la Salud. Como limitación teórica reconozco que la obra de Foucault es un cuerpo teórico inconmensurable que representa una complejidad inherente en el sentido de cualquier intento

interpretativo al aplicar sus conceptos en este trabajo. Esta reducción tal vez me pudo llevar a la omisión de matices para una comprensión integral de sus teorizaciones.

Recomendaciones

Como recomendación ante las limitaciones mencionadas, sugiero llevar a cabo una revisión exhaustiva del texto en su totalidad, incluyendo las secciones obviadas en este trabajo, los racionales de evidencia, consideraciones de evidencia – a – decisión, y los anejos. Por otra parte, considero importante que se revise la *“Guía de intervención mhGAP: para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada”*. Este texto se utiliza como referencia y andamiaje teórico en las directrices analizadas en este ACD, por lo que debe ser analizado para analizar su influencia teórica y metodológica sobre las directrices de SMT0. Además, insto a que se analicen otras publicaciones de la OMS sobre salud mental, como el *“Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030”* o *“Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos”* ambos textos podrían servir como material comparativo para un ACD. Esta comparación permitiría establecer puntos de convergencia y divergencia en los discursos revisados, enriqueciendo así este análisis. Asimismo, recomiendo un examen más profundo del texto *“Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud”*, también desarrollado y publicado por la OMS, con el objetivo de ampliar la discusión en torno al concepto de *discapacidad psicosocial*, el cual es utilizado de manera intercambiable en el texto analizado con el concepto de *condiciones de salud mental*.

Direcciones futuras

El ACD no solo se centra en las relaciones de poder discursivas, sino también en cómo estas relaciones y luchas de poder moldean y transforman las prácticas discursivas de la sociedad

y las instituciones (Fairclough, 1992). A medida que se han logrado avances en el reconocimiento de la salud mental como un tema de interés social, es fundamental avanzar en una crítica epistemológica y conceptual más profunda en este ámbito. Actualmente, existe un vacío significativo en el análisis de la salud mental, especialmente en relación con la definición proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el contexto de la salud mental en el trabajo y las organizaciones. La psicología ha sido criticada por su ahistoricidad conceptual y su descontextualización social, lo que limita la comprensión integral de la salud mental en contextos específicos. Por lo tanto, es imperativo que futuros estudios aborden estos vacíos, integrando enfoques históricos, subjetivos y contextuales que enriquezcan la conceptualización de la salud mental y su aplicación en entornos laborales y organizacionales.

Reflexión final

En esta investigación analicé a profundidad las prácticas discursivas relacionadas a la salud mental en el trabajo y las organizaciones centrándome en las directrices publicadas por la OMS (2022). A través del ACD, identifiqué y problematicé tres ejes temáticos fundamentales: los patrones discursivos sobre la SM en el trabajo, los discursos dominantes en este ámbito y la responsabilidad por la SM, tanto a nivel individual como social. Reflexionando sobre cómo se representó el concepto de SMTO a través de las directrices se pone en evidencia cómo la subjetividad mercantil ha tenido una sobre adaptación de las personas trabajadoras a los imperativos del rendimiento, adaptación y productividad. Según Exposto (2024) las personas trabajadoras contemporáneas viven en un *modo-automático*, característico del estilo de vida neoliberal, que se basa en el trabajo, el consumo y la vida privada. La SM se ha convertido en un concepto que denomina el bienestar normativo, el equilibrio emocional y la estabilidad

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

individual que produce la economía política que divide y jerarquiza las vidas sanas de las enfermas, locas de las cuerdas, y productivas de las improductivas.

Por lo tanto, es fundamental problematizar la utilización e individualización del concepto salud mental en el contexto laboral. Según esta autoría cuando las personas trabajadoras comienzan a presentar una inadecuación respecto a estos guiones de existencia, se habla de una crisis anímica subjetiva (individual). Fuera de la comprensión clásica del concepto de SM, el malestar y la sintomatología pueden ser resignificados como campos de subjetivación. La SM de las personas trabajadoras debe ser vista como una configuración subjetiva que se actualiza a lo largo de la vida y es influenciada por la subjetividad social. En este proceso las personas trabajadoras tienen la capacidad de organizar sus experiencias desde sus propios parámetros y posibilidades.

El concepto de la SM en el trabajo y las organizaciones por parte de la OMS y la psicología convencional ha sido utilizado a-históricamente y a-críticamente. Cuando las personas trabajadoras están ante una situación adversa en el contexto laboral no hay una dimensión objetiva sobre lo experimentado, sino que lo social se torna subjetivo en un proceso recursivo. La persona es quien debe definir la configuración subjetiva de esa situación adversa que está enfrentando, pues los fenómenos humanos no tienen causas únicas ni se remiten a solo un área de la vida de la persona (González-Rey y Mitjans-Martínez, 2016). Otra posibilidad ante esta situación adversa es que ocurra una parálisis subjetiva, en donde la persona queda atrapada en los límites de la configuración subjetiva. A través de procesos dialógicos reflexivos la persona puede generar nuevas opciones de subjetivación permitiéndole superar esa parálisis subjetiva.

Esta autoría destaca la necesidad de enmarcar la salud como un proceso social que tiene que ser entendida en su dimensión histórico – social. La perspectiva teórica de González-Rey

(2008) sobre la subjetividad como un fenómeno complejo y dinámico resonó con la necesidad de un enfoque que reconociera las interseccionalidades y las realidades diversas de las personas trabajadoras, en lugar de imponer un modelo uniforme que ignorara las particularidades de cada individuo. Por esta misma línea, la complejidad del malestar es atravesada por vectores biográficos, climáticos, urbanos, tecnológicos entre otros ensamblajes simbólicos y materiales que afectan las composiciones somáticas de las personas (Exposto, 2024). Esta autoría argumenta que el carácter heterogéneo del síntoma lo hace imposible reducir a una sola causa, ya sea el capital, el cerebro, o la catástrofe ambiental o familiar. La depresión y la ansiedad configuran el lenguaje fundamental para captar las fibras del malestar en la cultura neoliberal.

Un ejemplo de esto es el trabajo “quemador” que deviene “el síndrome del trabajador quemado” (Burnout) evidenciando cómo la SM es un problema político, íntimo y estructural. Mientras que las personas crean sus subjetividades alrededor de estas categorías proporcionadas por las instituciones, la psicología y la psiquiatría (Exposto, 2024; Foucault, 1973). El cuerpo no es simplemente un espacio en donde se registran las experiencias y circunstancias históricas, sino que estas inciden sobre las heridas psicológicas, surcos somáticos, angustias y emociones de las personas. Esto implica que nuestras vivencias emocionales y sus manifestaciones en el cuerpo están profundamente entrelazadas por el contexto cultural y social que habitemos (Exposto, 2024).

En conclusión, esta investigación ha evidenciado cómo a través del discurso biomédico la OMS utiliza la metáfora de la salud mental en el contexto laboral reproduciendo concepciones hegemónicas que deben ser problematizadas. Surge entonces la pregunta: ¿Se debe de seguir hablando de SM? Considero que se torna necesario abandonar el enfoque centrado en lo *mental* y prestar mayor atención a los factores externos que inciden sobre el bienestar colectivo e

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

individual. Las implicaciones develadas sobre la ausencia de interseccionalidad en este texto, particularmente hacia las mujeres, reproducen y cargan con estigmas históricamente adjudicados al sexo femenino e identidad de género femenina. Integrar las dimensiones sociales, políticas, culturales y económicas es imperativo para avanzar hacia un modelo que no solo promueva lo que se denomina SM, sino que también desafíe las estructuras de poder que perpetúan la desigualdad y la exclusión. Que este trabajo sirva de invitación a una reflexión crítica sobre las teorías dominantes y a la búsqueda de alternativas que reconozcan la complejidad de la experiencia humana en el ámbito clínico y laboral. Solo a través de esta crítica y de la visibilización de las relaciones de poder subyacentes es posible avanzar hacia un enfoque más inclusivo y equitativo para las personas.

REFERENCIAS

- Acero, A., Myriam, Caro, R. I., Henao, K. L., Ruiz, E. L. F., & Sánchez, V. G. (2013). Determinantes sociales de la salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 103-110.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400012&lng=en&tlng=es
- Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. (2019). *Informe mensual estadístico de clientela atendida en los programas de servicio de la ASSMCA hasta junio 2019*. Gobierno de Puerto Rico, Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. <https://docs.pr.gov/files/ASSMCA/Estadísticas/AF%202018-2019/Clientela%20Atendida%20ASSMCA%20%20AF%2018-19.pdf>
- Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. (2020). *Informe mensual estadístico de clientela atendida en los programas de servicio de la ASSMCA hasta junio 2020*. Gobierno de Puerto Rico, Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. <https://docs.pr.gov/files/ASSMCA/Estadísticas/AF%202019-2020/Clientela%20Atendida%20ASSMCA%20AF%2019-20.pdf>
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2024). *Riesgos psicosociales y salud mental en el trabajo*. OSHA Europa.
<https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-mental-health>
- Águila – Soto. (2020). Mindfulness e investigación psicológica positivista: críticas y alternativas. *Psychology, Society, & Education*, 12(1), 57–69.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

- Andrade – Jaramillo, V. (2013). Creando subjetividades laborales: implicaciones del discurso psicológico en el mundo del trabajo y las organizaciones. *Psicología y Sociedad*, 25(1), 185-192.
- Arribas-Ayllon, M., & Walkerdine, V. (2017). Foucauldian discourse analysis. In *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*, (0), (110-123). SAGE Publications Ltd, <https://doi.org/10.4135/9781526405555>
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., & Tindall, C. (2004). *Métodos cualitativos en psicología*. Centro Universitario de las Ciencias Sociales.
- Bello, P. C., Albarrán, D. M. C. M., Martínez, A. D. L. C., Vargas, D. J., & Miranda, M. C. (2023). Salud mental para la prevención de consumo de sustancias adictivas en adolescentes de bachillerato. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política Y Valores*, 3(10), 1-16. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v10i3.3591>
- Benach, J., Vives, A., Tarafa, G., Delclos, C., & Muntaner, C. (2016). What should we know about precarious employment and health in 2025? Framing the agenda for the next decade of research. *International Journal of Epidemiology*, 45(1), 232-238. doi: 10.1093/ije/dyv342
- Bernardo, M. H., Souza, H. A., Garrido-Pinzón, J., & Kawamura, E. A. (2015). Salud mental relacionada con el trabajo: desafíos para las políticas públicas. *Universitas Psychologica*, 14(5), 1613-1624. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-5.smr>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braunstein, N. (29 de marzo 2015). La Psiquiatría se burocratizó y se abstiene de entender el dolor. *Clarín, Opinión*. <https://www.clarin.com/opinion/salud-mental-dsm5->

- farmacologia-trastornos-psicologicos-medicalizacion_0_SkY9w-5wmx.html?srsltid=AfmBOopDilKWKQuBMpZsY0Abv_gnreRNQvt7s9xpM79_7c9WUkY233gN
- Brown, C. (2021). Critical clinical social work and the neoliberal constraints on social justice in mental health. *Research on Social Work Practice, 31*(6), 644–652.
<https://doi.org/10.1177/1049731520984531>
- Carmona, J. (2012). El foro de salud mental y la salud comunitaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 32*(114), 221–222. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000200001>
- Castiel, LD., & Álvarez-Dartel, C. (2007). La salud persecutorial. *Revista Saúde Pública, 41*(3), 461–466. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JWMy7FyCJxs75kyQWXMjDHq/?lang=es>
- Castro, E. (2011). *Diccionario Foucault*. Veintiuno Editores.
- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *CS Ciencias Sociales, 11*(1), 73 - 114.
<https://www.proquest.com/scholarly-journals/salud-mental-sin-sujeto-sobre-la-expulsión-de/docview/1428282012/se-2>
- Centro de Periodismo Investigativo. (2022). Una pesadilla para los puertorriqueños conseguir hogar, mientras otros acaparan propiedades.
<https://periodismoinvestigativo.com/2022/12/una-pesadilla-para-los-puertorriquenos-conseguir-hogar-mientras-otros-acaparan-propiedades/>
- Chamberlain, K., & Murray, M. (2017). Health psychology. In *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology* (pp. 431-449). SAGE Publications Ltd,
<https://doi.org/10.4135/9781526405555>

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

- Chapela, M. del C. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En E. C. Jarillo y E. Guinsberg (eds.), *Temas y desafíos en salud colectiva*. (pp.374-373) Lugar Editorial.
- Chopra, P. (2009). Mental health and the workplace: issues for developing countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 3(1), 1 -9. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-3-4>
- Clayton, S., Manning, C. M., Speiser, M., & Hill, A. N. (2021). Mental Health and Our Changing Climate: Impacts, Inequities, Responses. *American Psychological Association* <https://www.cmhnetwork.org/wp-content/uploads/2022/01/mental-health-climate-change-2021-ea-apa.pdf>
- Conteo de Personas Sin Hogar en Puerto Rico. (2024). <https://aldia.microjuris.com/wp-content/uploads/2024/07/PRESENTACION-CONTEO-2024-AMBOS-COC-EENDPPD.pdf>
- Cuervo-Barreto, C. (2019). *Crítica histórico-epistemológica y sociopolítica del concepto de salud mental de la OMS en el año 2013, a partir del análisis de diferentes definiciones contemporáneas de salud*. [Tesis de maestría] Universidad del Rosario, Colombia. https://doi.org/10.48713/10336_19300
- Dain, N. (1954). Concepts of mental hygiene: A historical view. *Bulletin of the History of Medicine*, 28(4), 360-378.
- Danziger, K. (1997). *Naming the Mind: How Psychology Found Its Language*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781446221815>
- Devisch, I. (2012). Co-responsibility: A new horizon for today's health care? *Health Care Analysis*, 20, 139–151.

- Díaz - Gómez, A. & González Rey, F. (2005). Subjetividad: Una perspectiva histórico cultural. *Conversación con el psicólogo cubano Fernando González Rey. Univ. Psychol. Bogotá*, 4(3), 373 – 383.
- Dietrich, S., Deckert, S., Ceynowa, M., Hegerl, U., & Stengler, K. (2012). Depression in the workplace: a systematic review of evidence-based prevention strategies. *International archives of occupational and environmental health*, 85(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1007/s00420-011-0634-7>
- Doldor, E., Silvester, J., & Atewologun, D. (2017). Qualitative methods in organizational psychology. In *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*, (2-32). SAGE Publications Ltd, <https://dx.doi.org/10.4135/9781526405555>
- Elraz, H., y McCabe, D. (2023). Invisible minds: The dominant wellbeing discourse, mental health, bio-power and chameleon resistance. *Organization*, 30(3), 490–509.
<https://doi.org/10.1177/13505084221145580>
- European Climate and Health Observatory. (2022). *Efectos del cambio climático sobre la salud mental*. <https://climate-adapt.eea.europa.eu/es/observatory/evidence/health-effects/mental-health-effects>
- Exposto, E. (2024). Teoría crítica de la “salud mental”: hacia una política de los sintomáticos. *Crítica y Resistencias Revista de conflictos sociales latinoamericanos*, 18 (128-148).
<http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25250841/n2la05brb>
- Fairclough, N. (1989). *Language and power*. Longman Group UK Limited.
- Fairclough, N. (1992). Michel Foucault and the Analysis of Discourse. *Discourse and Social Change*. 37 -61.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Fairclough, N. (1993). Critical discourse analysis and the marketization of public discourse: the universities. *Discourse & Society*, 4(2), 133-168.

Ferro, R. (2010). Salud mental y poder un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 47-62.

Firouzbakht, M., Tirgar, A., Oksanen, T., Kawachi, I., Hajian-Tilaki, K., Nikpour, M., Moudi, S., & Sadeghian, R. (2018). Workplace social capital and mental health: a cross-sectional study among Iranian workers. *BMC Public Health*, 18(1), 1-6.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5659-3>

Foucault, M. (1972). *The Archaeology of Knowledge & Discourse on Language*. Panthenon Books.

Foucault, M. (1973-1974). *El Poder Psiquiatrico: Curso en el College de France*. Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1978). *La verdad y las formas jurídicas*. Editorial Gedisa S.A.

Foucault, M. (1981). *History of Sexuality*, vol. 1. Harmondswonh: Penguin Books.

Foucault, M. (2001). *Dits et Écrits II – 1976-1988*. Quarto Gallimard.

Freire, P., Horovath, S., Macedo, D., y Giroux, H. (1989). *Alfabetización. Lectura de la palabra y lectura de la realidad*. Paidós-MEC.

Gañán Moreno, A., Moreno Cabezas, S. C. y Orejuela Gómez, J.J. (2022). Reflexiones críticas sobre las teorías de placer, sufrimiento y malestar desde la psicodinámica y las clínicas del trabajo. *Psicoespacios*, 16(28). <https://doi.org/10.25057/21452776.1456>

Garavito G., M. C., y Villamil L., A. F. (2017). Vida, cognición y sociedad: La teoría de la autopoiesis de Maturana y Varela. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10 (2), 145-155.
<https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1253>

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

- García-Ramos, T., Díaz-Jurabe, R., y Santiago-Estrada, S. (2013). Historicidad crítica de la psicología industrial/organizacional: hacia una nueva psicología del trabajo y las organizaciones. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 146-179.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-417X2013000100008&script=sci_arttext
- García-Ramos, T. & Guzzi, A. (2018). Fenómenos psicosociales en el contexto organizacional. En Zanelli, J. C. & Kanan L. A. (Eds.). *FATORES DE RISCO, PROTEÇÃO PSICOSSOCIAL E TRABALHO: Organizações que emancipam ou que matam* (p. 69-91). UNIPLAC editora.
- García - Zabaleta, O. (2018). Los problemas y limitaciones del DSM-5. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 27, 367–391.
- Gaudiano, B. A. (2008). Cognitive-behavioral therapies: achievements and challenges. *Evidence-based mental health*, 11(1), 5–7. <https://doi.org/10.1136/ebmh.11.1.5>
- Global Wellness Institute. (2020). Global Wellness Institute Finds Mental Wellness Is a \$121 Billion Market. *Global Wellness Institute*. <https://globalwellnessinstitute.org/press-room/press-releases/gwi-finds-mental-wellness- is-a-121-billion-market/>
- Gómez-Bernal, V. (2014). Análisis de la discapacidad desde una mirada crítica: Las aportaciones de las teorías feministas. *Estudios pedagógicos Valdivia*, 40(2), 391-407. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052014000300023>
- Gómez, M. (2014). La Privatización de la salud mental. *80 Grados*. <https://www.80grados.net/la-privatizacion-de-la-salud-mental/>
- Gómez, R. D. (2002). La noción de “salud pública”: Consecuencias de la polisemia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(1), 101-116.
- González, R. (2020). Crisis de deuda y salud mental en Puerto Rico: Un análisis social. *Journal*

- of Puerto Rican Studies*, 26(2), 112-130.
- González Rey, F. (1997a). La subjetividad social y su expresión en la enseñanza. *Temas en psicología*, (3) 95 – 107.
- González Rey, F. (1997b). *Epistemología Cualitativa y Subjetividad*. Editora da Sao Paulo. PUC-SP.
- González Rey, F. (2007). *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural*. Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4(2), 225–243.
- González Rey, F. (2009). Epistemología y Ontología un debate necesario para la psicología de hoy. *Revistas Diversitas Perspectivas en psicología*, 5(2), 205–223.
- González Rey, F. (2011). Sentidos subjetivos, lenguaje y sujeto: avanzando en una perspectiva postracionalista en psicoterapia. *Revista di psichiatria*, 46(5), 310 – 314.
- González Rey, F. (2013). *O pensamento de Vigotsky: contradições, desdobramentos e desenvolvimento*. Hucitec.
- González Rey, F. y Mitjánz Martínez, A. (2015). Una epistemología para el estudio de la subjetividad: Sus implicaciones metodológicas. *Psicoperspectivas*, 15(1), 5-16. doi: 10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL15- ISSUE1-FULLTEXT-667
- González Rey, F. (2022). La subjetividad en psicología: su importancia para una psicología crítica. *Caminando por las verdades de la psicología*, 29–46.
<https://doi.org/10.18046/EUI/ee.3.2022>
- González Rey, F. y Mitjánz Martínez, A. (2017). El desarrollo de la subjetividad: una alternativa frente a las teorías del desarrollo psíquico. *Papeles de Trabajo sobre Cultura, Educación*

y Desarrollo Humano, 13(2), 3-20.

http://fernandogonzalezrey.com/images/PDFs/producao_biblio/fernando/artigos/teoria_da_subjetividade/Desarrollo-de-la-Subjetividad.pdf

Goulart, D. M., González Rey, F., & Patiño Torres, J.F. (2019). El estudio de la subjetividad de profesionales de la salud mental: Una experiencia en Brasilia. *Athenea Digital*, 19(3), 1-21. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2548>

Goulart, D. M., & González Rey, F. (2020). Subjetividad, sujeto y salud mental: Un estudio de caso más allá de la lógica de la patología. *Revista Alternativas Cubanas en Psicología*, 8(23), 14–35.

Hacking, I. (2006). Making up people. En T.C. Heller (Ed.). *Reconstructing individualism: Autonomy, Individuality and the Self in Western Thought* (pp. 161-171). Stanford University Press.

Hanisch, C. (1969). Lo personal es político. *Movimiento clásico de la Liberación de la mujer*. <http://www.carolhanisch.org/CHwritings/PIP.html>

Hernández, O. (2008). La subjetividad desde la perspectiva histórico-cultural: un tránsito desde el pensamiento dialéctico al pensamiento complejo. *Revista Colombiana de Psicología*, 2(17), 147- 160.

Igarashi, Y. (2022). Health Psychology Towards critical psychologies for well-being and social justice. *Handbook of Critical Psychology*, 173–181.

Junta de Supervisión y Administración Financiera para Puerto Rico. (2021). *Proceso de reestructuración de la deuda de Puerto Rico*. <https://juntasupervision.pr.gov/deuda/>

Kishore, N., Marqués, D., Mahmud, A., Kiang, M. V., Rodriguez, I., Fuller, A., Ebner, P., Sorensen, C., Racy, F., Lemery, J., Maas, L., Leaning, J., Irizarry, R. A., Balsari, S., &

- Buckee, C. O. (2018). Mortality in Puerto Rico after Hurricane Maria. *New England Journal of Medicine*, 379(2), 162-170. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1803972>
- Lacaz, F. A. C. (2007). O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 757–766.
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L., & Schaufeli, W. B. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 220–234. <https://doi.org/10.1037/a0027049>
- LaMontagne, A., Martin, A., Page, K., Reavley, N., Noblet, A., Milner, A., Keegel, T., & Smith, P. (2014). Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry*, 14(131) 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-131>
- Leka, S., Jain, A., Iavicoli, S., & Di Tecco, C. (2015). An Evaluation of the Policy Context on Psychosocial Risks and Mental Health in the Workplace in the European Union: Achievements, Challenges, and the Future. *BioMed research international*. 1-18. <https://doi.org/10.1155/2015/213089>
- Leotti, S. M., Sugrue, E. P., y Wings-Yanez, N. (2022). Unpacking the worlds in our words: Critical discourse analysis and social work inquiry. *Qualitative Social Work*, 21(2), 260-276. <https://doi.org/10.1177/1473325021990860>
- Limenh G, MacDougall A, Wedlake M, Nouvet E. (2023). Depression and Global Mental Health in the Global South: A Critical Analysis of Policy and Discourse. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*. 54(2), 95-107. [doi:10.1177/27551938231220230](https://doi.org/10.1177/27551938231220230)

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

- Lopera, J.D. (2015). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 32(1), 11–20.
- López, S. (25 de septiembre de 2023). Aumenta el nivel de pobreza en Puerto Rico. *El Vocero de Puerto Rico*. https://www.elvocero.com/economia/aumenta-el-nivel-de-pobreza-en-puerto-rico/article_8ebe605a-57ba-11ee-aa0a-73eda9c0155c.html
- Lyons, A., & Chamberlain, K. (2017). Critical Health Psychology. *The Palgrave Handbook of Critical Social Psychology*. DOI 10.1057/978-1-137-51018-1_26
- Marrero-Centeno, J. J. (2018). *La relación entre la percepción de precariedad laboral y el bienestar subjetivo de los trabajadores/as en Puerto Rico*. [Disertación doctoral, Universidad de Puerto Rico, Rio Piedras] ProQuest Dissertations & Theses.
- Marrero-Centeno, J. J. and García-Ramos, T. (2019). Precariedad laboral: aproximaciones teóricas e histórico sociales en el contexto de puerto rico. *Psicología Desde El Caribe*, 35(4), 63-79. <https://doi.org/10.14482/psdc.35.4.306.81>
- Martín López, L. (2015). Entrevista a Laura Martín López-Andrade, de la revolución delirante. *Revista de encuentro 2015 Confederación de salud mental de España*. <https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/entrevista-laura-lopez-andrade/>
- Martín López, L. (2022, June 29-30). *Escuchar el malestar: Apuntes sobre salud mental*. Institut D'Humanitats De Barcelona - CCCB. Barcelona, España.
- Martínez-Taboas, A. (2014). Practicas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y retos para Latinoamerica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 63-78. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5278232.pdf&ved=2ahUKEwifraKT_cuJAxUDmYQIHx2iL98QFnoECDMQAQ&usg=AOvVaw20WFhZzi2t8j_3I7hyo1KV

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

- Marks, D. F. (2002). Freedom, Responsibility and Power: Contrasting Approaches to Health Psychology. *Journal of Health Psychology*, 7(1), 5–19.
- Mateos-Carrascos, E., y Mateos-Rodríguez, J. (2019). Salud Mental y Salud Laboral. Relaciones: Revision, diagrama y análisis DAFO para una visión global. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* 28(2), 159-168. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S3020-11602019000200009
- Matos-Rivera, I.A. (2023). *El tratamiento compulsorio en la Ley 480 de salud mental de Puerto Rico: Voces desde su implementación*. [Disertación Doctoral, Universidad de Puerto Rico]. Repositorio UPR.
- Maturana, H., y Varela, F. (1994). *De máquinas y seres vivos: Autopoiesis: La organización de lo vivo*. Lumen. https://des-juj.infed.edu.ar/sitio/educacion-emocional-2019/upload/De_maquinas_y_Seres_Vivos_-_Maturana.pdf
- McDaid, S. (2010). Redefining empowerment in mental health: an analysis using Hannah Arendt's power concept. *Journal of Power*, 3(2), 209–225. doi:10.1080/17540291.2010
- Melero-Aguilar, N. (2011). El paradigma crítico y los aportes de la investigación participativa en la transformación de la realidad social: Un análisis de las ciencias sociales. *Cuestiones Pedagógicas* 21, 339-355.
- Mertens, D.M. (2009). Transformative Research and Evaluation. *Resilience, Resistance and Complexities That Challenge*. (pp.9-42). The Guilford Press.
- Molina-Bulla, C. I., & Córdoba, S. N. (2021). Salud mental, COVID-19 y la respuesta en Colombia en el marco de la política de salud mental. *RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 18(3), 130-148. <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i3.6833>

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

- Montalbán-Ríos, E. (17 de junio de 2022). El aumento de la luz amenaza al sector comercial. *El Vocero*. https://www.elvocero.com/economia/otros/el-aumento-de-la-luz-amenaza-al-sector-comercial/article_52d426ae-edcd-11ec-b405-87186b9013b1.html
- Montero, M. (2009, junio). *Del enfoque psicosocial comunitario al enfoque clínico-comunitario: Situar la praxis en América Latina* [Conferencia presentada]. XXXII Congreso Interamericano de Psicología, Ciudad de Guatemala.
- Morales-Arandes, E. (2015). Reflexiones Sobre el Artículo “El estado de la ciencia de la psicoterapia en Puerto Rico: ¿Una copa media llena o media vacía? *Ciencias de la conducta*, 30(1), 124 – 133.
<https://cienciasdeconducta.org/index.php/cdc/article/view/84>
- Morales-Arandes, E. (2021). Mindfulness as an embodied relational resource in psychotherapy. En Aristegui, R., Garcia Campayo, J., & Barriga, P. (Eds.), *Relational mindfulness - fundamentals and applications* (pp.189-206). Springer.
- Moreno-Jiménez, B., Báez-León, C. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*, 17 – 23.
- Moreno-Jiménez, B. (2014) Los riesgos laborales psicosociales: marco conceptual y contexto socioeconómico. *ORP Journal* 1(1), 4-18.
<https://www.orpjournal.com/index.php/ORPjournal/article/view/7/19>
- Morin, E. (2004). La epistemología de la complejidad. *Gazeta de Antropología*, (20)2, 1-15.
https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/7253/G20_02Edgar_Morin.pdf?sequence=10&isAllowed=y (Trabajo original publicado 1999).

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

- Mulgan, G. (20 de abril de 2021). Here's how your mental health depends on collective wellbeing. *World Economic Forum*. <https://www.weforum.org/agenda/2021/04/your-mental-health-depends-on-collective-wellbeing/>
- Mullet, D. R. (2018). A General Critical Discourse Analysis Framework for Educational Research. *Journal of Advanced Academics*, 29(2), 116–142.
doi:10.1177/1932202x18758260
- Muñoz Colón, A. R. (2017). La semántica de la salud mental. *Psicologías*, 1, 4–15.
<https://revistas.upr.edu/index.php/psicologias/article/view/15757>
- Murphy, J. K., Noble, J. M., Chakraborty, P. A., Michlig, G., Michalak, E. E., Greenshaw, A. J., et al. (2023). Values and preferences related to workplace mental health programs and interventions: An international survey. *PLoS ONE*, 18(9), 1-26.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283057>
- Naciones Unidas. (2016). No discriminación: grupos en situación de vulnerabilidad, Relator especial sobre el derecho de toda persona a la salud física y mental. *Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado*. <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health/non-discrimination-groups-vulnerable-situations>
- National Collaborating Center for Determinants of Health. (2022). Let's Talk: Intersectionality. Antigonish, NS: NCCDH, St. Francis Xavier University.
<https://nccdh.ca/resources/entry/lets-talk-intersectionality>
- National Institute of Health. (2023, marzo 20). Mental Health During the Covid-19 Pandemic.
<https://covid19.nih.gov/covid-19-topics/mental-health#:~:text=In%20a%202021%20study%2C%20nearly,the%20beginning%20of%20the%20pandemic.>

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

National Institute of Health. (2024). *Caring for your mental health*.

<https://www.nlm.nih.gov/health/topics/espanol/el-cuidado-de-su-salud-mental/el-cuidado-de-su-salud-mental>

Oliveira, F. de, Sato, L., Queiroz, C. C., Sakô, D. H., Oliveira, F. M., Bastos, J. A., Andrada, C.

F., & Mortada, S. P. (2018). Pesquisa-Intervenção Participativa com trabalhadores da unidade de manutenção de uma universidade pública: Precarização, memória e resistência. *Revista Brasileira De Saúde Ocupacional*, 43(1), 1–9.

<https://www.scielo.br/j/rbso/a/vv6pxfJY35zxWDZ59Ygtq9S/?format=pdf&lang=pt>

Organización Internacional del Trabajo. (1986). Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. *Seguridad, Higiene, Y Medicina del Trabajo*.

<http://www.factorpsicosociales.com/wp-content/uploads/2019/02/FPS-OIT-OMS.pdf>

Organización Internacional del Trabajo. (2018). La economía informal emplea más de 60 por ciento de la población activa en el mundo. *Economía informal*.

<https://www.ilo.org/es/resource/news/la-economia-informal-emplea-mas-de-60-porciento-de-la-poblacion-activa-en>

Organización Internacional del Trabajo. (2021, octubre 20). Las desigualdades y el mundo del trabajo. *Conferencia Internacional del Trabajo, 109, reunión 201*.

https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_norm/%40relconf/documents/meetingdocument/wcms_792136.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Preámbulo de la Constitución de la Asamblea*

Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Organización Mundial de la Salud. (1958). *Los diez primeros años de la OMS*.

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241560146>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Guía de intervención mhGAP: para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. *Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental*.

(1-83). <https://www.who.int/es/publications/i/item/978924154806>

Organización Mundial de la Salud. (2022). WHO Guidelines on mental health at work. *Geneva:*

World Health Organization. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-005305-2

Ortega Bolaños, J. A. (2018). Las políticas de salud, un campo de estudio transdisciplinar.

Revista De Salud Pública, 20(5), 649–654. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v20n5.73891>

Parker, I. (2007). *Revolution in psychology: Alienation to emancipation*. London: Pluto Press.

Parker, I. (2020). La psicología crítica como psicología histórica-cultural: Las dimensiones políticas y las limitaciones del conocimiento psicológico. *Tesis Psicológica*, 15(2), 1-22.

Pérez-Dalameda, M.E., y Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas.

Revista Española de Discapacidad, 7(1), 7-27. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.07.01.01>

Porras-Velásquez, N. (2017). Análisis de la relación entre la salud mental y el malestar humano en el trabajo. *Equidad y desarrollo*, 29, 161–178.

Porras, N. R. (2013). Inserción laboral y salud mental: una reflexión desde la psicología del trabajo. *Revista Tesis Psicológica*, 8(2), 98–117.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

- Prieto – Rodríguez, A. (2002). Salud mental: Situación y tendencias. *Revista de Salud Pública*, 4(1), 74 – 88. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000100005
- Prilleltensky, I. (1990). Psychology in Industry: Origins and Sociopolitical Implications. *Critical Sociology*, 17 (2), 73-91.
- Prilleltensky, I., & Nelson, G. (2002). Doing psychology critically: Making a difference in diverse settings. Palgrave Macmillan. doi:10.1007/978-1-4039-1462-0
- Puerto Rico Oversight, Management, and Economic Stability Act. (2016). S.2328 Pub. L. No. 114 – 187. <https://www.congress.gov/bill/114th-congress/senate-bill/2328>
- Pulido-Martínez, H.C., y Sato, L. (2013). Y entonces ¿esto de la crítica qué es? De las relaciones entre la psicología y el mundo del trabajo. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1355-1368. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n4/v12n4a28.pdf>
- Pulido-Martínez, H.C., y Carvajal-Martín, L.M. (2013). Riesgos psico-laborales y subjetividad: tensiones contemporáneas entre patologización y despatologización en los discursos psicológicos. *Quaderns de psicologia. International journal of psychology* 15(1), 69-80. <https://raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/view/292548>.
- Quiles, C., & Moscoso, L. (2020). Trauma recurrente: Las consecuencias del cambio climático en la salud mental de Puerto Rico. *Centro de Periodismo Investigativo*. <https://periodismoinvestigativo.com/2020/09/salud-mental-puerto-rico-cambio-climatico/>
- Real Academia Española. (2024). Discapacidad. *En Diccionario de la lengua española 23ed*. <https://dle.rae.es/discapacidad#>

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Red Nacional de la ADA. (2018). Condiciones de salud mental en el lugar de trabajo y la ADA.

https://adata.org/sites/adata.org/files/files/Mental_Health_Conditions_final2018_Spanish%20.pdf

Reed, G.M. (2024). What's in a name? Mental disorders, mental health conditions and

psychosocial disability. *World Psychiatry*, 23(2). 209-210. doi: 10.1002/wps.21190.

Restrepo, D., & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de Salud Mental en el Campo de la Salud

Pública. *Revista de salud pública*, 30(2), 202–211.

Rivera-Díaz, M. (2017). Justicia Ambiental, Desigualdad y Pobreza en Puerto Rico, Salud

Mental. *Instituto Caribeño de Derechos Humanos y Clínica Internacional de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana de Puerto Rico*, 136 – 140.

Rivera-Mass, E., Fernandez-Cornier N., Torres-Rivera, A., Parrilla-Cruz, C. (2003). Análisis de la Salud de Puerto Rico, Salud Mental. *ASSMCA*.

https://estadisticas.pr/files/BibliotecaVirtual/estadisticas/biblioteca/ASSMCA/ASSMCA_analisis_salud_mental.pdf

Rodríguez-Banch, M. (2021). Crónica de la deuda de Puerto Rico. *Revista Digital de*

Democracia Socialista. <https://www.momentocritico.org/post/crónica-de-la-deuda-de-puerto-rico>

Rodríguez-Camejo, J., García-Ramos, T. & Santiago-Estrada, S. (2019). Sentidos subjetivos en

el proceso de enseñanza de un maestro: Un estudio de caso. *Revista Puertorriqueña de psicología*. 30(2), 322 – 340. <https://www.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/580>

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

- Rodríguez, M., y Couto, M.D. (2013). Contexto histórico del concepto de la diversidad funcional: Modelos y paradigmas. *OUDOUS Científica*, 14(1), 46-62.
<http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol14-n1/art06.pdf>
- Rullán, J. (2024). Crisis de salud mental en Puerto Rico. *El Vocero*.
https://www.elvocero.com/gobierno/agencias/sin-duda-hay-una-crisis-de-psiquiatras/article_9e44c706-b711-11ee-91f1-0f2142196737.html
- Salas-Díaz. (2023). The Experience of Mindfulness and its application in the workplace: An Exploratory Study. [Tesis de maestría inédita] Universidad de Puerto Rico.
- Salas, S. Y. M., López, C. M. R., y Juvinao, D. D. L. (2022). Responsabilidad social en la red de salud de la guajira colombiana. *Revista Colombiana De Ciencias Sociales*, 13(1), 173-191. <https://doi.org/10.21501/22161201.3643>
- Salanova, M., Martínez, I. M., & Llorens, S. (2014). Una mirada más “positiva” a la salud ocupacional desde la Psicología Organizacional Positiva en tiempos de crisis: Aportaciones desde el Equipo de Investigación WoNT. *Papeles del psicólogo*, 35(1), 22-30.
- Sanzillo, T. (2022). Cinco años después del huracán María, el progreso lo están haciendo las personas, no las instituciones. *Institute for Energy Economics and Financial Analysis*.
<https://ieefa.org/resources/cinco-anos-despues-del-huracan-maria-el-progreso-lo-estan-haciendo-las-personas-no-las#:~:text=El%2020%20de%20septiembre%20se,causó%20más%20de%204%2C000%20muertes.>

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

- Seligmann-Silva, E. (2011). Trabajo e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. *Rev. Bras. Saúde Ocup*, 36(124), 297-299. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000200014>
- Senado de Puerto Rico. (25 de junio de 2019). Resolución del Senado 907 Problemas que enfrentan pacientes de salud mental para recibir los servicios de cuidado a través de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). *Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico*.
https://senado.pr.gov/document_vault/session_diary/194/document/062819.pdf
- Silva-Villavicencio, E. R. (2020). Salud mental global, hegemonía y desinstitucionalización psiquiátrica en Ecuador. *Acta Hispanica*, 249–262.
<https://doi.org/10.14232/actahisp.2020.0.249-262>
- Strega, S. (2005). The view from the post-structural margins. In: Brown LA and Strega S (eds) *Research as Resistance: Critical, Indigenous and Anti-Oppressive Approaches*, 199–236.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023). What is Mental Health?
<https://www.samhsa.gov/mental-health#>
- Suzuki, E., Takao, S., Subramanian, S. V., Doi, H., & Kawachi, I. (2009). Work-based social networks and health status among Japanese employees. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(9), 692-696. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.082453>
- Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113–118.
<https://doi.org/10.1037/h0046535>
- Torres, L. (2019). La salud mental en el contexto colonial de Puerto Rico. *Psicología y Sociedad*, 18(3), 27-40.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

- Torres-Rivera. (2016). La llegada de promesa a Puerto Rico: Junta de Control Fiscal como Como Mecanismo Para Acentuar La Relación Colonial Y Territorial. *Revista Jurídica U.I.P.R* 11(1) 37-50.
- Thompson, A. N., Fugard, M. I., & Kirsh, B. (2021). Organizational Workplace Mental Health: An Emerging Role for Occupational Therapy. *Occupational Therapy in Mental Health*, 37(3), 240–263. <http://dx.doi.org/10.1080/0164212X.2021.1908925>
- Universidad Autónoma de Madrid. (2022). La OMS Publica unas nuevas directrices mundiales sobre salud mental en el trabajo. *UAM Gazette*.
<https://www.uam.es/uam/investigacion/cultura-cientifica/noticias/directrices-salud-mental>
- Urra, E., Muñoz, A., & Peña, J. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería universitaria*, 10(2), 50–57. Recuperado en 02 de noviembre de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200004&lng=es&tlng=es.
- Van Dijk, T.A. (2001). Critical discourse analysis. In: Schiffrin D, Tannen D and Hamilton HE (eds) *The Handbook of Discourse Analysis*. Malden, MA: Blackwell Publishing, 352–371.
- Van Dijk, T. A. (2015). Critical discourse analysis. En Schiffrin, D., Tannen, D., & Hamilton, H. *The handbook of discourse analysis*, (352–371), Blackwell Publisher.
- Velázquez, M. N. (2024). Resumen Económico de Puerto Rico: Empleo y Desempleo. *Junta de Planificación*.4(6) 14.

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

https://www.estadisticas.pr/files/inventario/resumen_economico/2024-09-12/Revista-Resumen-Economico-jun-2024.pdf

Vázquez, C., & Hervás, C. (2008). Salud Mental Positiva, del síntoma al bienestar. *Psicología positiva aplicada*. (pp.17-39). Bilbao: Desclee de Brower.

Vélez, G. (8 de agosto de 2023). Puerto Rico y la fábrica de pobreza, *El Nuevo Día*.

<https://www.elnuevodia.com/opinion/hablemos-de-economia/notas/puerto-rico-y-la-fabrica-de-pobreza/>

Villasana-López, P. E. (2006). Aproximación a la noción salud en la globalización desde la epistemología de Edgar Morin. *Salud de los Trabajadores*, 14(1), 77–88.

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382006000100008&lng=es&tlng=es.

Vygotsky, L. (1987). Thinking and speech. En R. Rieber y A. Carton (Eds.), *The collected works of L. S. Vygotsky, Vol. I*. (pp. 43-287). Plenum.

Vygotsky, L. (1994). The problem of the environment. En R. Van Der Veer y J. Valsiner (Eds.), *The Vygotsky reader* (pp. 338-354). Blackwell Publications.

Wiscovitch Padilla, J. (2024). A su suerte las personas sin hogar ante el calor extremo. *Centro de Periodismo Investigativo*. <https://periodismoinvestigativo.com/2024/08/calor-extremo-sinhogarismo-cambio-climatico-salud/>

Wu, A., Roemer, E. C., Kent, K. B., Ballard, D. W., & Goetzel, R. Z. (2021). Organizational Best Practices Supporting Mental Health in the Workplace. *Journal of occupational and environmental medicine*, 63(12), 925–931.

<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002407>

Anejos

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Análisis Crítico del Discurso – Anejo 1

Capítulo 1: Recomendaciones para intervenciones organizacionales – Universales						
Número de fragmento	Eje temático	Fragmento	Diálogo del fragmento con autores de RL	Diálogo del fragmento con autores de MT (Subjetividad)	Discusión del fragmento de parte de la autora	Temas emergentes
1	Que patrones discursivos se emplean en las representaciones de SMTO	Evaluaciones sobre factores de riesgo psicosociales que estén afectando la salud física y mental de las personas trabajadoras deben de integrarse en los protocolos, evaluaciones y monitoreo continuos en el trabajo (OMS, 2022, p.12)	Los riesgos psicosociales son definidos por la OIT (1986) como "las interacciones entre el contenido, la organización y la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, por un lado y las funciones y necesidades de los trabajadores por el otro. Estas interacciones podrían ejercer una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencia. Es decir, todo lo que pueda repercutir en situaciones fisiológicas y mentales.	Según González - Rey (2008) la subjetividad social es la forma en que se integran sentidos subjetivos y configuraciones subjetivas de diferentes espacios sociales. Es decir, la organización subjetiva de las situaciones generacionales expresa sentidos subjetivos en los que participan emociones y procesos simbólicos configurados en la subjetividad individual de las personas a partir de su acción en otros espacios de la subjetividad individual.	Este fragmento reconoce el trabajo como un riesgo a la salud física y psicológica de las personas. Es el equivalente a el diagnóstico clínico en el contexto organizacional. Se crean evaluaciones con el fin de diagnosticar psicosocialmente a una organización para establecer acciones rectificadoras. En este caso también hablamos de un fenómeno social (como la noción de SM) que tiene efectos directos sobre el individuo. La OIT (1986) aquí reconoce que los factores psicosociales de riesgo están mediados por la percepción, la experiencia y la biografía personal.	Factores de riesgo en el trabajo Responsabilidad organizacional
2	Discursos dominantes SMTO	Las intervenciones organizacionales universales son intervenciones que pueden ser aplicadas de manera universal, es decir, a todo un determinado grupo de trabajo o entorno laboral (OMS, 2022, p.12).	En este fragmento busca eliminar sentidos temas claves que tienen como estrategia minimizar toda situación de salud mental que pueda interferir con la ejecución de las labores de las personas trabajadoras. Además, tiene una estrecha relación con el discurso capitalista. Pues hay un énfasis implícito sobre iniciativas organizacionales y valores individualistas para fomentar a un nivel meso y micro la autogestión y autosuficiencia de las personas trabajadoras con la finalidad de obtener una efectividad laboral. Dentro de este primer eje hay congruencia con la revisión de literatura y el tercer eje de análisis de este trabajo pues hay un patrón discursivo en el énfasis de la autogestión personal versus la responsabilidad colectiva para la salud mental. Según el Global Wellness Instituto (2020) el contexto externo a un nivel macro es un gran determinante de la salud mental de las personas; pues es lo que permite u obstaculiza nuestra salud mental.	Este fragmento parte del supuesto de que las intervenciones pueden ser aplicadas a todas las personas sin importar las diferencias individuales/ subjetivas, contextuales o culturales; esta declaración denota el querer cumplir con el principio de neutralidad que materializa el positivismo (saber objetivo) en la escisión sujeto-objeto en el campo del conocimiento (González-Rey, 2008 p.227).	Las intervenciones que son proclamadas como universales deja a un lado necesidades individuales o específicas de las personas. Si bien pueden beneficiar a todo un espacio laboral es posible que no sean igualmente efectivas para todas las personas por diferentes factores. Que una intervención sea efectiva en un lugar por diferencias contextuales o culturales puede no ser efectiva en otro.	Contextualización
3	A quién se responsabiliza por la SM (I/S)	Sin embargo, las personas responsables de implementar intervenciones organizacionales deben supervisar el impacto de los cambios en los trabajadores para identificar si hay impactos desproporcionados en algunos trabajadores (por ejemplo, si algunos trabajadores que tienen acuerdos de trabajo flexibles experimentan consecuencias laborales negativas como la falta de oportunidades de networking). Incluir resultados relacionados con el trabajo y resultados de salud mental como parte del monitoreo continuo del impacto de las intervenciones organizacionales (donde el monitoreo está diseñado de manera que no se puedan identificar los resultados de salud de un solo individuo) (OMS, 2022, p.12) .	Goulart y González Rey (2020) sostienen que es importante ampliar las perspectivas para pensar sobre los fenómenos que van más allá de las formalidades y los discursos oficiales. Es decir, las producciones subjetivas van más allá de las intenciones y formulaciones abstractas de las políticas de SM en el trabajo.	Según González Rey (2011) La salud no debe concebirse como un atributo estandarizado que uno tiene o no, sino como la calidad de los procesos de vida.	En este fragmento es un ejemplo de la contradicción inherente al término SM, ya que asigna a quienes implementan estas prácticas la responsabilidad de identificar posibles impactos desproporcionados en las personas trabajadoras en relación a su participación laboral. Además, habla sobre la importancia de un monitoreo continuo del impacto de las intervenciones, asegurando al mismo tiempo la confidencialidad de los resultados de salud de las personas evaluadas, lo que podrá dejar a un lado la subjetividad de las personas respecto a la intervención organizacional. Al identificar y medir el impacto individual de las intervenciones organizacionales en la SM de los y las personas trabajadoras, se establece la dinámica del evaluador para determinar un "funcionamiento adecuado" de las personas trabajadoras. La imposición de evaluaciones externas sobre el bienestar mental de las personas trabajadoras puede aumentar la ansiedad y estrés y la sensación de vigilancia en el lugar de trabajo.	Poder y control

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Capítulo 3: Intervenciones Organizacionales para trsbajadores con condiciones de salud mental						
Número de fragmento	Eje temático	Fragmento	Diálogo del fragmento con autores de RL	Diálogo del fragmento con autores de MT (Subjetividad)	Discusión del fragmento de parte de la autora	Temas emergente
4	Que patrones discursivos se emplean en las representaciones de SMTO	Tanto el termino condicion de salud mental como discapacidad psicosocial fueron explicitamente usados en las recomendaciones de la directriz para garantizar que las personas beneficiarias puedan reconocerse dentro de la recomendacion. (OMS, 2022, p.20).	Según Reed (2024) el uso del término condición de salud mental fue implementado y utilizado como un esfuerzo para unir a múltiples grupos de interés, en donde algunos consideraban el término trastorno mental como estigmatizante. Por otra parte, Reed (2024) sostiene que a pesar de la utilización del término discapacidad psicosocial, las discapacidades, limitaciones, y restricciones de participación por parte de las personas que viven con trastornos mentales no se limitan al dominio psicosocial.	Al estudiar las configuraciones subjetivas en el contexto de la salud mental es precisamente que no disocia las tramas concretas de la vida de una persona de los procesos que culminan en la situación del sufrimiento, es decir, desde este punto de vista a diferencia de la noción de patología, las configuraciones subjetivas permiten ver el malestar de la persona como parte de un proceso vivo y diferenciado que representa un sistema en proceso y no como una condición de la persona (Gonzales Rey, 2005).	La OMS utiliza el termino discapacidad psicosocial como parte de la definicion sombrilla de condiciones de salud mental. "Reconoce que muchas personas viviendo con condiciones de salud mental prefieren el termino DP. World mental health report OMS 2022- Alineada con la participación efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la discapacidad psicosocial es una discapacidad que surge cuando una persona con un deterioro mental a largo plazo interactúa con diversas barreras que pueden obstaculizar su plena y efectiva participación en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás. Ejemplos de tales barreras son la discriminación, el estigma y la exclusión. (OMS P.8)	discapacidad / autopercepción
5	Discursos dominantes SMTO	Acomodos razonables en el trabajo deben ser implementados para trabajadores con condiciones de salud mental , incluyendo discapacidades psicosociales de acuerdo con los principios internacionales de derechos humanos (OMS, 2022, p.20).	Mulgan (2021) coincide en que la salud mental ha sido casi siempre considerada un problema individual que requiere de soluciones individuales, pero argumenta que es un problema real en grupos y organizaciones.	Desde esta perspectiva teórica, la salud mental no puede ser entendida por categorías descriptivas y distantes de la experiencia de la persona, sino que debe ser vista como un sistema complejo que incorpora subjetividades individuales y los diversos juegos que actúan sobre subjetividades sociales (González Rey, 2004)	La noción de un acomodo razonable es una evidencia de la influencia del modelo biomedico de la salud sobre la salud mental en el contexto laboral; ademas el fragmento se fundamenta en los principios de derechos humanos de personas con discapacidad.	Modelo biomedico/ discapacidad
6	A quién se responsabiliza por la SM (I/S)	Proveer acomodos razonables promueve un ambiente de trabajo inclusivo para trabajadores con condiciones de salud mental al aumentar un acceso equitativo para oportunidades y recursos en el trabajo (OMS, 2022, p.20).	Salas et al. (2022) argumentan que la responsabilidad social en el sector de la salud es fundamental para garantizar el bienestar de las personas trabajadoras, lo que implica que las organizaciones deben adoptar estrategias que promuevan la salud mental como parte de su responsabilidad social	La propuesta teórica de González – Rey (2011) no concibe la salud mental como un atributo estandarizado que se tiene o no, sino como la calidad de los procesos de vida. En este sentido, la salud es vista como una expresión integral de la persona y su promoción solo puede ser comprendida, en su complejidad, como resultado del funcionamiento de la sociedad incluidas las configuraciones institucionales en esa actividad.	A continuacion ejemplos de las adaptaciones o acomodos en: 1) comunicacion: reuniones de apoyo regulares con supervisores, o comunicacion de acuerdo con las preferencias sobre cómo recibir informacion (escrita o verbal). 2) Horarios de trabajo: el uso de descansos frecuentes o un tiempo adicional para completar tareas. 3) Descripcion del trabajo: ser reintroducido gradualmente a las tareas, o compartir el trabajo o las tareas y 4) Entorno fisico: brindar acceso a un espacio privado para descansar, o acceso a refrigeracion para el almacenamiento de medicamentos.	inclusividad y acceso

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Capítulo 4: Recomendaciones para la capacitación de gerentes en salud mental						
Número de fragmento	Eje temático	Fragmento	Diálogo del fragmento con autores de RL	Diálogo del fragmento con autores de MT (Subjetividad)	Discusión del fragmento de parte de la autora	Temas emergentes
7	Que patrones discursivos se emplean en las representaciones de SM	El entrenamiento para gerentes en salud mental está diseñado para permitir que los directivos identifiquen y respondan a los trabajadores que necesitan apoyo relacionado con la salud mental, brindándoles la confianza necesaria para reconocer, interactuar y respaldar a los miembros del equipo que tienen problemas de salud mental, así como para ajustar los factores estresantes laborales en las condiciones de trabajo (OMS, 2022, p.26.)	Los problemas de salud mental no son objetivos, sino que tienen que ver directamente con la subjetividad de la persona por tal razón los problemas de la subjetividad no pueden tener soluciones objetivas (Martín López, 2022).	La subjetividad caracteriza el tipo de problema a ser estudiado, pero no limita las formas concretas de procesos de subjetivación, que son infinitas para las distintas experiencias sociales vividas por el sujeto (González Rey, 2004 p.128)	Este fragmento representa el binarismo entre una persona que esta bien y el que no esta bien en el contexto organizacional. Otorgándole un poder a las personas gerenciales para identificar e intervenir para la rectificación del otro. El decir que una persona en una posición jerárquica superior a otra tiene el deber de entrar en estas practicas a favor de la institución reproduce el modelo médico de la enfermedad mental respondiendo a los mismos principios de control del poder psiquiátrico. Es un rol simbólicamente opresivo pues la persona gerencial estará juzgando el comportamiento del otro en base a sus propias concepciones y referencias.	Medicalización de la gestión laboral Individualización de la SM- se espera que los gerentes aborden esto a nivel del empleado/a y no a nivel organizacional Poder y control
8	Discursos dominantes SMTO	Se debe de prestar atención para asegurar la calidad y efectividad basada en evidencia de la capacitación antes de administrarlo a gerentes. La evaluación de la transferencia de la capacitación - el alcance en el cual los participantes en la capacitación han podido aplicar el conocimiento y habilidades (es decir, el alcance a la competencia) a su trabajo fuera de la capacitación - debe llevarse a cabo junto con la implementación de la capacitación.	Según Castro (2013) las prácticas de intervención en salud mental en el mundo contemporáneo, están dominadas por las exigencias de gestión, estandarización, evaluación y medición, y paradójicamente excluyen la dimensión de la subjetividad	En este fragmento se observa el énfasis en seguir el rigor metodológico de las ciencias naturales al indicar la necesidad de utilizar intervenciones basadas en evidencia para garantizar un calidad y efectividad. Según González - Rey (2016), es importante avanzar en nuevas transformaciones en las bases epistemológicas y metodológicas sobre la psicología para poder avanzar en nuevas construcciones teóricas que pretenden superar las existentes.	El fragmento indica el criterio de utilizar las IBE; sin embargo no deben ser el único estándar de implementación ya que las necesidades de los espacios laborales y las personas que los componen varían por factores individuales como socio-culturales. Es importante considerar factores como de tamaño organizacional, cultura organizacional, industria, demografía, entre otros recursos.	Intervenciones basadas en evidencia supuestos positivistas
9	A quién se responsabiliza por la SM (US)	El adiestramiento de gerenciales para apoyar la salud mental de sus trabajadores debe impartirse para mejorar el conocimiento, las actitudes y los comportamientos de los y las gerentes en relación con la salud mental, y para mejorar los comportamientos de búsqueda de ayuda de las personas trabajadoras (OMS, 2022, p.26).	En el concepto de la salud mental, Goulart y González Rey (2020) proponen que la persona atendida emerge como sujeto de su proceso de vida cuando se posiciona activamente en los espacios sociales a los que constituye, no se somete a la etiqueta de su diagnostico, ni se asume objeto de preceptos técnicos para ser cumplidos y elaborados por especialistas.	El concepto de configuraciones subjetivas en el contexto de la SM, a diferencia del concepto de patología el concepto de configuración subjetiva permite ver el malestar de la persona como parte de un proceso vivo y diferenciado, que representa un sistema en proceso y no una condición de la persona (González Rey, 2011, p.105).	Este fragmento posiciona a las personas gerenciales en una posición jerárquica superior sin considerar la propia subjetividad de estas personas y las pretende posicionar como conocedores de SM, sin contemplar sus propias vivencias y características. Es decir se asume de manera objetiva que las personas gerenciales van a ocupar este rol simbólicamente opresivo sobre las demás personas trabajadoras. Es importante destacar que las guías nos especifican explícitamente qué debe contener dicho adiestramiento.	Medicalización de la gestión laboral (búsqueda de ayuda)

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Capítulo 6: Recomendaciones para la capacitación de los y las trabajadoras en salud mental						
Número de fragmento	Eje temático	Fragmento	Diálogo del fragmento con autores de RL	Diálogo del fragmento con autores de MT (Subjetividad)	Discusión del fragmento de parte de la autora	Temas emergentes
10	Que patrones discursivos se emplean en las representaciones de SM	Las personas a quienes van dirigidas las directrices deben tener en cuenta que la capacitación para las personas trabajadoras en conocimiento y conciencia en salud mental debe ser verificadas como basadas en evidencia (es decir, calidad y efectividad) antes de ser impartida a las personas trabajadoras. p36	En realidad, es un sinsentido pretender medir en términos de objetividad aquello que sólo tiene que ver con la subjetividad. La locura, el malestar psíquico, la enfermedad mental, o como queramos llamarlo, es una cuestión subjetiva y, por tanto, se aleja de todo lo que se puede abordar desde el Método Científico (Martín López, 2015).	No es el carácter objetivo de una experiencia el que define su relevancia para el desarrollo humano (González Rey, 2013 p.19)	Similar a la capacitación a las personas gerenciales, esta directriz específica que el adiestramiento debe ser basado en evidencia con el objetivo de mejorar el conocimiento y conciencia en las personas trabajadoras sobre SM. Esta postura excluye la importancia de reconocer como las prácticas culturales pasan a formar parte de nuestras identidades no son racionales, son subjetivas y las emociones tienen un lugar central en la configuración subjetiva de esas prácticas y relaciones, las que pasan a ser formaciones y procesos esenciales de la subjetividad (González Rey, 2013).	Intervenciones basadas en evidencia
11	Discursos dominantes SMT0	El adiestramiento de las personas trabajadoras en conocimiento y conciencia en salud mental está diseñado para mejorar la comprensión sobre la salud mental, reducir actitudes estigmatizantes en quienes reciben la capacitación y permitir a las personas trabajadoras apoyarse a sí mismas o a sus colegas de manera apropiada (por ejemplo, identificando signos de angustia emocional y tomando acciones adecuadas como buscar o facilitar ayuda de fuentes formales o informales). La capacitación <i>no está diseñada para que las personas trabajadoras se conviertan en proveedoras de atención en salud mental ni para diagnosticar o tratar trastornos mentales</i> . La evidencia limitada disponible sugiere que dicha capacitación puede no tener un impacto en la probabilidad (auto reportada) de proporcionar ayuda a otras personas; se necesita más investigación de calidad para abordar esto. No había evidencia disponible sobre si dicha capacitación beneficia los resultados de los colegas p36.	Según Prilleltensky (1990) la manipulación de los seres humanos ha sido una parte constitutiva de la historia de la psicología industrial organizacional. La habilidad de esta subespecialidad de neutralizar la resistencia de las personas trabajadoras, prevenir malestares, identificar a personas trabajadoras como inadaptadas y sutilmente controlar el trabajo son algunas de las áreas que hicieron esta especialidad indispensable para algunas organizaciones.	El concepto de configuración subjetiva nos permite ver el malestar de la persona como parte de un proceso vivo y diferenciado, que representa un sistema en proceso y no una condición de la persona (González Rey, 2011, p.105).	Este fragmento alude a como pretenden usar el adiestramiento como gestión para la salud mental a través de la capacitación de las personas trabajadoras para que puedan manejarse mejor y ser de asistencia a sus pares; sin embargo no especifican de qué manera van a proveer esta asistencia ni como controlar que las personas trabajadoras se atribuyan o no la responsabilidad de apoyar a sus pares. Y es que la SM no es un problema objetivo de las personas, estamos hablando de situaciones que tienen que ver con la subjetividad de las personas por lo cual no pueden haber soluciones objetivas. Al hablar de autogestión y el apoyo entre colegas se está fomentando que las personas en el espacio de trabajo entren en un rol rectificador siguiendo la <u>normativización</u> .	Discurso de empoderamiento (apoyarse a sí mismas) Individualización de la SM
12	A quién se responsabiliza por la SM (I/S)	Se requiere el compromiso de la alta dirección para fomentar que los trabajadores utilicen el entrenamiento y para mantener culturalmente los efectos del mismo . Tal capacitación puede ser beneficiosa en contextos donde hay poco incentivo para abordar la salud mental además de las preocupaciones físicas de salud y seguridad en el trabajo, como en algunos sectores laborales informales. Sin embargo, la sensibilización sobre la salud mental debe llevarse a cabo solo cuando haya opciones de apoyo y referencia en salud mental disponibles para los trabajadores.	Montero (2006) habla sobre el fortalecimiento en la comunidad, la base de este modelo es el fortalecimiento de como un proceso que, a la vez que es individual o psicológico, constituye también una experiencia grupal.	La subjetividad como propuesta otológica para definir procesos específicos del ser humano y su vida cultural, representa una opción para comprender al individuo y los procesos sociales como recíprocamente configurados a nivel subjetivo, lo que hace del estudio de la subjetividad individual un momento inseparable del estudio de la subjetividad social y viceversa. (González Rey, 2022, p.43)	En este fragmento podemos interpretar nuevamente el control simbólico que se le otorga la alta gerencia para tratar el tema de SM en el trabajo. Por otra parte menciona que este adiestramiento puede ser beneficioso en contextos laborales donde por lo general no se aborda la SM - Si es así quién brindaría esta capacitación? Además, sugiere que solamente se debe sensibilizar sobre el tema cuando haya opciones de apoyo para las personas trabajadoras. Pero quién es ese apoyo y referencia en SM en espacios de trabajo informales? Esta directriz carga con elementos contradictorios que no parecen cumplir su cometido.	Responsabilidad colectiva de SM Contexto [Trabajo informal

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Capítulo 8: Recomendaciones para las intervenciones individuales – Universales

Número de fragmento	Eje temático	Fragmento	Diálogo del fragmento con autores de RL	Diálogo del fragmento con autores de MT (Subjetividad)	Discusión del fragmento de parte de la autora	Temas emergente
13	Que patrones discursivos se emplean en las representaciones de SM	EJE 1- Las intervenciones psicosociales universales que tienen como objetivo desarrollar las habilidades de las personas trabajadoras en la gestión del estrés , como las intervenciones basadas en la conciencia plena (<i>mindfulness</i>) o siguiendo acercamientos cognitivo-conductuales , pueden considerarse para los trabajadores a fin de promover una salud mental positiva, reducir la angustia emocional y mejorar la efectividad laboral . P.44	Mulgan (2021) expone que la salud mental ha sido casi siempre considerada un problema individual que requiere de soluciones individuales, pero enfatiza que es un problema real en grupos y organizaciones. Por otra parte Salas – Díaz (2023) expone que en el escenario laboral las intervenciones basadas en <i>mindfulness</i> evalúan la relación del <i>mindfulness</i> a otras variables a través de escalas de medición auto-reportadas, constituyendo evidencia verificable pero no indica mucho sobre las implicaciones que tiene para las personas en el trabajo.	Si se analizará el fragmento desde el marco de la teoría de la subjetividad en una perspectiva histórico-cultural según Goulart y González Rey (2020) "el trastorno no sería un problema de SM sino una configuración subjetiva actualizada en un proceso de vida" p.21.	Este fragmento implica que el lugar de trabajo es un espacio que genera estrés. Utiliza la perspectiva cognitivo-conductual para enfatizar la responsabilidad individual de las personas para manejar su salud mental y para que así mejoren su efectividad laboral. Desde este enfoque la psicología queda constituida como justificación ideológica del modo de producción capitalista y la persona queda reducida a un organismo capaz de responder a los estímulos del sistema hegemónico. Castiel y Álvarez-Dardet (2007) denominan la promoción de la salud individual como "salud persecutoria" argumentando que el cambio para una buena salud no depende únicamente de acciones responsables a nivel individual, sino que para generar cambios se deben generar a nivel de empresas, instituciones y en las relaciones políticas y económicas entre países.	Comercialización de la SM Individualización de la SM Poder y control (rectificar) Productividad
14	Discursos dominantes SMTO	La audiencia objetivo de las directrices debe ser consciente de que las intervenciones para desarrollar habilidades de gestión del estrés en los trabajadores deben ser basadas en evidencia (calidad y efectividad) antes de implementarse con los trabajadores . (P.44 Key remarks)	Martín López (2022) los problemas de salud mental son subjetivos por lo que no se pueden proveer soluciones objetivas. Estrategias institucionales pautadas por la flexibilidad y apertura a la singularidad favorecen la búsqueda de alternativas. La apreciación al carácter generador del otro es importante y puede favorecer acciones educativas destinadas a mejorar las producciones subjetivas alternativas frente al trastorno mental (Goulart y González Rey, 2020, p.33)	Fernández (1990) en González Rey (2008) los fenómenos sociales no están estrictamente dentro de los individuos, la explicación psicológica que de ellos se dé tampoco puede estarlo, y de ahí que se coloque en el vínculo, nexo o interacciones sociales, con énfasis en su instancia simbólica o subjetiva.	El fragmento refleja un discurso hegemónico de la SM al enfocarse en la eficacia y la validez de las intervenciones basadas en evidencia para gestionar el estrés en las personas trabajadoras. Este enunciado privilegia el saber científico sobre otros tipos de saberes. Al enfocarse en la calidad y efectividad de las intervenciones no considera otros factores importantes como la participación de las personas trabajadoras en la toma de decisiones sobre su propia SM. Además la propia audiencia a la cual está destinada la guía es un ejemplo de jerarquía y poder, pues esta destinada a personas administradoras en las organizaciones y esto refuerza la idea de una jerarquía de poder en la que las decisiones sobre la salud mental de los trabajadores son tomadas por aquellos en posiciones de autoridad, en lugar de ser colaborativas o inclusivas.	Poder y control Intervenciones basadas en evidencia Contextualización
15	A quién se responsabiliza por la SM (I/S)	Oportunidades para la actividad física basada en el ocio , como el entrenamiento de resistencia, el entrenamiento de fuerza, el entrenamiento aeróbico, caminar o yoga, pueden considerarse para mejorar la salud mental y la capacidad de trabajo de los trabajadores . (p.44 8B)	Marks (2002) argumenta que la psicología de la salud y su objeto de estudio puede ser mejor comprendido en el contexto de sus fuerzas sociales, políticas y económicas.	Según González Rey (2022) la subjetividad aparece como una propuesta teórica inseparable de la investigación y la práctica profesional. Pues, no se puede afirmar nada sobre los sentidos o configuraciones subjetivas si no se hace a partir de la producción de conocimientos en el curso de la investigación o práctica profesional.	Si bien la actividad física puede tener beneficios en la SM es importante considerar quiénes son las personas trabajadoras que tienen acceso a estas oportunidades. Todas las personas trabajadoras pueden tener acceso igualitario a actividades físicas basadas en el ocio? Puede que ciertos grupos con horarios laborales exigentes o recursos financieros limitados sean excluidos de estas oportunidades? La posibilidad de esto dependerá de recursos organizacionales y otros elementos contextuales y personales.	Medicalización de la gestión laboral (se están abordando adecuadamente las causas subyacentes de los problemas de SM - factores estructurales o sistémicos que contribuyen al malestar- o se están centrando en soluciones individualizadas para no hacerlo) Individualización de la SM Productividad

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Capítulo 10: Intervenciones individuales para trabajadores con malestar emocional						
Número de fragmento	Eje temático	Fragmento	Diálogo del fragmento con autores de RL	Diálogo del fragmento con autores de MT (Subjetividad)	Discusión del fragmento de parte de la autora	Temas emergentes
16	Que patrones discursivos se emplean en las representaciones de SM	Las referencias usadas en esta sección proveen recomendaciones en: 1) intervenciones efectivas para la depresión, autolesiones / suicidio, uso de sustancias relevantes para la población general (en entornos con pocos recursos). 2) Recomendaciones para actividad física en personas de edad laboral y señalan que las recomendaciones pertinentes confieren beneficios para la salud, incluyendo la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión . (OMS, 2022, P.53).	Las directrices provistas hablan de condiciones de salud mental específicas. Presentadas como IBE para ayudar a detectar, manejar desordenes comunes de salud mental, neurológicos y de sustancias; sin embargo esta documentación son desarrolladas para ayudar "audiencias no-especialistas" Limenih et. al., (2023, p.98) El continuo enmarcado de los problemas de salud mental en términos individuales oculta el rol de los determinantes sociales más amplios y fomenta la provisión de intervenciones medicas en lugar de proveer enfoques de salud pública p.103.	Gonzales Rey (2015) sugiere un abandono de la lógica del procedimiento tecnico-prescriptivo y fomenta un quehacer constructivo - interpretativo del conocimiento mediante el dialogo y singularidad como fuente legitima de conocimiento científico. A partir de este enfoque el objetivo es construir modelos teóricos de carácter explicativo sobre el problema estudiado y no la caracterización de las poblaciones (González - Rey, 2005). (Goulart y González Rey, 2020, p.23).	Debido a tal+G41es discursos dominantes, las directrices están sirviendo cada vez más como la fuente definitiva de conocimiento y razonamiento basado en evidencia para las agendas de investigación, financiamiento, intervenciones y curiosidades científicas.	discursos de regulación social y su posición institucional
17	Discursos dominantes SMTO	10A- Para trabajadores con malestar emocional , se pueden considerar intervenciones psicosociales , basadas en mindfulness o enfoques cognitivos - conductuales , así como capacitación en resolución de problemas, con el fin de reducir estos síntomas y mejorar la efectividad laboral . 10B- Ejercicio físico, como el entrenamiento aeróbico , y el entrenamiento de fuerza pueden ser considerados para reducir estos síntomas. (OMS, 2022, P.53)	Esta directriz alude a múltiples elementos del enfoque cognitivo-conductual en el contexto laboral para trabajar la salud mental. Recomienda la terapia de resolución de problemas, la terapia cognitiva basada en mindfulness tal cual expone Gaudiano (2008) Con el fin de que la persona trabajadora sea eficaz y productiva. Históricamente, los sistemas de estandarización son un "sitio significativo de trabajo político y ético" porque cada estándar "valora algún punto de vista y silencia a otro", convirtiéndolos en parte de "los procesos de conocimiento-poder que inscriben y materializan" el mundo de maneras particulares. (Limenih et. al., 2023, p99).	La producción de directrices y guías con una aparente validez universo del conocimiento biomédico se forja material y discursivamente a través de la estandarización e implementación en múltiples dominios creando una transferencia de subjetividades. González Rey (2020)	Aquí se perciben relaciones de poder hegemónico subyacentes al discurso utilizado. Privilegiando el enfoque cognitivo-conductual sobre otros saberes. Las recomendaciones también reproducen el discurso biomédico de la sintomatología. Por otra parte también tiene una función ideológica, pues construye la identidad de trabajadores efectivos mediante la resolución de sus problemas individuales. El énfasis en la responsabilidad individual puede llevar a la desestimación de factores sociales y económicos que afectan la salud mental. Además, este discurso construye la salud mental como un problema técnico a resolver con un "care package" individualiza, responsabiliza, patologiza, y descontextualiza el malestar.	IBE/ Discurso de estilo de vida saludable / comercialización de SM
18	A quién se responsabiliza por la SM (I/S)	No queda claro si las intervenciones psicosociales indicadas para los trabajadores con malestar emocional deben proporcionarse dentro o fuera del contexto laboral (ya sea por proveedores internos o externos) Sin embargo, donde sea posible deberían estar disponible para adaptarse a la preferencia de los trabajadores . (OMS, 2022, P.53).	Limenih et al., (2023) expone que es importante destacar que las personas pueden renunciar a buscar o desconectarse de los servicios de salud mental, creyendo que su bienestar resulta principalmente de adversidades sociales y económicas en lugar de ser condiciones médicas tratables. Por ejemplo, la depresión puede atribuirse a la pobreza, conflictos familiares, inestabilidad laboral o falta de empleo, con un énfasis en abordar estos desafíos socioeconómicos para mejorar el bienestar mental. Esta desconexión sugiere la importancia de abordar factores psicosociales junto con intervenciones para las condiciones de salud mental o psicosociales.	El sentido subjetivo es la forma en que la persona vive subjetivamente su experiencia (González Rey, 2013).	Este fragmento representa en el texto lo más cerca a considerar la subjetividad del sujeto dentro del proceso de atender su SM en el contexto laboral.	Lagunas en el discurso

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Capítulo 11: Recomendaciones para el regreso al trabajo luego de una ausencia asociada a problemas de salud mental						
Número de fragmento	Eje temático	Fragmento	Diálogo del fragmento con autores de RL	Diálogo del fragmento con autores de MT (Subjetividad)	Discusión del fragmento de parte de la autora	Temas emergentes
19	Que patrones discursivos se emplean en las representaciones de SM	Para las personas con ausencias asociada a condiciones de salud mental, se debería considerar (a) cuidado dirigido al trabajo más basada en evidencia , o (b) proveer solamente atención clínica de salud mental basada en evidencia con el objetivo de reducir los síntomas de salud mental y disminuir los días de ausencia p.58.	Martín López (2015) propone promover una experiencia clínica que se aleje de las empresas farmacéuticas, que no se limite a las teorías imperantes biológicas y conductistas para permitir volver a las personas con malestar psíquico, preguntarse por el sentido del síntoma y ver a la persona que hay detrás de la clínica.	Según González Rey (2007) el uso del diagnóstico centra la naturaleza real de un problema en el rollo, lo que lleva a la universalización de una condición que define las prácticas sociales despersonalizadas en relación con el "problema", perdiendo de vista al sujeto que lo expresa y los contextos de prácticas sociales en los que se genera. Además, expone que las instituciones de salud promueven tratamientos con el objetivo de "curar la enfermedad" pero ocultan los problemas políticos y sociales.	Este fragmento enfocado en la atención clínica de la salud mental basada en evidencia puede reflejar una tendencia hacia la psicopatología y medicalización de los problemas de SM. Esto se puede inferir al ve el énfasis que le ponen a que las personas trabajadoras reduzcan o minimicen el síntoma y puedan seguir siendo productivos para la organización y no tengan ausencias.	Medicalización de la gestión laboral Intervenciones basadas en evidencia Productividad
20	Discursos dominantes SMTO	La evidencia para esta recomendación proviene principalmente de revisiones sobre depresión y trastornos de adaptación . La guía de la OMS mhGAP (2015) ofrece recomendaciones para el cuidado clínico basado en evidencia para la población general en entornos con recursos limitados. Intervenciones pueden llevarse a cabo durante el periodo de ausencia y/o como parte de la integración temprano al trabajo. Las intervenciones no deben ser obligatorias para completarse como requisito previo para reincorporarse al trabajo p.58.	Parker (2020) destaca que la psicología ha supuesto históricamente el individualismo; despojando nuestros aspectos relacionales de la acción humana y esos aspectos solo se reintroducen después como si fueran variables. Las relaciones de grupo se han reducido a las actividades de individuos.	Según González Rey (2008) desde la perspectiva histórico-cultural la subjetividad abre nuevas opciones para el desarrollo de las representaciones sociales y, sobre todo, permite una integración entre lo individual y lo social que según el autor no ha sido suficientemente desarrollada en la psicología.	Este fragmento utiliza evidencia de revisiones sistemáticas basadas en depresión y trastornos de adaptación; siguiendo un enfoque clínico, basado en evidencia que debe ser administrado por un proveedor. Este fragmento representa y favorece el conocimiento institucionalizado que predomina en la práctica clínica e influye en la concepción de la subjetividad de la persona. Este tipo de asistencia es limitada y solo puede ser implementada en contextos de trabajo que puedan facilitar y acomodar estos servicios. Además, se basa en dos trastornos específicos, lo que es limitante pues en ocasiones las personas pueden estar pasando por situaciones de la vida que no necesariamente estén categorizadas como un problema de salud mental. Este fragmento es un ejemplo de las implicaciones del entorno social hacia una persona que paso por un problema de salud mental y como es visto para el reinsertarse al espacio de trabajo.	Poder institucional (IBE) Medicalización del lugar de trabajo
21	A quién se responsabiliza por la SM (I/S)	La coordinación entre múltiples partes interesadas , como el proveedor de salud, el empleador, el trabajador y los representantes de los trabajadores o especialistas en empleo/vocacionales, cuando sea posible, puede facilitar la implementación efectiva de medidas para el retorno al trabajo. La decisión sobre qué partes interesadas incluir y en qué intervenciones participar debería basarse en las preferencias del trabajador p.58.	Martín López (2015) exhorta a que los profesionales deben de abandonar las posiciones de poder y control social con la que nacido la disciplina (psiquiatría/psicología) admitiendo que no son los portadores de la verdad del sufrimiento psíquico, sino que es el paciente el que sabe y la profesión es la que se debe de poner a su servicio. La autora indica que en lugar de "decir lo que tienes", deben de preguntar "qué te pasa y qué necesitas"; menciona que esto parecer un pequeño detalle sin importancia pero es muy difícil para muchos profesionales.	Según González Rey (2008) el sentido subjetivo está asociado de forma inseparable a las configuraciones subjetivas de la subjetividad individual; como resultado el autor expone que no se puede analizar sólo de forma puntual en el curso de la expresión del lenguaje. El sentido subjetivo expresa las producciones simbólicas y emocionales, configuradas en las dimensiones histórica y social de las actividades humanas.	Este fragmento destaca las dinámicas de poder de las personas interesadas, desigualdades estructurales, y la importancia de considerar las voces de las personas afectadas. La coordinación entre múltiples partes interesadas puede influir en quién tiene el poder de toma de decisión sobre el retorno al trabajo y qué intervenciones se implementan. Aquí es importante preguntarse cómo se distribuye este poder y si todas las partes interesadas tienen voz y participación equitativa en el proceso de toma de decisiones. En cuanto a las desigualdades estructurales, las diferencias de poder entre personas trabajadoras y empleadores pueden influir en la implementación efectiva de estas medidas como también en las experiencias y perspectivas de la persona afectada. Las personas trabajadoras realmente tienen el poder de expresar sus preferencias sobre el retorno al trabajo o estas decisiones están influenciadas por otros factores como las necesidades del empleados o las limitaciones de recursos.	Poder y control (rectificación) Medicalización del lugar de trabajo Responsabilidad individual Responsabilidad colectiva

ACD SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

#12 Recomendaciones para obtener empleo para personas que viven con problemas de salud mental						
Número de fragmento	Eje temático	Fragmento	Diálogo del fragmento con autores de RL	Diálogo del fragmento con autores de MT (Subjetividad)	Discusión del fragmento de parte de la autora	Temas emergentes
22	Que patrones discursivos se emplean en las representaciones de SM	Estrategias orientadas hacia la recuperación que mejoren la inclusión vocacional y económica, como el empleo con apoyo con intervenciones adicionales (terapia cognitiva conductual o adiestramiento de destrezas sociales), deberían estar disponibles para personas con condiciones graves de salud mental, incluyendo discapacidades psicosociales, con el objetivo de obtener y mantener empleo. P.64	Parker (2007) habla sobre el "complejo del pri" y representa los supuestos que la psicología ha hecho sobre sus objetos de estudio, particularmente una red de teorías y prácticas que individualicen, esencialicen y normalicen la acción social. Este complejo opera en muchas esferas de la vida pública como la escuela y el trabajo, y funciona para describir y hacer cumplir el buen comportamiento.	González Rey (2011, 2012, 2016) Las configuraciones subjetivas no son estáticas; sintetizan la pluralidad de experiencias de una historia singular, así como los múltiples contextos sociales que están presentes en la experiencia actual de un individuo o grupo social.	Este fragmento habla sobre estrategias que ayuden a una recuperación, o sea rectificar para que la persona pueda volver a un funcionamiento adecuado y poder tener una inclusión vocacional y económica. Las estrategias sugeridas son parte de la psicología hegemónica y sugieren que estas intervenciones deben estar disponibles para personas con condiciones graves de salud puntualizando que su objetivo es para poder obtener y mantener un empleo. Es un ejemplo de la configuración social dominante de la práctica profesional en salud mental, la que históricamente ha estado orientada a intervenciones centradas en la solución de problemas específicos.	Discurso de empoderamiento Responsabilidad individual de la SM Accesibilidad equitativa a servicios
23	Discursos dominantes SMTD	La coordinación entre múltiples partes interesadas (persona, familia/comunidad, lugar de trabajo, representante) es necesaria para movilizar recursos y estrategias que mejoren la inclusión vocacional y económica. La participación de estas partes interesadas y la selección de la intervención deberían basarse en las preferencias del trabajador prospectivo. En 2015, la guía mhGAP de la OMS recomendó: Las estrategias orientadas hacia la recuperación que mejoran la inclusión vocacional y económica (por ejemplo, el empleo con apoyo) pueden ofrecerse para personas con psicosis (incluyendo esquizofrenia y trastorno bipolar). p.64	Según Gouliat et. al. (2018) prácticas orientadas al desarrollo subjetivo implican el desarrollo de una ética del sujeto como base para la atención y la investigación en salud mental, revisitando la lógica dominante en el contexto del manicomio. En lugar de limitar al usuario los sistemas normativos del servicio, que se convierten en un ritual institucional profundamente arraigado a la cultura y al subjetividad social manicomio, los procesos terapéuticos se orientan hacia la emergencia del otro sujeto. Paradójicamente el/la "paciente" en los centros de salud mental es presionado por las normas de tal forma que en su mayoría, generan configuraciones subjetivas que lejos de producir nuevos sentidos subjetivos, les paralizan y les hacen dependientes de la institución.	La teoría de la subjetividad se convierte en una importante herramienta para develar procesos de funcionamiento institucional que profundizan las dicotomías paciente/usuario, medicamento/desarrollo subjetivo y patología/salud. Por su propia definición la propuesta de subjetividad de la que parten los autores está lejos del carácter universal, individualista e intrapsíquico con que históricamente el tema ha sido tratado por la psicología. Tanto lo cultural como lo social son producciones subjetivas asociadas a las acciones humanas en un recorrido histórico y no como estructuras existentes a priori (Gouliat et. al. 2018). "El distanciamiento de la idea de la patología se explica por su carácter normativo y universal, que contradice las expresiones subjetivas diferenciadas de las personas" Gouliat y González Rey, 2020, p.21	Aunque este fragmento representa un enfoque integrado de apoyo social para la persona que experimenta alguna situación de SM y toma en consideración la opinión de la persona, sigue circunscribiéndose a la lógica institucional para abordar situaciones de SM con el objetivo de lograr los cometidos de rectificación. Por otra parte vuelve a hacer referencia a la guía mhGAP de la OMS (2015) y esta se enfoca en psicopatologías específicas como, episodios de psicosis, incluyendo el trastorno bipolar y esquizofrenia. Según la guía este tipo de intervención se basa en proveer "empleo con apoyo" crucial junto al tratamiento farmacológico enfatizando que los niveles de desempleo para personas viviendo con trastornos de salud mental es más alto que otros grupos con diversidad funcional (ONS, 1998).	Responsabilidad individual de la SM Responsabilidad colectiva de la SM Medicalización del espacio laboral Poder y control (rectificación)
24	A quién se responsabiliza por la SM (I/S)	Es importante incluir a personas con experiencias vividas de condiciones de salud mental en el diseño y ejecución de estos programas para optimizar enfoques centrados en la persona y empoderar a las personas en la toma de decisiones para su propio bienestar. Cuando las personas inician su trabajo el apoyo puede continuarse para ayudarles a mantener su trabajo. Tales estrategias deben ser contextualizadas al ambiente social y cultural utilizando intervenciones formales e informales que estén disponibles. P. 64	Según expone McDaid (2010), históricamente las personas que utilizan servicios de salud mental han estado sometidas al dominio predominante de los profesionales en este campo. No solamente pueden ser retenidas y tratadas en contra de su voluntad sino que la cultura institucional de estos servicios le atribuye una autoridad unilateral a los psiquiatras sobre las decisiones relacionadas al tratamiento. El empoderamiento individualista desvía la atención de las causas estructurales de las desigualdades por lo que ese empoderamiento debe de ir acompañado de un compromiso para netar y combatir la injusticia y opresión Muller y Ward, 1991 en McDaid (2010). También se ha argumentado que un enfoque en el empoderamiento individual apoya las estructuras de opresión existentes en lugar de permitir el cambio (Ward y Mullender, 1991; Skelton, 1994). Dado que las personas con problemas de salud mental continúan siendo el grupo más estigmatizado de entre los discapacitados y siguen experimentando altas tasas de desempleo y exclusión social a pesar de décadas de prácticas de "empoderamiento", estas críticas parecen estar justificadas. Además de lo anterior, algunos críticos han identificado insuficiencias conceptuales con un uso individualista del empoderamiento. Según McDaid (2010) los autorías Riger (1993) y Ryles (1999) han argumentado que la teoría del empoderamiento se basa en una concepción individualista de la persona. Esto refleja la tendencia de la psicología a reducir fenómenos complejos a dinámicas psicológicas individuales y minimizar los efectos de factores contextuales o históricos.	La subjetividad desde una perspectiva histórico-cultural busca reflexionar sobre la poca atención prestada a los procesos subjetivos implicados en las prácticas institucionales e investigaciones sobre salud mental. (Gouliat y González Rey 2020).	Este fragmento destaca aspectos importantes como la participación de las personas con experiencias vividas de condiciones de salud mental pero es una perspectiva centrada en la eficacia y optimización (enfoques medibles y observables del bienestar dejando a un lado aspectos subjetivos y contextuales que puede ser igualmente importantes para comprender y abordar las situaciones de salud mental. Además, el fragmento se centra en "empoderar" a las personas para que tomen decisiones sobre su bienestar. Esta conceptualización es reconocer que a las personas que ha padecido de SM históricamente se les ha desempoderado, bajo el modelo biomédico es con la eliminación de los manicomios y la aparición del diagnóstico que se ha cambiado el discurso para uno de "empoderamiento" para el quehacer en la SM. Esto es un enfoque individualista del empoderamiento que pasa por alto las factores estructurales y sociales de la salud mental. Es importante reconocer que las condiciones sociales, económicas y políticas tienen un impacto sobre el bienestar de las personas y el empoderamiento individual no es suficiente para abordar estas influencias sociales. El texto no ofrece perspectivas alternativas o críticas que desafíen las normas dominantes para abordar el origen de los problemas de SM. Contandamente busca categorizar, rectificar y somatizar para lograr un bienestar que conduzca a la producción y capacidad de trabajo.	Discurso de empoderamiento Responsabilidad individual de la SM Responsabilidad colectiva Contextualización